

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS  
CAMPUS DE MARÍLIA**

**ADOLESCENTES EM SEMILIBERDADE: CONSUMO DE ÁLCOOL E  
OUTRAS DROGAS E ATENDIMENTO EM UMA UNIDADE DO INTERIOR  
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**Marília  
-2014-**

**Patrícia Santos Teixeira**

**ADOLESCENTES EM SEMILIBERDADE: CONSUMO DE ÁLCOOL E  
OUTRAS DROGAS E ATENDIMENTO EM UMA UNIDADE DO INTERIOR  
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"– UNESP para a obtenção do título de Doutor em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Raul Aragão Martins

**Marília  
-2014-**

Teixeira, Patrícia Santos.

T266a      Adolescentes em semiliberdade: consumo de álcool e outras drogas e atendimento em uma unidade do interior do estado de São Paulo / Patrícia Santos Teixeira. – Marília, 2014.

109 f. ; 30 cm.

Dissertação (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências, 2014.

Bibliografia: f. 89-95

Orientador: Raul Aragão Martins

1. Drogas - Consumo. 2. Adolescentes. 3. Brasil [Estatuto da criança e do adolescente (1990)]. I. Autor. II. Título.

CDD 362.74

**Patrícia Santos Teixeira**

**ADOLESCENTES EM SEMILIBERDADE: CONSUMO DE ÁLCOOL E  
OUTRAS DROGAS E ATENDIMENTO EM UMA UNIDADE DO INTERIOR  
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

COMISSÃO JULGADORA

TESE PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR

Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP

Área de Conhecimento: Educação

Presidente: Prof. Dr. Raul Aragão Martins

2º Examinador: Prof. Dr. Alonso Bezerra de Carvalho

3º Examinador: Prof. Dr. José Luis Vieira de Almeida

4º Examinador: Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Eliane GiachettoSaravali

5º Examinador: Prof Dr. Adriano Rodrigues Ruiz

Marília, 11 de fevereiro de 2014

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar gostaria de agradecer aos meus pais que sempre cultivaram a educação e acreditaram em meu potencial.

Em especial ao Rodrigo por compartilhar meus sonhos e me ajudar torná-los realidade.

Agradeço ao prof Dr. Raul Aragão Martins, meu orientador e mestre que me serve de inspiração e me apoiou em todos os momentos.

Aos professores que aceitaram fazer parte da banca de defesa, professor José Luiz Vieira de Almeida, professor Alonso Bezerra de Carvalho, professor Adriano Rodrigues Ruiz e a professora Eliane Giachetto Saravali, pela dedicação e a colaboração nesse trabalho.

As minhas amigas de pós que estiveram ao meu lado em todos os momentos, Luciana, Fabiana, Rosana, Isabella, Júlia, Luana, Graziela e Thaís.

Aos professores da graduação da Unesp de Assis e os da pós-graduação de Araraquara e Marília pela sabedoria, respeito e exemplo.

Ao CNPq, agradeço o importante suporte financeiro para a realização desta pesquisa.

Quero agradecer à todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Obrigada.

TEIXEIRA, P. S. Adolescentes em Semiliberdade: consumo de álcool e outras drogas e atendimento em uma unidade do interior do Estado de São Paulo. 2014. 109f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências –Universidade Estadual Paulista, 2014.

## **RESUMO**

O uso de substâncias psicoativas, legais ou ilegais, é um dos comportamentos de risco entre crianças e adolescentes, que geralmente está associado a prática de condutas antissociais e/ou delitivas (em conflito com a lei). Pesquisas apontam uma estreita relação entre o uso de SPA e a prática de atos infracionais. Estas condutas, presentes na vida familiar, escolar e na sociedade como um todo são motivos de discussões e preocupa pais e educadores se tornando um grave problema social. Uma estratégia para lidar com esse problema é por meio da aplicação de uma Intervenção Breve (IB) que visa a diminuição e/ou abstinência do uso de SPA e a reflexão sobre as consequências do delito praticado pelo sujeito. Nesta perspectiva, firmou-se parceria com uma unidade de semiliberdade, onde foi realizada capacitação com profissionais que atuam com crianças e adolescentes em cumprimento de medida sócio educativa previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Foi feita a identificação do padrão de uso de álcool e outras drogas entre os adolescentes submetidos a medidas socioeducativas e aplicada uma Intervenção Breve, que buscou sensibilizar o jovem sobre o uso de drogas e delitos. Os resultados da pesquisa quali-quantitativa mostram que os profissionais agem em consonância com o ECA, ou seja, eles apresentam condições de fazer-se cumprir o direito dos adolescentes. No entanto, a unidade não dá espaço para que eles tenham autonomia, o que engessa suas ações. Quanto aos adolescentes em cumprimento da medida, nota-se que a escola é importante fator protetor para o uso de SPA e condutas delitivas, pois o uso de SPA é uma das principais causas do fracasso escolar. Porém, o perfil dos adolescentes participantes da pesquisa é de excluídos da escola, socioeconomicamente desfavorecidos e sem perspectivas de futuro, sublinhando os fatores que aumentam, consideravelmente, a vulnerabilidade dessa população.

Palavras-chave: intervenção breve; consumo de drogas; adolescentes; medida socioeducativa; ECA.

TEIXEIRA, P. S. Adolescents in semi-freedom: consumption of alcohol and other drugs and medical care in a health center of the interior of the state of São Paulo.2014.109. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências – Universidade Estadual Paulista, 2014.

### **Abstract**

The use of psychoactive substances (PS), both legal and illegal, is seen as a risky behavior for children and adolescents, which is usually associated with antisocial and/or criminal behavior (i.e. against the law). Research has shown that the use of PS and criminal offense are closely related. Such behavior, present in family life, school life and in society as a whole, raises discussions and concerns parents and educators, becoming a serious social issue as a result. A way to deal with this issue is to conduct a brief intervention (BI), a prevention strategy aiming to reduce and/or stop the consumption of PS, as well as to raise the individual's awareness of the consequences of his/her offenses. From this perspective, a partnership with a semi-freedom health care center was formed, where there was the training of professionals who work with children and adolescents complying with socio-educational measures from Brazil's Statute of the Child and Adolescent (SCA). The identification of the pattern of the use of alcohol and other drugs by these adolescents was carried out, and a BI was conducted to raise the young individual's awareness of the use of drugs and offense. The results of the qualitative and quantitative survey show that the professionals work in compliance with the SCA, which means they are capable of enforcing the rights of adolescents. However, the health center hinders the individuals' autonomy. With regard to the adolescents complying with socio-educational measures, school plays an important role to prevent the consumption of PS and criminal behavior, and the use of these substances is one of the causes that lead to school failure. Nevertheless, the background of the adolescents on the survey shows they are out of school, socially and economically underprivileged and have no prospects, which significantly increases the vulnerability of this group.

Keywords: brief intervention; drug consumption; adolescents; social-educational measure; SCA.

## **LISTA DE APÊNDICES**

A	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – Para pais e/ou responsáveis.....	96
B	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – Para maior ou igual a 18 anos .....	97
C	Questionário de Levantamento de Dados.....	98



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2</b>	<b>ADOLESCENTE EM VULNERABILIDADE</b> .....	17
2.1	Vulnerabilidade.....	17
2.2	Intervenção Breve .....	20
2.3	O Adolescente .....	22
<b>3</b>	<b>ADOLESCENTE – CONSUMO DE DROGAS E CONFLITO COM A LEI...</b>	27
3.1	Adolescente e uso de álcool e outras drogas.....	27
3.2	Adolescente em conflito com a lei .....	31
3.3	Ato infracional e consumo de Substâncias Psicoativas (SPA).....	35
<b>4</b>	<b>POLÍTICA DE ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE</b> .....	38
4.1	Um breve histórico.....	38
4.2	Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).....	43
4.3	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE).....	49
4.3.1	Atendimento Socioeducativo.....	51
4.3.2	Atendimento em Semiliberdade.....	56
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	58
5.1	Tipo de Pesquisa.....	58
5.2	Local da Pesquisa.....	59
5.3	Primeira etapa da pesquisa.....	59
5.3.1	Capacitação para profissionais que atuam com adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.....	60
5.3.2	Desenvolvimento da primeira etapa da pesquisa.....	60
5.4	Segunda etapa da pesquisa: Levantamento inicial e aplicação de Intervenção Breve (IB).....	63
5.4.1	Participantes (adolescentes).....	63
5.4.2	Questionário .....	64
5.4.3	Procedimento do levantamento inicial.....	66
5.4.4	Intervenção Breve (IB).....	67
5.5	Considerações éticas.....	68
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	70
6.1	Resultados referentes aos Profissionais.....	70
6.2	Resultados do levantamento inicial.....	71
6.3	Resultados Entrevista Motivacional.....	77

<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	81
7.1	Atuação dos Profissionais.....	81
7.2	Relação de adolescentes que cumprem medidas socioeducativas e SPA.	83
7.3	Vulnerabilidade dos profissionais e adolescentes.....	85
7.4	Observações Gerais.....	87
	REFERÊNCIAS.....	89

## 1 INTRODUÇÃO

Nosso trabalho se inicia com uma apresentação particular por acreditarmos na relevância de nosso histórico pessoal para a escolha do tema. A autora passou por uma infância que podemos considerar saudável, ainda não apresentando interesse por filosofia, psicologia, nem tão pouco por estudos de textos científicos. No entanto foi um tempo de curiosidade e de importância em obter respostas para as questões do cotidiano. Na adolescência, viveu em uma cidade em que, para os jovens, o álcool era muito significativo nessa fase da vida e conviveu com diversos amigos que faziam consumo em excesso. No entanto, apesar de consumir em pouca quantidade, não conseguia compreender o consumo em exagero. Nessa época a autora sempre estava curiosa a respeito da área do pensamento humano e a possibilidade de amenizar o sofrimento do indivíduo. Essa ideia era fascinante e o curso de psicologia ganha forma e sentido. Graduada no curso de Psicologia da Universidade Estadual Paulista (UNESP), campus de Assis, no ano de 2001, a autora teve a oportunidade de iniciar-se nas pesquisas científicas. Após a conclusão da graduação, entrou no grupo de estudos "Desenvolvimento Sócio-Moral de Crianças e Adolescentes", coordenado pelo Prof. Dr. Raul Aragão Martins, que estuda a situação de adolescentes em risco e o desenvolvimento moral e se preparou para a realização do trabalho de mestrado intitulado "Adolescente, uso de álcool, depressão e desenvolvimento cognitivo", que foi desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Educação Escolar da UNESP – Campus de Araraquara, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Bergonzoni Stefanini. Esta pesquisa atraiu-a mais para esse universo do jovem e o consumo de drogas. Havia uma perspectiva inicial de que os adolescentes com o desenvolvimento cognitivo mais comprometido apresentariam um maior consumo de álcool, porém, resultados demonstraram o oposto (TEIXEIRA, 2007). Portanto, quanto mais desenvolvido cognitivamente, mais o adolescente bebia. Questionando-se sobre o por quê e pensando na vulnerabilidade dos sujeitos, a autora decidiu pesquisar em seu doutorado não apenas o adolescente que consome drogas, mas que também cometem infração em função ou não do consumo de drogas.

Adolescentes envolvidos em delitos apresentam fragilidade na maioria de suas famílias que vivem em situação de exclusão social e pobreza. Essa situação pode se refletir em instabilidades emocionais em decorrência da

ausência de alguma figura parental, por separação ou abandono, o que contribui para a falta de modelo social apropriado (FEIJÓ, ASSIS, 2004) e pode ocasionar ao sujeito uma vulnerabilidade.

Em consequência dessa vulnerabilidade, o adolescente se torna cada vez mais susceptível ao consumo de álcool e outras drogas. No Brasil, o padrão de uso de Substâncias Psicoativas (SPA) entre estudantes do ensino médio, segundo o último levantamento nacional (CARLINI et al, 2010), é de que o uso em geral, ao ano, de qualquer droga (exceto álcool e tabaco) foi de 9,9% para a rede de educação pública e de 13,6% na rede particular. Números considerados pequenos comparados com as porcentagens relativas ao álcool e tabaco consumidos por essa população, cujos números foram respectivamente de 42,4% e 9,6% para o uso no último ano. As demais drogas são inalantes (5,2%), maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetamínicos (1,7%) (CARLINI et al, 2010).

Algumas pesquisas têm buscado conhecer os tipos de penalidades pelo uso de drogas e as características de cada uma delas, como no trabalho de Pereira e Sudbrack (2008) sobre Drogadição e Atos Infracionais, em que foram identificados seis tipos de modalidades do uso: 1. Ato Infracional e dependência dos efeitos; 2. Ato Infracional e dependência das crenças; 3. Ato Infracional e dependências relacionais afetivas; 4. Ato Infracional e dependência dos pares; 5. Ato Infracional e dependência do provedor e 6. Ato Infracional e dependência do fornecedor. Para os autores, há uma rede social que mantém uma construção individual e coletiva permanente para o consumo de drogas e o conflito com a lei (PEREIRA, SUDBRACK, 2008).

A pesquisa de Priuli e Moraes (2007) identifica o perfil sociodemográfico do adolescente que comete ato infracional e também identifica o uso e abuso de drogas. Este perfil tem como características ter a idade média de 17 anos, ser evadido da escola, estar no ensino fundamental incompleto, não possuir trabalho e viver em regiões de baixo poder socioeconômico (PRIULI, MORAES, 2007).

Para Martins e Pillon (2008), a sociedade não estabelece limites e critérios norteadores que possam construir boas qualidades de vínculos primários, de modo a evitar ageração de comportamentos antissociais na adolescência. O perfil dos adolescentes, associado com a baixa escolaridade, contribui para aumentar o risco do uso precoce de drogas. Para os autores, o

álcool e a maconha estão diretamente associados aos delitos praticados pelos adolescentes.

Ao mesmo tempo, observamos que a mídia estabelece uma postura pouco favorável à questão do adolescente infrator, utilizando um descaso e impondo barreiras por preconceitos e questões socioeconômicas, fazendo parecer que há uma mobilização por parte da sociedade civil no sentido de regredir legalmente para que o adolescente perca alguns dos direitos conquistados, através de movimentos para a redução da maioridade penal. Essa mobilização é consequência do enfrentamento de constantes episódios em que adolescentes praticam atos violentos e criminosos, os quais fazem com que a sociedade se sinta vítima das garantias e direitos conquistados pela legislação brasileira.

Para esses casos, nossa legislação estabelece o cuidado com a criança e com o adolescente através das garantias de direitos e do cumprimento de uma medida socioeducativa que visa reestruturar o sujeito tornando-o mais autônomo e reinserindo-o na sociedade.

A partir de 1990, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as políticas públicas e ações voltadas para os jovens passaram a contar com o respaldo legal de proteção (BRASIL, 1990). Sobre os adolescentes que cometem delitos, o ECA estabelece que eles devem cumprir medidas socioeducativas que fundam não só a sanção, mas também, e principalmente, o aspecto educativo e ressocializador, para que haja a formação de um adolescente autônomo e solidário. O jovem deve ser alvo de um conjunto de ações socioeducativas que contribuam com a sua reinserção social e o torne capaz de se relacionar melhor consigo mesmo, com os outros e com tudo que integra a circunstância, sem reincidir na prática de atos infracionais (BRASIL, 2006).

Para a execução de tais medidas, o ECA indica que as instituições protetoras (nacionais, estaduais e/ou municipais) devem buscar profissionais qualificados para o trabalho com os adolescentes que cumprem medidas socioeducativas e, além disso, devem prepará-los para auxiliar na mobilização da opinião pública, visando a participação dos diversos segmentos da sociedade. Em outras palavras, é importante que esse profissional tenha condições de fazer-se cumprir os direitos do adolescente e consiga informar a população sobre a realidade do adolescente em cumprimento de medidas socioeducativas.

Desse modo, tem-se, como fundamental, o exercício das funções atribuídas aos profissionais com habilidades capazes de garantir a qualidade do serviço prestado, sendo necessário, para tanto, terem uma formação adequada e contínua.

Diante dos resultados das pesquisas apresentadas e pensando nas responsabilidades dos profissionais, que são importantes agentes na efetivação da garantia dos direitos dos adolescentes e na qualidade do cumprimento das medidas socioeducativas, pretendemos analisar, nesta pesquisa de doutorado, dois enfoques:

- 1) A atuação dos profissionais de uma unidade que atende adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas;
- 2) O envolvimento do adolescente que cumpre medida socioeducativa com substâncias psicoativas.

Para tanto, o objetivo inicial do projeto era o de avaliar as implicações e limitações da atuação e prática dos profissionais por meio de uma pesquisa e uma Intervenção Breve para redução do uso e/ou envolvimento com drogas por adolescentes que cumprem medidas socioeducativas na instituição. Além disso, a partir da Intervenção Breve, buscou-se avaliar o envolvimento dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa com álcool e drogas, traçando seu perfil e expondo como eles reagiram à intervenção.

No entanto, em função de acontecimentos ocorridos na instituição, tais como mudanças de endereços constantes, reuniões institucionais, eventos sociais, eventos políticos e questões burocráticas; não foi possível realizar os objetivos propostos inicialmente. Dessa forma, apesar de os profissionais atuantes na instituição terem iniciado a coleta de dados, eles não conseguiram finalizar a pesquisa e a Intervenção Breve como se propôs no projeto inicial. De fato, muitos dos profissionais apresentaram um grande interesse em fazer parte dessa pesquisa, mas, em virtude da falta de suporte e incentivo por parte da instituição, eles tiveram de se afastar do projeto, revelando grande decepção, desconforto e desapontamento com a situação. Por essa razão, a pesquisa foi conduzida e finalizada pela autora desta tese.

Assim, quanto aos objetivos iniciais e à metodologia, devido às dificuldades encontradas e aos imprevistos ocorridos, ambos tiveram de ser reestruturados. No entanto, gostaríamos de sublinhar que a mudança realizada frente aos objetivos e a metodologia da pesquisa não comprometem sua originalidade e mantêm sua essência. Portanto os resultados alcançados até o

momento respondem não mais aos objetivos iniciais, mas aos que seguem abaixo.

Frente à nova situação, buscamos, como objetivos, analisar a atuação dos profissionais na posição de responsáveis por garantir os direitos dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. Além disso, objetivamos conhecer o padrão de envolvimento dos adolescentes em semiliberdade com substâncias psicoativas, cabendo salientar que esse envolvimento não está necessariamente relacionado apenas ao uso, mas também ao envolvimento direto ou indireto com o tráfico.

Tratando da estruturação formal deste trabalho, a presente pesquisa está dividida em sete capítulos. O primeiro é nossa Introdução, que apresenta uma visão geral da tese. O segundo capítulo expõe o Adolescente em Vulnerabilidade, iniciando o assunto e trazendo a teoria sobre a vulnerabilidade, que estabelecemos como categoria de análise de nossa tese. Depois apresentamos a nossa proposta de Intervenção Breve e por fim descrevemos a história social do adolescente e suas características psicológicas, para melhor compreensão de suas vulnerabilidades.

O terceiro capítulo, por sua vez, expõe dados sobre os Adolescentes – o consumo de drogas e o conflito com a lei. São apresentadas algumas teorias sobre a adolescência e o uso de drogas e o panorama dos adolescentes em conflito com a lei, trazendo pesquisas sobre o tema.

No quarto capítulo englobamos as Políticas de Atendimento ao adolescente, apresentando um histórico acerca do tratamento e das políticas de assistência em prol da criança e do adolescente até as conquistas estabelecidas a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a criação do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), o atendimento ao jovem que cumpre medida socioeducativa e o atendimento em medida de semiliberdade.

Já no quinto capítulo apresentamos a metodologia utilizada na realização da pesquisa que contém tópicos como: Tipo de Pesquisa; o Local da Pesquisa, a Primeira Etapa da Pesquisa, Capacitação para Profissionais que Atuam com Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas, o Desenvolvimento da Primeira Etapa da Pesquisa com os Profissionais; a Segunda Etapa da Pesquisa: Levantamento Inicial e Aplicação de Intervenção Breve; os Participantes (adolescentes), Questionário, Procedimento do Levantamento Inicial, Intervenção Breve e as Considerações Éticas.

Seguindo, temos o capítulo seis, no qual apresentamos os Resultados obtidos, expomos as informações a respeito da atuação dos profissionais no decorrer do trabalho, depois apresentamos os dados do levantamento inicial com os adolescentes e por fim o perfil dos adolescentes que participaram da entrevista motivacional.

Para finalizar, o capítulo sete apresenta as considerações finais, tendo como base as experiências de atuação dos profissionais, os resultados obtidos sobre o envolvimento dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa com as drogas, a vulnerabilidade dos profissionais e dos adolescentes e terminamos com algumas observações gerais.



## 2 ADOLESCENTE EM VULNERABILIDADE

Este capítulo é dividido em três sessões. A primeira expõe sobre a vulnerabilidade, estabelecendo a categoria de análise de nossa tese. Na segunda seção, apresentamos a nossa proposta de Intervenção Breve para a atuação com os adolescentes e, na última parte, apresentamos a história social do adolescente e as características psicológicas dessa fase que nos auxilia na compreensão das situações de vulnerabilidade enfrentada por eles.

### 2.1 Vulnerabilidade

Como nosso universo de estudo é o adolescente infrator que faz uso de drogas e está em cumprimento de medida socioeducativa, buscamos estabelecer, como categoria de análise, a vulnerabilidade, e considerar como esses jovens ficam vulneráveis. Optamos por adotar uma visão da área da saúde em nossa definição de vulnerabilidade, por considerarmos que textos de Psicologia da Educação tornam esse termo comum e usam uma definição como se o sujeito se encontrasse inserido em um grupo de risco.

Para Alves (1994), o termo vulnerabilidade designa grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantias de seus direitos de cidadania. Na área da saúde, esse termo ganha projeção na década de 90 (século XX), em função das diversas tentativas de diagnósticos para traçar as tendências mundiais da pandemia da *Acquired Immunodeficiency Syndrome* AIDS. Atualmente a vulnerabilidade amplia as possibilidades de participação do sujeito em um determinado grupo e possibilita ações direcionadas a seu controle.

Para Ayres (2009, p.123)

A noção de grupo de risco difundiu-se amplamente, especialmente por meio da grande mídia, não mais como categoria analítica abstrata, mas como verdadeira categoria ontológica como uma identidade completa. Os grupos de risco tornaram-se a base de estratégias de prevenção.

No entanto, essa não é a definição de vulnerabilidade, exatamente porque ela produz, além da estratégia de prevenção, o isolamento do grupo,

estigma, preconceito e a atuação técnica restrita ao grupo. Portanto, o conceito de grupo de risco tornou-se inadequado.

Para Feijó e Assis (2004), traçar a vulnerabilidade do adolescente infrator pode gerar segregação e discriminação, acreditamos que essa leitura de vulnerabilidade nada mais é do que uma forma de estabelecer o grupo de risco. Nessa pesquisa, os autores traçam uma relação direta entre a vulnerabilidade e a exclusão social. O adolescente infrator está em um processo de desvinculação social e a estrutura familiar prejudicada (financeiramente, emocionalmente e domiciliar) aparece como categoria de análise que mantém o jovem nessa condição.

A vulnerabilidade pode apresentar características não só individuais, mais coletivas, inseridas em um contexto que possibilita maior suscetibilidade, levando-o ao risco direto, no caso do uso, abuso e envolvimento com drogas.

Encontramos na vulnerabilidade três eixos interligados (ARYES, 2009). O primeiro, o **Componente individual**, que liga situações diárias e a possibilidade de transformar esse comportamento em práticas protetoras. O segundo, o **Componente Social**, as atitudes e mudanças não dependem apenas do indivíduo, mas das condições de acesso a comunicação, educação, disponibilidade de recursos, deliberações políticas e, influências culturais, entre outras. O terceiro, o **Componente Pragmático**, quando são disponibilizados recursos de modo efetivo e democrático para a direção da proteção, em nosso caso a proteção ao adolescente, garantindo direitos e possibilitando boas condições de vida do sujeito, com elaboração de programas nacionais, regionais e locais.

Na situação do adolescente que nossa tese analisou, é possível afirmar que eles adotam comportamento de risco? O grupo apresenta condições de fazer essa escolha? Quais recursos eles dispõe para encontrar outras alternativas? Acreditamos que o Componente Pragmático pode ter uma participação muito significativa nos outros componentes e é por isso que nossa proposta de atuação vai ao encontro desse eixo.

Em dados apresentados nessa pesquisa e em outras analisadas (FEIJÓ, ASSIS, 2004; PRIULI, MORAES, 2007; PEREIRA, SUDBRACK, 2008; GALLO, WILLIAN, 2008; CARLINI et al, 2010) observamos que os adolescentes que cumprem medidas socioeducativas se destacam apresentando características de **Exclusão Social** que, nessa tese, vamos considerar embasados nas

pesquisas apresentadas como: fragilidade familiar, vivendo em condições de exclusão social e pobreza, fácil acesso a drogas, ter abandonado a escola (na pesquisa de Soares e Ávila, 1998, a maior parte dos adolescentes que abandonaram a escola alegam como motivo a inserção no trabalho, no entanto em nossa pesquisa observamos que os jovens abandonam a escola por não se adaptarem a ela), baixa escolaridade, não possuir trabalho, estar em regiões de baixo poder socioeconômico, não ter boa qualidade de vínculos, apresentar comportamentos antissociais na adolescência, ou seja, não ter á sua disposição os três eixos estruturados da vulnerabilidade, o componente individual, social e o pragmático.

Portanto, não aceitamos o risco como condição construtiva da pobreza ou da falta de recursos, mas identificamos a falta de alternativa e consideramos que o risco apresentado nos comportamentos é uma expressão do indivíduo. Dessa forma a vulnerabilidade busca uma universalidade e um compromisso com a operação, visando à ação de intervenção e cuidado.

Nosso questionamento aparece quando buscamos saber se a Fundação Casa realiza o "cuidado" adequado com esse adolescente.

As diferenças não devem ser vistas como características grupais, fixas, mas como efeito de relações sociais e a sociedade tem responsabilidade nesses efeitos. Enquanto o adolescente for tratado como sujeito excluído da sociedade, que é o que acontece atualmente, não encontrará saída e continuaremos trabalhando com o processo de exclusão.

Aryes (2009) propõe alguns objetivos e estratégias para um melhor funcionamento dos grupos "vulneráveis":

1. Efetividade – buscar alternativas mais capazes de serem postas em práticas;
2. Operacionalidade – desenvolvimento de técnicas para uma efetividade do objetivo.
3. Progressividade – analisar o que se pode ser efetivo e operacional a curto, médio e longo prazo com objetivos articulados à proposta.

A vulnerabilidade é multidimensional e, em uma mesma condição, estamos vulneráveis a alguns fatores e não a outros. O que pode nos deixar vulneráveis em um aspecto pode nos proteger em outro, portanto estamos sempre vulneráveis em diferentes graus e essa vulnerabilidade muda sempre ao longo do tempo. O adolescente não é vulnerável, ele está vulnerável.

As abordagens de redução de vulnerabilidade voltadas para a área da saúde buscam ampliar o plano singular para uma ação social como meta de suas intervenções, dando maior concretude e operacionalidade ao plano de ação e é nessa linha que consideramos a proposta da intervenção breve.

## **2.2 Intervenção Breve**

Como já citado, participamos de um grupo de pesquisa que investiga adolescentes em situação de risco. A partir desses estudos, entramos em contato com um trabalho de intervenção breve que vem sendo realizado com sucesso em algumas áreas. O método *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students* BASICS (DIMEFF et al., 2002) objetiva detectar o consumo de álcool do sujeito e motiva-lo a melhorar o consumo, ou seja, torna-lo mais saudável, diminuindo ou zerando o uso. Utilizamos o método, na maioria das vezes, como complemento das atividades já realizadas com a população observada. O BASICS é uma proposta desenvolvida pela equipe liderada pelo Prof. Dr. G. A. Marlatt, da Universidade de Washington, Seattle, USA, que visa à moderação de uso de bebidas alcoólicas entre universitários e consequente redução de prejuízos que o consumo abusivo desta substância pode provocar. Esta abordagem já foi testada em duas universidades norte-americanas (BORSARI & CAREY, 2000; MURPHY et al., 2001) e uma universidade brasileira, a UNESP (KERR-CORRÊA et al., 1999; KERR-CORRÊA et al., 2001; KERR-CORRÊA et al., 2002; SIMÃO et al., 2008).

O profissional que trabalha com os jovens utiliza uma técnica, com aplicação de um questionário, para obter informações sobre o consumo do sujeito, analisando a possibilidade de mudança.

Esse método já foi aplicado em escolas, obtendo resultados satisfatórios (PELEG et al., 2001; MARTINS, 2006; CRUZ, 2011) a intervenção breve utilizada, baseada na linha motivacional e cognitiva-comportamental, mostrou-se eficaz com estes jovens ao apresentar redução do uso.

Esta intervenção baseia-se no modelo de "Hábito Biopsicossocial" (BRICKMAN et al., 1982) que considera que o envolvimento do indivíduo com álcool não é totalmente devido à sua própria iniciativa; os determinantes são múltiplos, e podem incluir fatores biológicos, psicológicos e sociais. Em contrapartida acredita-se que a mudança de comportamento, com a devida

assistência, é possível (DIMEFF et al., 2002). A mudança está baseada nos princípios da "Redução de Danos" (DONOVAN & MARLATT, 1988, MARLATT, 1996, MARLATT et al., 1998; TELLES & BASTOS, 1995) e na utilização de duas ferramentas básicas, a "Entrevista Motivacional" (MILLER, 1996, MILLER & ROLLNICK, 2001) e a "Prevenção de Recaída" (MARLATT & GORDON, 1985).

O modelo de "Redução de danos" procura minimizar as consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde do usuário, aceita a inevitabilidade de um dado nível de consumo de drogas (legais ou ilegais) numa sociedade, enfatiza a obtenção de metas "sub ótimas", a curto e médio prazo, vê o usuário como um ser social, com direitos, considera a abstinência uma meta a longo prazo e enfatiza que todas as intervenções devam ter o envolvimento da população alvo.

A "Entrevista Motivacional" (MILLER & ROLLNICK, 2001) foi criada em 1982 (MILLER, 1996) em uma clínica norueguesa para pessoas dependentes de álcool. Ela vem se mostrando eficiente em vários segmentos da população (etários, gênero, socioeconômico) e vem sendo testada com sucesso entre dependentes de álcool em nosso país (OLIVEIRA, 2000).

As pesquisas brasileiras sobre prevenção e intervenção começam a ser publicadas no início dos anos noventa, embora Carlini-Cotrin e Pinsky (1989) e Carlini (1990), já no final dos anos oitenta, tenham alertado para a necessidade de estudos entre nossos adolescentes, em especial na detecção dos tipos, quantidade e frequência de uso de drogas. Nesta linha, os estudos epidemiológicos já apresentados mostram que a droga mais consumida entre adolescentes e adultos jovens é o álcool.

Em 2006, Martins desenvolveu pesquisa de cunho experimental, com alunos de ensino médio, que entre seus objetivos, procurou avaliar o teste AUDIT (BABOR et al., 1992) para identificação de adolescentes bebedores de risco e a eficácia do procedimento BASICS (DIMEFF et al., 2002) para o retorno ao beber moderado ou mesmo à abstinência desses adolescentes. Resultados mostraram que o teste é bem aceito entre os estudantes, de fácil aplicação e identifica os jovens que têm padrão de beber de risco.

Estes estudos evidenciam que as aplicações de intervenções breves mostram-se adequadas para o trabalho com jovens. O desafio agora é a passagem deste conhecimento para instituições responsáveis pelo atendimento aos adolescentes em conflito com a lei, mais especificamente para os técnicos que lidam diretamente com estes jovens.

Possibilitando com que o sujeito consiga se proteger da situação, no caso o uso de drogas e suas consequências, tornando-se "sujeito de sua própria saúde" (ARYES, 2009), reduzindo o risco e o uso da substância, adotando comportamentos protetores.

Nesta perspectiva consideramos a possibilidade de capacitação em serviço de técnicos na identificação de jovens que fazem uso de álcool e outras drogas e posterior aplicação de intervenção, como o procedimento BASICS, visando a volta à abstinência ou pelo menos ao uso moderado de drogas entre esses jovens.

Portanto, a Intervenção Breve auxilia na manutenção da vulnerabilidade, oferecendo uma técnica que possa auxiliar na efetividade, que são as alternativas mais capazes de serem postas em prática, a operacionalidade com a utilização de uma técnica que apresenta efetividade no objetivo e a progressividade com uma proposta efetiva e operacional para a população adolescente.

### **2.3 O Adolescente**

Em nossa sociedade a adolescência é considerada um momento crucial do desenvolvimento humano, da constituição do sujeito em seu meio social e da construção de sua subjetividade. As relações sociais, culturais, históricas e econômicas da sociedade, estabelecidas dentro de um determinado contexto, são decisivas na constituição da adolescência. Portanto, para o pleno desenvolvimento das pessoas que se encontram nessa fase da vida, é essencial que sejam fornecidas condições sociais adequadas à consecução de todos os direitos a elas atribuídos (BRASIL, 2006).

Para compreendermos melhor a adolescência e os motivos de o adolescente ser legalmente protegido, discorreremos sobre o tema da atenção à criança e ao adolescente na sua evolução, como também daremos ênfase ao desenvolvimento psicológico nessa fase. Gostaríamos de salientar que esse histórico e o desenvolvimento são significativos quando estamos analisando o eixo individual e social do que pode tornar o sujeito vulnerável.

No final do século XVII, na Europa, há o fim do infanticídio tolerado. E esse crime era punido, mas comum, principalmente em forma de acidentes como dos pais que dormiam sobre a criança que sufocavam e morriam. A partir

do século XVIII, ocorrem as primeiras tentativas de descrever o fenômeno da adolescência. A família, neste momento, começa a se organizar em torno da criança, que até então era submetida a uma educação rígida sob a supervisão dos mais velhos até possuírem força física e tamanho, momento em que ingressavam no mundo adulto. Portanto, no século XIX, com a polarização da vida social em torno da família e da profissão, o adolescente é o sujeito que já tem força para assumir o trabalho (ARIÉS, 1981).

Segundo Ariés (1981), no início do século XX, a ideia de adolescência se forma, desejando-se saber o que a juventude pensa. Além disso, a adolescência aparece como depositária de valores novos, capazes de reavivar uma sociedade velha e esclerosada. Dessa forma, a adolescência passa por uma época de idade favorita:

Tem-se a impressão, portanto, de que, a cada época corresponderiam uma idade privilegiada e uma periodização particular da vida humana: a "juventude" é a idade privilegiada do século XVII, a "infância", do século XIX, e a adolescência, do século XX. (ARIÉS, 1981, p 37).

Pode-se considerar que o auge da adolescência, vista como um fenômeno social moderno, ocorre no século XX, momento em que o termo é definido de maneira mais clara como a passagem do ser criança para o ser adulto. O processo de formação deste sujeito é denominado de puberdade, o qual se trata das transformações anátomo-fisiológicas ocorridas na adolescência, ou seja, dos aspectos biológicos e de suas transformações no processo de maturação da espécie humana, além das mudanças psíquicas (sociais e culturais) que se dão nesse período (CAMPOS, 2002; BERNARDO, 2011). Tal fenômeno se consolida com o surgimento de produtos de consumo específicos para o público adolescente.

As mudanças observadas no corpo do adolescente durante o período da puberdade nos parecem universais, uma vez que tais ocorrências podem ser notadas em diversas localidades. No entanto, as transformações comportamentais e psicológicas variam de forma sociocultural (LEPRE, 2005).

No aspecto psicológico, a adolescência é um momento em que o indivíduo é bombardeado de escolhas difíceis, tais como as escolhas sexuais, políticas, religiosas, morais e outras mais. Enquanto na infância quem fazia escolhas eram os adultos, em especial os pais, agora quem deve escolher é o próprio sujeito infante. Portanto, esse é um momento de desenvolvimento

biológico e afetivo muito complexo em que o sujeito passa por influências, desequilíbrios e instabilidades internas e externas.

Tanto as modificações corporais incontroláveis como os imperativos do mundo externo, que exigem do adolescente novas pautas de convivência, são vividos no começo como uma invasão. Isto o leva a reter, como defesa, muitas de suas conquistas infantis, ainda que também coexista o prazer e a ânsia de alcançar um novo status. Também o conduz a um refúgio em seu mundo interno para poder relacionar-se com seu passado e, a partir daí, enfrentar o futuro. Estas mudanças, nas quais perde a sua identidade de criança, implicam a busca de uma nova identidade, que vai se construindo num plano consciente e inconsciente. O adolescente não quer ser como determinados adultos, mas em troca, escolhe outros como ideais, vai se modificando lentamente e nenhuma precipitação interna ou externa favorece este trabalho (ABERASTURY, KNOBEL, 1981, p. 14).

Como sua personalidade está em formação, podemos dizer que ela é uma combinação de várias identidades. É um momento muito doloroso e ambivalente para o indivíduo porque ele deve se adaptar ao mundo adulto e desprender-se do infantil. A perda, nesse momento da vida, é muito grande e o adolescente deve enfrentar alguns lutos fundamentais, como o luto pelo corpo infantil, o luto pelo papel da identidade infantil, o luto pelos pais da infância (quando perde a proteção total dos progenitores) e da bissexualidade infantil, pois esse é o momento de orientação do desejo sexual, de abandonar e renunciar as suas relações com a infância. (CARVAJAL, 1988; ABERASTURY, KNOBEL, 1981; TEIXEIRA, 2007).

Para Knobel e Aberastury (1981), a elaboração desses lutos é a condição para que o adolescente experimente novas identificações para a formação saudável de sua identidade. Para Carvajal (1998) "a necessidade de elaborar os lutos básicos [...] obriga o adolescente a recorrer normalmente a manejos psicopatológicos de atuação, que identificam sua conduta [...]" (p.20). Dessa forma, as dificuldades encontradas pelo jovem ficam demonstradas em suas ações, sendo que os mais vulneráveis acabam se encarregando dos conflitos dos outros por assumir papéis mais doentes no meio em que vivem.

Entendemos que as mudanças psicológicas e corporais levam a uma nova relação com os pais e com o mundo, podendo significar que seu mundo interno, nesse momento de enfrentamento, fica caótico.

Além disso, essa fase do desenvolvimento também pode trazer significativas mudanças qualitativas e quantitativas nas esferas de atividade do



sujeito, como uma maior autonomia de circulação social, mudanças no campo da autopercepção e auto-imagem, adoção de novos grupos, adesão de novos papéis na família, conquistas no plano da auto-regulação de atividade e possibilidade de novas perspectivas quanto ao futuro. Esses são fatos que contribuem para a resignificação da relação do adolescente com os grupos que o cercam (OLIVEIRA, 2006).

Ainda, o adolescente se sente instável e cheio de dúvidas, sendo este momento definido por alguns autores (CARVAJAL, 1988; ABERASTURY, KNOBEL, 1981) como Crise da Adolescência, a qual é descrita com características de oposição às normas adultas e sociais, de destituição da figura dos pais através de desobediências, de questionamentos a pais e professores que ocupam o lugar de autoridade (CARVAJAL, 1998). O surgimento da crise acontece em meio a tumultos, caos, rupturas e mudanças dolorosas, que causam sofrimento e agonias para o sujeito, que deve formar uma nova identidade, abandonando a criança, rompendo com a dependência infantil e se transformando em adulto. O adolescente que se sente enganado necessita de liberdade para se refazer da frustração sofrida pelas experiências com seus pais, que já não são mais perfeitos e apresentam falhas que a criança nunca perceberia. Assim, devido ao fato de os pais o terem "enganado", o adolescente rompe com a dependência deles, encontrando como solução o isolamento e a vinculação mais forte aos amigos, visto que se sente vítima do ambiente rejeitador e absurdo em que está inserido.

Seu funcionamento egóico é mínimo, já que o anterior não lhe serve, e o novo, como sua incipiente capacidade de abstração, ainda não pode ser usado adequadamente. A confusão de afetos é normal: o medo é raiva, a inveja é perseguição, o amor é rejeição. (CARVAJAL, 1998, p. 75).

Socialmente, é estimulada/evidenciada uma condição de fragilidade e rebeldia do adolescente, ocorrendo manejos inadequados de instituições sociais, familiares e governamentais que, ao invés de proteger, podem atacá-los.

Conforme Calligaris (2000), o adolescente, para ser reconhecido socialmente como adulto, deve apresentar duas conquistas: a das relações amorosas e a da competência para o campo produtivo. Enquanto o jovem não passa para a fase adulta, lhe é imposta uma moratória social, a qual podemos considerar como uma espera, ou seja, ele já apresenta condições para fazer parte do mundo adulto, mas ainda não é reconhecido como tal.

Para um melhor desenvolvimento, o adolescente necessita de um ambiente que o proteja e que lhe mostre um caminho, além de um pai ativo e racional que postule regras e que permita que elas sejam questionadas, destruídas, e somente depois postuladas novamente, contribuindo assim com o desenvolvimento de seu filho. Entretanto, essa não é a postura adotada pela sociedade e pela maioria das famílias.

Em consequência de não se sentirem apoiados pelos pais e pela sociedade, os amigos se transformam no centro de interesse dos adolescentes. Ou seja, o indivíduo começa a se sentir mais à vontade com os amigos, se identificando e compartilhando com eles tudo. Mesmo quando estereotipados no grupo, o adolescente não se sente rejeitado e se encontra inserido no grupo, participando de todas as suas ações. (CARVAJAL, 1998).

De acordo com Piaget (1977), a adolescência é o momento em que o sujeito pode alcançar uma forma mais evoluída de desempenho cognitivo, com capacidade de realizar operações mentais formais e de ter um pensamento hipotético. Dessa forma, o sujeito passa a conseguir diferenciar o possível do real, raciocinando de maneira hipotético-dedutiva e desencadeando um processo de aprendizagem mais elaborado. O adolescente aprende também os limites de suas ações, sendo capaz de construir uma moral autônoma, constituindo-se como um ser social que caminha para a fase adulta a partir de seus enfrentamentos nos conflitos vividos na sociedade. Esse processo de interação pode, no entanto, gerar angústias no cumprimento das tarefas do mundo adulto.

Portanto, o adolescente, a pesar das dificuldades encontradas, também pode apresentar condições de elaborar e estabelecer suas escolhas, que são direcionadas pela família, o grupo social e as condições disponíveis em seu universo.

Ao considerarmos o histórico da adolescência e as suas características psicológicas podemos observar as fragilidades do componente individual que os leva à vulnerabilidade e a situações de maior possibilidade de uso de substâncias psicoativas e de cometer delitos. No entanto, acreditamos que se os componentes sociais e pragmáticos estivessem bem aportados a situação de vulnerabilidade seria muito menor.

### **3 ADOLESCENTE – CONSUMO DE DROGAS E CONFLITO COM A LEI**

Esse capítulo é dividido em três sessões. A primeira apresenta dados referentes ao adolescente e o consumo de drogas. Na segunda seção, estudamos o adolescente em conflito com a lei e, na última parte, analisa-se o ato infracional e o consumo de substâncias psicoativas.

#### **3.1 Adolescência e uso de álcool e outras drogas**

O uso precoce de álcool e outras drogas expõe os adolescentes a três tipos de problemas (MARTINS, MANZATO e CRUZ, 2005): o primeiro está relacionado à saúde; o segundo, a características sociais, como o não cumprimento de obrigações escolares, o envolvimento em situações de risco e a dificuldade nas relações familiares; e, por fim, o terceiro se trata dos problemas legais, pois a própria Substância Psicoativa (SPA) legal, como a cerveja e o cigarro, é de uso proibido para crianças e adolescentes.

Existem vários aspectos importantes que podem justificar o uso de drogas na adolescência, tais como o fato de ser nessa ocasião, isto é, o caminhar para a fase adulta, que ocorrem os maiores níveis de experimentação relacionados ao uso e abuso de SPA. As transformações ocorridas na adolescência facilitam e estimulam o uso de álcool e drogas, podendo comprometer essa fase da vida do sujeito. Nota-se que o início do uso se dá, na maioria das vezes, no começo da adolescência, sendo que os jovens atravessam rapidamente um estágio de consumo para outros e fazem uso de várias substâncias. No entanto, grande parcela dos adolescentes diminui o consumo no princípio da fase adulta, adequando-se às obrigações da maturidade.

Procurando conhecer o fenômeno, para, por sua vez, propor formas de atuação, grupos de pesquisadores de vários países vêm realizando levantamentos sobre o uso de SPA, especificamente entre os jovens. No Brasil, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID vem realizando levantamentos sobre consumo de álcool e outras drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio (antigos 1º e 2º graus) em 26 capitais brasileiras, além do Distrito Federal. A partir de 2001, iniciaram-se as

primeiras pesquisas de levantamento nacional que, além da identificação do uso na vida, começaram a identificar a síndrome de dependência. As pesquisas do CEBRID levantam dados sobre uso na vida, se fez uso alguma vez na vida, no último ano e no último mês.

Resultados do primeiro levantamento nacional brasileiro sobre uso de SPA, realizado nas capitais brasileiras e no distrito federal, no ano 2001 (CARLINI et al., 2002) mostram que 48,3% dos adolescentes (grupo com idade entre 12 e 17 anos) já fizeram uso de álcool na vida e 5,2% já são dependentes (6,9% do sexo masculino e 2,5% do feminino).

O último levantamento do CEBRID sobre consumo de álcool e outras drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio (antigos 1º e 2º graus) em 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal foi realizado em 2010 e se diferencia dos demais por ter um universo de pesquisas mais ampliado, incluindo a rede privada de ensino. Essa pesquisa busca traçar um diagnóstico sobre a prevalência e os padrões de uso de diversas drogas, identificando as substâncias mais utilizadas pelos adolescentes e nos permitindo identificar os fatores de risco e proteção envolvidos. O acompanhamento temporal, iniciado pelo CEBRID, desde a década de 80, indica que as bebidas alcoólicas e o tabaco (cigarro) têm sido as substâncias mais consumidas pelos adolescentes.

Em relação ao gênero, nos levantamentos brasileiros, podemos observar que os meninos têm apresentado maior chance de uso de drogas ilegais, enquanto entre as meninas têm sido mais frequente o uso de medicamentos controlados sem receita médica. No entanto, independente de gênero, os adolescentes mais velhos apresentam maior probabilidade de uso arriscado de substâncias (CARLINI et al, 2010).

Em todo o Brasil, 25,5% dos estudantes referiram ao uso na vida de alguma droga (exceto álcool e tabaco), 10,6% referiu uso ao último ano e 5,5% referiu uso ao mês, com pequenas diferenças entre os gêneros. Entre os que relataram algum consumo, embora a maioria tivesse idade maior de 16 anos, também foram observados relatos na faixa etária entre 10 e 12 anos (CARLINI et al, 2010).

Os relatos de uso constante, no ano, de qualquer droga (exceto álcool e tabaco), foi de 9,9% para a rede pública e 13,6% para a rede particular. As drogas mais citadas pelos estudantes foram bebidas alcoólicas e tabaco, respectivamente 42,4% e 9,6% para uso no ano. Em relação às demais, para

uso no ano, foram: inalantes (5,2%), maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetamínicos (1,7%) (CARLINI et al, 2010).

Para o uso na vida, destaca-se o uso de energéticos em mistura com álcool (15,4%) referido em toda a amostra. O uso, na vida, de esteroides anabolizantes (1,4%), êxtase (1,3%) e *Ácido* Lisérgico Dietilamida (conhecido como LSD) (1,0%) também merece atenção, sendo a distribuição heterogênea entre as capitais (CARLINI et al, 2010).

Acompanhando as pesquisas de levantamento temporal do CEBRID, pode-se observar que, entre os anos de 2004 e 2010, houve redução no número de estudantes que relataram consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, tanto para os parâmetros de uso na vida quanto no ano. Observou-se também, redução da proporção de estudantes que relataram uso no ano de qualquer das demais drogas, isto é, de inalantes, ansiolíticos, anfetamínicos, maconha e crack. Por outro lado, houve um aumento para o consumo de cocaína nessa faixa etária. Cabe ressaltar que essas mudanças não foram uniformes entre as 27 capitais.

No Estado de São Paulo, local onde nossa pesquisa é realizada, podemos observar que apesar de 23,3% dos estudantes terem referido uso de alguma droga (exceto álcool e tabaco), apenas 9,6% referiu-se ao uso no último ano e 5,2% referiu-se ao uso no mês, sem diferenças entre gêneros. Entre os que relataram algum consumo, embora a maioria tivesse idade maior que 16 anos, também foram observados relatos na faixa entre 10 e 12 anos de idade. O total de estudantes com relato de uso no ano de qualquer droga (exceto álcool e tabaco) foi de 8,9% para a rede pública e 12,9% na rede particular. As drogas mais citadas pelos estudantes foram bebidas alcoólicas e tabaco, enquanto as demais foram: inalantes, maconha, ansiolíticos, cocaína e anfetamínicos. Entre as drogas mais citadas, observa-se diferenças de consumo por gênero: maior proporção de meninos relatou uso de drogas ilícitas, enquanto maior proporção de meninas relatou uso de medicamentos sem prescrição (CARLINI et al, 2010).

Em relação ao uso de drogas entre alunos de escolas públicas e privadas, aparece um fato que poderá ter relevância para futuros programas de prevenção: nas escolas privadas, o uso na vida é de 30,7%, no ano 13,6% e no mês 6,2%, ou seja, o consumo é maior do que nas escolas públicas, as quais apresentam uso na vida de 24,2%, no ano 9,9% e no mês 5,3%. No entanto,

quando se considera o uso pesado, esses dados se invertem com 1,2% dos estudantes da rede pública e 0,8% da rede privada (CARLINI et al, 2010).

Como já observado, o sexo masculino usa mais drogas como cocaína, solventes, maconha e esteroides; enquanto o feminino, medicamentos, como os anfetamínicos (anorexígenos – moderadores de apetite), os ansiolíticos (tranquilizantes) e analgésicos. Para os autores da pesquisa, esses dados podem ser justificados por acreditarem que os jovens sofrem influências culturais que podem estabelecer diferentes consumos de droga entre os gêneros. Outra informação relevante da pesquisa, ainda sobre gênero, é a de que, pela primeira vez na série de levantamentos entre os estudantes, o uso de tabaco na vida foi maior no gênero feminino.

Segundo os dados de Carlini (2010), nas diferentes faixas etárias, o uso de drogas na vida foi relatado por 10,4% de alunos com 10 e 12 anos; 22,5% com 13-15 anos e 42,8% com 16-18 anos. Com relação ao relato de uso no ano, também podemos observar o aumento proporcional do consumo em relação a idade, sendo relatado por 5,4% dos 10-12 anos; 9,6% dos 13-15 anos e 17,0% dos 16-18 anos. Portanto, podemos notar que a exposição às drogas acontece muito cedo e a droga se torna constante na vida das crianças ao longo dos anos, possivelmente tornando-se mais fácil a obtenção das drogas com a passagem do tempo.

Infelizmente nos parece que só atualmente a sociedade passa a reconhecer o grau de importância dos problemas gerados em consequência do uso de álcool e drogas por adolescentes. Pesquisas alertam para o alto padrão de conflito social estabelecido por jovens de todas as classes socioeconômicas que comprovadamente fazem uso dessas substâncias (BERNARDO, 2011; MARTINS, 2006; CRUZ, 2011).

Martins et al. (2005), afirmam que reconhecer o consumo de álcool por adolescentes é aceitar que a lei não é cumprida, visto que, no Brasil, a venda dessa substância para menores de 18 anos de idade é ilegal, muito embora ela ocorra com frequência. Também devemos salientar que, em outros países, a ilegalidade quanto à venda de bebidas para menores também ocorre: “[...] nos EUA por exemplo a idade permitida para a compra de bebidas alcoólicas é de 21 anos, onde há uma fiscalização real dessa lei e mesmo assim uma pesquisa mostra que aproximadamente 90% dos jovens norte-americanos acham que obter bebidas é relativamente fácil” (MARTINS et al, 2005, p.308).

Entretanto, não devemos ignorar os esforços de nossa legislação, a qual vem tentando controlar e estabelecer novas políticas contra o consumo de álcool e drogas, principalmente na população jovem.

Em seu trabalho, Cruz (2011) estabelece alguns pontos relevantes a propósito da Política Nacional sobre Álcool e Drogas. Dessa forma, a autora nos mostra que, a partir de 1998, foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), a qual está ligada diretamente ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Em 2002 foi instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD) e, por consequência, em 2006 foi aprovada a Lei 11.343 com a instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Já em 2007, por meio do Decreto Presidencial número 6.117, é apresentada a Política Nacional sobre álcool. Além de alguns avanços, em janeiro de 2008 é estabelecida a Medida Provisória número 415, que proíbe bebidas alcoólicas nas rodovias federais, e uma alteração no Código de Trânsito Brasileiro em que o consumo de álcool tolerado por motoristas passa a ser zero (CRUZ, 2011).

No Brasil, nossa cultura colabora em relação à expectativa social e familiar a respeito do uso da bebida, sendo perceptível a existência de uma concessão social para o consumo de álcool e suas consequências. Apesar disso, como pudemos observar anteriormente, essa relação tem mudado principalmente em função de que os problemas enfrentados por esses adolescentes vem mobilizando e preocupando a sociedade.

### **3.2 Adolescente em conflito com a lei**

A mobilização social ao redor do adolescente em conflito com a lei ocorre por conta da identificação do jovem com o problema de delinquência, a qual provem de uma visão que associa a juventude à criminalidade, norteador inquietações e debates em vários lugares. Apesar de o jovem ser reconhecido e respeitado como dono de seu próprio querer, sua autonomia também pode ser vista como um risco, pois as tensões desta idade são capazes de desencadear no sujeito condutas violentas e antissociais (BERNARDO, 2011).

Por estarem em um processo de desenvolvimento e transitoriedade, os adolescentes ainda não avaliam os resultados de seus atos, podendo provocar estados de vulnerabilidade capazes de levar a situações de risco (MARTINS,

2006).O adolescente enfrenta um período de transformação e, em função disso e por estar mais exposto a riscos sociais, torna-se um indivíduo vulnerável. Segundo Bernardo:

[...] este período transitório e as forças motrizes das transformações físico-corporais e psíquico-sociais que caracterizam a adolescência, atrelado com o contexto sociocultural, trazem a necessidade de um respaldo das mais diversas áreas e visões na tentativa de compreender os comportamentos e ações deste grupo etário, tais como a rebeldia, a violência e a delinquência, evidentes nos adolescentes em conflito com a Lei. (BERNARDO, 2011, p 21)

A legislação brasileira estabelece sanções para atos infracionais cometidos por adolescentes, considerando a situação de desenvolvimento do jovem e apresentando cuidados especiais, para que nessa condição de infrator, a medida aplicada tenha caráter ressocializador e educacional.

A prática de atos infracionais em nosso país está ligada ao contexto contemporâneo de pobreza, miséria, e, sobretudo, à desigualdade social, à dificuldade de exercer a cidadania neste cenário, bem como à ausência de políticas sociais básicas e de proteção ao adolescente,as quais deveriam ser implementadas pelo Estado (BRASIL, 2003). Os grandes problemas enfrentados pela população jovem brasileira fazem com que muitos adolescentes se encontrem em situação de risco e em conflito com a lei. De fato, temos observado o constante crescimento da criminalidade e condutas de risco envolvendo essa faixa etária.

Para Silva e Guerese (2003), o ato infracional entre adolescentes não está associado apenas à miséria e à pobreza, mas está ligado, principalmente, à situação de desigualdade social. Vemos, por exemplo, que vários adolescentes não “podem” ou “conseguem” exercer a cidadania e que há uma falta de políticas públicas sociais básicas de proteção que deveriam ser elaboradas e praticadas pelo Estado. A diferença entre a vida de adolescentes pobres e ricos na mesma sociedade amplia a indignação e inibe a busca por reconhecimento social.

Pereira e Sudbrack (2008) realizaram uma pesquisa especificamente com a população de adolescentes em conflito com a lei e que apresentavam um alto consumo de álcool e drogas. Esses autores buscaram descobrir os tipos de modalidade de uso das drogas e as características de cada uma delas, identificando ao todo 6 tipos de modalidades de uso: 1. Ato Infracional e



dependência dos efeitos, havendo uma relação com o prazer, o sofrimento e o descontrole até a dependência - nesse caso o sujeito comete o delito para usar a droga -; 2. Ato Infracional e dependência das crenças, no qual o sujeito acredita na magia da droga e ela justifica a prática do delito; 3. Ato Infracional e dependências relacionais afetivas, isto é, quando há um vínculo forte com a mãe, valorizando o papel protetivo; 4. Ato Infracional e dependência dos pares, no qual o consumo de drogas funciona como uma possibilidade de inserção no grupo; 5. Ato Infracional e dependência do provedor, no qual o provedor é o ato infracional; e 6. Ato Infracional e dependência do fornecedor, ou seja, quando o tráfico aparece como a melhor opção de trabalho. Para os autores, há uma rede social que mantém uma construção individual e coletiva permanente para o consumo de drogas e para o conflito com a lei.

Sobre o contexto social dos adolescentes, uma pesquisa de Junqueira e Jacoby (2006) identifica que, para os jovens, o uso de droga é um importante fator que colabora com as práticas de ato infracional. A pesquisa também mostra que a falta de diálogo sobre o uso de drogas entre as pessoas da família e o abandono do estudo contribui para o consumo. Esses jovens encontram-se em comunidades de baixo poder aquisitivo e sem infraestrutura, possuindo relações de grupo já associadas à prática de violência e uso de drogas.

Por meio da análise de prontuários de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, Gallo e Willian (2008) demonstraram que ocorreu aumento de reincidência entre os adolescentes que não frequentavam a escola, também havendo maior incidência de uso de armas e entorpecentes entre eles. Para os autores, a presença na escola reduz a gravidade do ato infracional, sendo de extrema importância que o adolescente seja acolhido pelo sistema educacional. No entanto, infelizmente, quando ele reingressa na escola por ordem judicial geralmente é expulso, porque a escola não sabe lidar adequadamente com problemas de comportamento desses alunos.

Em um outro trabalho de Gallo e Williams (2005) sobre fatores de risco para a conduta infracional, podemos encontrar dados significativos, como condições de famílias com pouca afetividade, ausência de monitoramento na vida dos jovens, pouco vínculo nas relações interpessoais, baixo nível socioeconômico, influência de amigos, identificação com pessoas agressivas e/ou usuários de drogas, distanciamento de pessoas que não compactuam com seus atos, falta de valores, alta tolerância à infração, exposição à situação de risco, dificuldades familiares, problemas escolares, doenças mentais, problemas

cognitivos e fisiológicos. Para os autores, é sempre necessário associar os riscos com as condições socioculturais e pessoais.

Já em uma pesquisa internacional, Hawkins (1996) apresenta uma visão criminológica, buscando identificar o que causa a criminalidade ao longo de gerações de famílias. O autor adota a visão de que o crime é a manifestação de uma construção individual latente, sendo, por isso, importante compreendermos quais as causas ocultas que podem direcionar o jovem para a delinquência. Para ele, a visualização desse problema deve considerar conjecturas sobre o desenvolvimento individual, seu contexto social e a interação entre eles. Portanto, o risco de condutas criminosas pode aumentar por conta da influência do meio social que intervém sobre as características individuais do sujeito.

Segundo o Levantamento Nacional Atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei, realizado pela Secretaria de Direitos Humanos em novembro de 2010, o número de adolescentes que cumpriam medidas socioeducativas de privação e restrição de liberdade era de 17.703. Desses adolescentes, 12.041 encontravam-se em internação, sendo que 3.934 em internação provisória e 1.728 em medida de semiliberdade (BRASIL, 2011). Salientamos que esses dados não apresentam o número dos adolescentes que cumprem liberdade assistida e prestação de serviço à comunidade.

Na identificação do perfil sociodemográfico, encontramos que o adolescente que comete ato infracional faz uso e abuso de drogas; tem de idade, em média, 17 anos; abandonou a escola; tem baixo nível de escolaridade; não tem trabalho; e, vive em regiões de baixo poder socioeconômico. As principais infrações identificadas, em ordem decrescente, foram o roubo, o furto, a tentativa de homicídio, o homicídio em si, o roubo qualificado, o tráfico de drogas e o roubo com morte. A maior parte desses adolescentes usava, no momento do crime tabaco, álcool, maconha, crack, sendo que alguns usavam cocaína, thinner e cola. O perfil familiar encontrado é o de uma realidade precária com baixo nível de renda, baixa escolaridade e abuso de álcool (PRIULI, MORAES, 2007).

Para Martins e Pillon (2008), nossa sociedade não estabelece limites e critérios norteadores que possam estabelecer boas qualidades de vínculos primários. Desse modo, formam-se vínculos de má qualidade que podem gerar comportamentos antissociais, os quais, associados ao uso de drogas, tornam os adolescentes mais vulneráveis à prática de infrações.

Conforme apontou grande parte das pesquisas que expusemos, o engajamento na criminalidade ocorre acompanhado do uso e/ou envolvimento com drogas. A educação e o trabalho de prevenção podem ser fatores protetivos no cometimento de atos infracionais, bem como um fator de risco se não estiverem adequados e promovendo experiências favoráveis. Embora o governo tenha feito avanços nas políticas de atendimento aos adolescentes, ainda precisamos de mais implementações e manejos públicos e privados para minimizar o fenômeno da criminalização da adolescência.

### **3.3 Ato infracional e consumo de Substâncias Psicoativas (SPA)**

Na contemporaneidade, os adolescentes devem se desenvolver e se adaptar a novas situações de forma cada vez mais rápida, principalmente em função de nossa sociedade capitalista de consumo. A partir desse período, o adolescente não é visto apenas como o sujeito que passa pela transição da infância para a fase adulta, mas sim como um problema, rótulo conquistado porque a sociedade associa juventude com delinquência. Assim, de um lado temos o sujeito portador de direitos e de outro uma fonte de risco com condutas violentas e antissociais (BERNARDO, 2011).

Percebemos que o comportamento de "delinquência" do adolescente faz parte do seu processo de maturação, visto em várias situações. Ao mesmo tempo em que é cobrado para ser independente, é impedido de sê-lo. Dessa maneira, ele passa por um período de contestação, com uma tentativa de obter reconhecimento e respeito. Para que essas tentativas sejam mais eficientes, os adolescentes se associam a outros para transgredir, com o objetivo de serem reconhecidos como adultos e de ultrapassarem a moratória imposta pelos adultos (CALLIGARIS, 2000).

A conduta violenta, muitas vezes apresentada pelos adolescentes, reflete uma visão de como esses indivíduos se sentem cobrados pela sociedade e devolvem o que recebem. Esse comportamento surge como manifestações contra a pressão e as cobranças sociais sofridas, as quais podem colocar o adolescente em vulnerabilidade social e em situações de risco (MARCELLI e BRACONNIER, 2007).

Como ainda estão em um processo de desenvolvimento, os adolescentes habitualmente não mensuram as consequências de suas ações, o que de certa

forma gera inconstâncias e fragilidades, possibilitando a exposição a situações de risco. Em nossa legislação, as regras para condutas antissociais de infrações cometidas por adolescentes consideram o seu processo de formação de identidade e seu desenvolvimento e, por isso, disponibilizam atenção especial. Ou seja, as sanções aplicadas são as medidas socioeducativas, tendo um objetivo ressocializador realizado pela educação.

Os problemas enfrentados pela população jovem brasileira fazem com que muitos adolescentes se encontrem em situação de risco e em conflito com a lei. Pesquisas indicam que no ano de 2004 haviam em nosso país 39.578 jovens no sistema socioeducativo, que abrange a internação, a semiliberdade, a liberdade assistida e a prestação de serviços à comunidade. Este grupo específico, o qual corresponde a 0,2% dos jovens brasileiros (BRASIL, 2006), é marcado pelo envolvimento e uso de substâncias psicoativas em grau maior do que os que não fazem parte deste quadro.

Ferigolo (2004) nos mostra que o uso de álcool, maconha, cocaína e solventes por adolescentes sob cumprimento de medidas socioeducativas é, significativamente, mais frequente do que o consumo dessas substâncias por um grupo que não está em cumprimento de medidas socioeducativas. Para o Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente (ILANUD), é grande a quantidade de usuários de drogas entre os adolescentes privados de liberdade no país (ILANUD, 2007). Dados de 2002 mostram que 85,6% deles usavam drogas antes, sendo que 67,1% usavam maconha, 32,4% cocaína/crack e 22,6% faziam uso de inalantes (ILANUD, 2007). Isto denota a problemática do envolvimento com drogas dos adolescentes em medidas socioeducativas.

É importante salientar que as instituições cuidadoras dos jovens infratores não fornecem dados constantes e atualizados. Essa foi uma dificuldade encontrada pela autora desta tese. Grande parte das informações são ultrapassadas e dentro da própria instituição os dados nos são negados.

Nas pesquisas estudadas podemos observar que os estudantes com relato de uso no ano de qualquer droga (exceto álcool e tabaco) foi de 8,9% para a rede pública e 12,9% na rede particular (CARLINI et al, 2010). No entanto, podemos observar que, em grande parte das pesquisas (FEIJÓ, ASSIS, 2004; PRIULI, MORAES, 2007; PEREIRA, SUDBRACK, 2008; GALLO, WILLIAN, 2008;), o grupo de adolescentes que faz uso e cumpre medida socioeducativa vive em situação de exclusão social, ou seja, esses adolescentes da rede

particular de algum modo não chegam a cumprir a medida socioeducativa e acreditamos que, dentro da linha que adotamos de vulnerabilidade (ARYES, 2009), o eixo social os protege dessa situação, apresentando condições de acesso a suas necessidades de proteção, enquanto que o outro grupo de adolescentes, os da rede pública, não encontra suporte nos componentes individual, social e pragmático.

Em nossa tese fica clara a relação que os adolescentes estabelecem com a droga. Além do uso, ela é considerada também uma possibilidade de ascensão social em seu grupo, uma maneira de o jovem obter tudo o que deseja financeiramente e socialmente. Nesse contexto, como as pessoas que praticam delitos são valorizadas socialmente, a sociedade se torna um fator significativo destacado pelos jovens na pesquisa.

Em sua maioria, esses jovens não frequentam a escola, exatamente porque ela não traz um reconhecimento social e ao mesmo tempo não quer ter que lidar com esses adolescentes. O componente pragmático não está presente nessa população, não há recursos de modo efetivo e democrático que garantam a proteção desse adolescente.

Portanto, consideramos de extrema importância as Políticas Públicas adotadas para esse grupo de sujeitos e gostaríamos de compreendê-las em nosso próximo tópico

## **4 POLÍTICA DE ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE**

Nos capítulos anteriores, apresentamos o adolescente em vulnerabilidade, seu desenvolvimento, o adolescente que consome drogas e está em conflito com a lei. Neste capítulo daremos ênfase às políticas de atendimento aos adolescentes, embasando-nos em documentos oficiais que norteiam a atenção ao adolescente e que dão garantias de proteção a ele.

### **4.1 Um breve histórico**

No panorama mundial, o documento que oficializou e apresentou uma importante proteção aos direitos da criança foi a Convenção Internacional sobre os direitos da Criança, criada durante a Assembleia Geral das Nações Unidas no dia 20 de novembro de 1989 (ONU, 1989). Nota-se que estavam de acordo com a Convenção mais de 180 países, os quais representaram diferentes culturas buscando a garantia dos direitos da criança. Esse movimento reforçou no Brasil os movimentos de luta pelo reconhecimento dos direitos da criança e do adolescente, no ano de 1990 foi promulgada a Lei de número 8.069, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Até então as leis só se referiam a crianças e adolescentes quando havia uma transgressão, isto é, quando cometiam algum ato considerado ilegal à época, o ECA vem estabelecer também direitos e deveres dessa população. Para entendermos o percurso dessa lei é de suma importância a realização de um histórico das leis de atenção à criança e ao adolescente no Brasil.

A História brasileira começa com a chegada dos portugueses ao continente sul americano em 1500, onde se estabeleceram e iniciaram a colonização. Entre essa data e a organização do nosso país, após a independência de Portugal, em 1822, os menores de 17 anos de idade não poderiam ser punidos com pena capital (morte). Entre 17 e 21 anos a pena estava vinculada ao grau de discernimento do ato cometido pelo adolescente. Estava definido no Código Criminal do Império de 1830, que menores de 14 anos de idade não poderiam ser submetidos ao cumprimento de penas, com exceção dos que tinham discernimento no momento do ato, fato que era decidido pelo juiz. (PEREIRA e MESTRINER, 1999).

A partir da abolição da escravatura em 1888, surge uma nova preocupação com as crianças: os filhos dos escravos já livres começam a fazer parte do cenário de um "problema social", no qual se observa nesses jovens uma hipotética necessidade de proteção, educação e amparo, ou seja, a tutoria dessas crianças. A solução nesse momento foi a "formação profissional" delas, submetidos a instituições sociais que abrigavam também todos aqueles considerados vagabundos e desamparados (PEREIRA e MESTRINER, 1999).

Em 1889, com a Proclamação da República, a atenção a essa população passa a ter preocupações voltadas para concepções médica e jurídica. Os jovens eram encaminhados à internação em colônias e casas de correção que abrigavam pessoas tidas como vagabundas e delinquentes, sem haver definição de sexo ou idade, continuando essa população em um processo de institucionalização e higienização em massa.

Como o aumento de crianças e jovens nas ruas continuava, os institutos e colônias se viam incapazes de vencer a marginalização, que se torna a cada dia uma questão social que fortalece os métodos repressivos, como uma atuação mais enérgica do corpo policial nas ruas e nos estabelecimentos de recuperação. No campo jurídico, a criminalidade se destaca, conduzindo a alterações no campo da idade de responsabilidade penal, que era de 14 anos, conforme o código criminal do Império de 1830, para a idade de oito anos em 1890 (YOKOMISO, 2007).

É importante sublinhar que já nessa época as crianças e os adolescentes eram divididos entre os chamados "normais", que eram os filhos "bem nascidos", da aristocracia, e os "menores", que correspondiam às camadas pobres, carentes, geralmente órfãos, infratores e que não frequentadores da escola. Todos esses menores eram colocados juntos em abrigos judiciais, reafirmando o poder verticalizado do Estado (VOLPI, 2001).

Em 1923, o governo brasileiro apresenta o decreto nº 16.272, o qual estabelece as primeiras normas de Assistência Social para a "proteção" dos delinquentes e abandonados. Em 1927, instaura-se o primeiro Código de Menores, chamado de Código Mello Matos, em homenagem ao jurista José Cândido de Albuquerque Mello Matos, o primeiro juiz de "menores" do Brasil. Neste documento, evidencia-se uma etapa tutelar aos "menores" abandonados e delinquentes, entre 14 e 18 anos de idade, mantendo uma visão conservadora de que menores delinquentes são uma ameaça à sociedade (SEGALIM e TRZCINSKI, 2006).

O Código de Mello Matos é início da etapa do Direito Juvenil de Caráter Tutelar e da Doutrina da Situação Irregular. Podemos avaliar historicamente que esse é o momento em que há um direcionamento dessa lei para a criminalização da pobreza, obtendo como proposta para solucionar esse problema a institucionalização excessiva pela carência socioeconômica, visto que não podemos negar que grande parcela da população se encontrava em uma situação irregular (RIZZINI, 2004).

Com o aumento da marginalização, as repartições sofrem uma inovação com a criação do Departamento da Assistência Social e o Serviço Social de Assistência e proteção ao Menor, vinculada à secretaria de Justiça e Negócios do Interior. Em 1938, surgem o Departamento de Serviço Social e o Serviço Social de Menores (YOKOMISO, 2007).

Já em 1940, o código penal limitou a responsabilidade penal à idade mínima de 18 anos. Em 1941, no Governo de Getúlio Vargas, implantou-se o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), isto é, um serviço que permite a primeira forma de visualizar a questão da infância e adolescência no âmbito das políticas públicas. O SAM era subordinado ao Ministério da Justiça e equivalente ao Sistema Penitenciário Adulto. Nessa mesma época, foram implantados reformatórios e casas de correção para a institucionalização de menores infratores, além de escola de aprendizagem de ofícios e patronatos agrícolas para crianças abandonadas e carentes. Essa política era de caráter corretivo, repressivo e assistencial, muito mais ligada a fatores econômicos e sociais deflagrados através da pobreza, da miséria, do abandono e da mendicância, do que realmente às contravenções (SEGALIM e TRZCINSKI, 2006; FALEIROS *in* PILOTTI e RIZZINI, 1995).

A partir de agora, julgamos necessário apresentar a situação no Estado de São Paulo, local onde nossa tese é realizada. Na década de 1940, o atendimento ao menor em São Paulo é ampliado com a construção de dezesseis casas no bairro do Tatuapé, localizado na cidade de São Paulo, sendo a obra designada de Instituto Modelo ou Reformatório Modelo. Além disso, foi instaurado o Serviço de Abrigo e Triagem, o serviço de Colocação Familiar e o Serviço Social da Vara de Menores, com a função do recolhimento e distribuição de jovens e crianças infratoras e abandonadas em cada instituição especializada.

O interior do Estado também é agraciado com diversos espaços destinados a esta população, havendo instituições nas cidades de Batatais,



Lins, Itapetininga, Iaras, São Vicente, Guarujá e Jacareí. Esta composição permitiu a criação de uma rede de atendimento em que os menores poderiam ser classificados pela instituição provisória e encaminhados para a definição do destino institucional. Entre as diversas possibilidades de destino, temos o Reformatório Modelo, as Casas das Ligas das Senhoras Católicas, o Instituto Agrícola de Batatais, o Instituto de Menores de Mogi-Mirim, o Instituto Feminino de Campinas, o Hospital Psiquiátrico do Juqueri entre outras (YOKOMISO, 2007). Podemos observar que nas instituições de destino aparecem organizações não governamentais, por conta dos vínculos assistencialistas criados desde o início da atenção a criança e ao adolescente, o Estado e a sociedade civil sempre conseguiram estabelecer esta interconexão

Em mais uma tentativa de "exterminar" o problema, em 1954, é criado o Retiro Provisório de Menores (RPM). Com a finalidade de recolher e agilizar o atendimento ao menor. Neste projeto, assistentes sociais elaboravam relatórios a juízes com a descrição das propriedades dos delitos cometidos pelo jovem e a sugestão de encaminhamento. Após vinte anos, o RPM é mais uma instituição que promoveu a violência e recebeu pela imprensa o símbolo de "escola do crime", pois produziu os mais perigosos criminosos. (YOKOMISO, 2007).

Na década de 70, surgiram novas discussões sobre a infância e a adolescência no Brasil e no mundo. Diante disso apenas em 1979 o Código de Menores Mello Matos (1927) foi revogado, sendo instaurado um novo Código de Menores no Brasil. No entanto, este novo código mantinha a mesma concepção do antigo, ou seja, as famílias pobres eram da mesma forma expostas à repressão do Estado. Por meio da instauração desse código, pode-se observar a intencionalidade do Estado em manter o controle e a ordem, sempre promovendo a "paz social" (RIZZINI, 1995). Além disso, vê-se nas ações do Governo medidas higienizadoras, as quais garantiriam o funcionamento e a harmonia da sociedade, ou seja, os adolescentes que não se enquadravam nos padrões sociais estabelecidos, apresentando-se, como carentes, abandonados, pobres, vítimas de abuso e infratores, que, nesse contexto, incluía grande parte da população eram, submetidos à institucionalização.

As consequências de muitos menores que não se enquadravam nos padrões sociais e se envolviam em episódios de criminalidade e a exaustão da sociedade frente à situação de conflito e vitimização do menor levaram a um grande debate a respeito do atendimento ao menor no Brasil.

Durante o golpe militar (1964-1985) por meio da Doutrina de Segurança Nacional, foi estabelecido o Plano Nacional de Bem Estar do Menor (PNBEM), que manteve uma gestão centralizadora e vertical. E em 1970, introduziu a rede nacional da Fundação do Bem Estar do Menor (FUNABEM) que agregava as atividades habituais exercidas no SAM, que por sua vez foi extinto, porém o atendimento não deixou de ser repressivo (PASSONE, 2010).

O Plano Nacional do Bem-Estar do Menor (PNBEM), que resultou em nível federal na FUNABEM e no estadual eram as Fundações Estaduais de Bem-Estar do Menor (FEBEM). No estado de São Paulo as discussões sobre o tema buscaram reorientar a política na área de educação e segurança de adolescentes infratores, obtendo como resultados, juntamente com as diretrizes federais da Política Nacional do Bem-Estar do Menor, a aprovação em 13 de outubro de 1976, do Decreto número 8.777, que instituiu a Fundação Estadual Para o Bem Estar do Menor, a FEBEM-SP.

A FEBEM tinha a função de executar as medidas socioeducativas aplicadas pelo Poder Judiciário aos adolescentes autores de atos infracionais para que no futuro ocorresse uma ressocialização desse sujeito. No entanto, podemos considerar a tentativa como muito mal sucedida. Os problemas eram muitos, como a superlotação, a falta de projetos pedagógicos, rebeliões, torturas, assassinatos e falta de condições de trabalho para os funcionários.

A cultura da instituição sempre foi carcerária, de contenção e repressão. Com a contribuição das políticas instauradas com o Golpe Militar entre 1964 até 1985, permanece de maneira assistencialista em um regime político autoritário, legitimando a forma de atendimento à população de crianças e adolescentes voltada para camadas sociais mais necessitadas, principalmente com a implantação da FEBEM, que também se dispõe inicialmente a cuidar dos menores necessitados. Para a instalação da FEBEM foram utilizados os mesmos Internatos da época do SAM (Serviço de Assistência ao Menor). As práticas executadas eram de cunho assistencialista de repressão ao adolescente entre 14 e 18 anos de idade (SEGALIM e TRZCINSKI, 2006; PEREIRA e MESTRINER, 1999).

A base do atendimento é sustentada a partir da consideração de que a Fundação atende a crianças e adolescentes de extrema pobreza e carência, sendo o atendimento, portanto, sustentado por dois pilares: o da educação e o da profissionalização, a fim de permitir a inserção social desse jovem de forma produtiva e civilizada, com a ideia de escola e não de prisão.

No entanto, apesar de a instituição oferecer oficinas profissionalizantes e atividades esportivas, ela não apresentava uma proposta pedagógica clara e efetiva, além de não proporcionar uma condição de trabalho adequada a seus funcionários. Para Franco (2008), a FEBEM é omissa por não preparar e nem advertir o funcionário para a realidade, ou seja, todos se consideram em situação de risco. Podemos observar que ainda hoje essa é a política estabelecida dentro da Fundação Casa, os profissionais não conseguem ter apoio, e a fundação que deveria propiciar autonomia aos adolescentes não faz isso nem com seus funcionários.

Portanto a FEBEM não cumpriu com sua proposta principal que é a ressocialização do indivíduo para uma vida mais saudável para o sujeito e a sociedade. Ela não colaborou e manteve o adolescente dentro da vulnerabilidade, não apresentou contribuições em nenhum dos três eixos, dos componentes - individual, social e principalmente o pragmático, acreditamos que dentro desse eixo a instituição deveria proteger o adolescente de maneira efetiva e democrática através das políticas públicas e não marginaliza-lo e colocá-lo em situação de exposição que foi o que aconteceu durante o funcionamento de FEBEM que não ofereceu efetividade, operacionalidade e muito menos progressividade.

#### **4.2 Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**

Apesar de o regime ditatorial (1964-1985) restringir o exercício da cidadania e reprimir com violência os que se opunham a ele, os movimentos sociais contra o governo permaneciam. Na área econômica, o Brasil vivia o chamado "milagre econômico", propiciado por meio da captação de recursos e financiamentos externos. Por mais que este seja um modelo que beneficiou a economia inicialmente, a longo prazo auxiliou o país a acumular dívidas e dificultou a concretização de novos investimentos do Estado. Com o fim do "milagre econômico", ocorreram aumentos de preços e, devido à recessão da economia mundial, a falta de investimentos no país. Em 1974, prevendo dificuldades políticas e o alto custo militar para se manter no poder, o presidente Geisel implanta um processo vagaroso de abertura e redemocratização política (EDUCAÇÃO, 2013).

Com o regime ditatorial em crise, é possível notar o surgimento de novas frentes de lutas para a redemocratização do país e pelos direitos civis e políticos no Brasil. Esses movimentos sociais idealistas de um novo governo democrático desencadeiam na elaboração da Constituição Federal de 1998 (SEGALIM e TRZCINSKI, 2006).

A partir de então, uma nova concepção de criança e adolescente começa a ter um respaldo legal, sendo expostas as ideias de proteção integral a este grupo etário. A partir de 1990, com a Lei Federal Complementar nº 8.069. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o novo princípio de atenção a crianças e adolescentes ganha corpo, legitimando a Doutrina da Proteção Integral.

Esse novo documento estabeleceu a possibilidade de intervenção popular nas políticas de assistência, delineando as diretrizes de políticas de atendimento, tais como a criação de conselhos municipais, estaduais e nacionais para a criança e o adolescente, a concepção de órgãos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, e a garantia da participação popular e paritária através das organizações que representam, conforme as leis federais, estaduais e municipais. É possível observar que, neste momento, há o início de um processo de desinstitucionalização, assinalada por uma nova política que amplia a participação quantitativa e qualitativa da sociedade na preparação, deliberação, controle e gestão das políticas públicas para a criança e para o adolescente, fato fundamental para suas garantias. (BRASIL, 1990; BENELLI, COSTA ROSA, 2012).

Apesar de algumas polemicas e diversos debates, o ECA foi elaborado com ampla participação dos movimentos sociais, o que lhe conferiu maior legitimidade diante do sistema de garantia dos direitos da criança e do adolescente. A doutrina da Proteção Integral significou o reconhecimento e o ingresso das crianças e adolescentes no patamar de sujeitos políticos e sociais em igualdade com o cidadão adulto. (VOLPI, 2001).

A partir do ECA, crianças e adolescentes passam a fazer parte do Estado Democrático de Direitos. Esse novo dispositivo estabeleceu o caminho para a intervenção popular nas políticas de assistência, traçando as diretrizes da política de atendimento: criação de conselhos municipais, estaduais e nacional dos direitos da criança e do adolescente, além de órgãos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, assegurando a participação popular paritária. Assim, percebe-se que os conselhos agora possuem representantes

da sociedade civil e do governo, por meio de organizações representativas, segundo leis federais, estaduais e municipais. Dessa forma, ocorre a descentralização do poder e das ações voltadas para a população infanto-juvenil. Como consequência, o trabalho desenvolvido agora deve ser realizado em conjunto com várias instâncias sociais.

Portanto, as políticas de atendimento aos direitos da criança e do adolescente são concretizadas através de uma sinergia articulada de ações, governamentais e não governamentais, via instâncias do poder público (União, estados, Distrito Federal e municípios). As políticas de atenção oferecem como diretrizes, para facilitar a descentralização e a participação social, a municipalização do atendimento e a concepção de conselhos municipais, estaduais e nacional para a efetivação e garantia dos direitos da criança e do adolescente.

O Poder Executivo garante a atuação dos Conselhos de Direitos, os quais têm a função de deliberar e controlar as ações em todos os níveis, assegurando, inclusive, a participação popular através de representantes de organizações representativas e governamentais, concebido pelo corpo mandatário de forma paritária com o objetivo de estabelecer igualdade. Os Conselhos Municipais de Direitos da Criança e Adolescente (CMDCA) são formados por pessoas da sociedade civil que participam de organizações representativas da temática e as representam. De forma paritária, o Conselho também é constituído por representantes do governo municipal e estadual indicados respectivamente pela prefeitura e o estado, normalmente com uma formação técnica.

Por meio desse tipo de representação, é facilitada a participação do cidadão na definição das ações de atendimento a crianças e adolescentes e incentivada a corresponsabilidade do cidadão e do governo na elaboração das políticas públicas, com benefícios voltados para cada região/comunidade específica, permitindo a escuta social e a representação em um mesmo espaço.

Esse Conselho tem o dever de escutar e se posicionar de modo técnico, além de ter competência para tomar decisões, deliberar e executar políticas de atendimento, possibilitando a construção da Política Municipal de Proteção Integral para Crianças e Adolescentes, e influenciando diretamente o Sistema Municipal de Atendimento. Além disso, o conselho participa da elaboração da lei orçamentária do município com o objetivo de garantir a prioridade no atendimento da criança e do adolescente.

O Conselho Tutelar é outro espaço de garantias de direitos, visto que ele cobre a promoção, o controle e a defesa da criança e do adolescente em alcance municipal, podendo intervir na privacidade das famílias e nas instâncias de poder para garantir a lei e exercer seu papel (PENSARGESTÃO, 2013).

Dessa maneira, a criança e o adolescente se tornam uma população com atenção especial e prioritária, independentemente de sua condição social, cultural, religiosa e outras, correlacionando os deveres da família, do Estado e da sociedade em interface com a educação, como fica estabelecido no ECA, ou seja, que

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los à salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1990)

Em função dessas evoluções nas garantias estabelecidas para crianças e adolescentes, iniciou-se então uma fase de desinstitucionalização. Em 8 de abril de 1992, com o Decreto 34.785 (BRASIL, 1992), que institui o Plano de Descentralização do Atendimento Socioeducativo ao Adolescente autor de infração penal. Esse decreto foi formulado em consonância com o ECA e constitui, por meio de novos estabelecimentos com propostas de ressocialização do jovem, a implantação de unidades regionalizadas para a descentralização, sendo necessário, para isso, a desativação dos grandes complexos.

Desse modo, há uma contraposição à visão higienista, caracterizada pela implementação de uma nova política que amplia quantitativa e qualitativamente a participação da sociedade na elaboração, deliberação, gestão e controle das políticas para a infância, o que é fundamental para a garantia da implementação do ECA (BRASIL, 1990, YOKOMISO, 2007). As instituições existentes tiveram que incorporar essa nova política de atendimento, o que nos trouxe várias inovações e mudanças no panorama vigente até então.

A promulgação do ECA rompe com o caráter assistencial e corretivo dos códigos de menores e propõe uma revisão sobre a prática do ato infracional. Além de garantir direitos e delegar deveres a todas as crianças e adolescentes, ele promoveu um olhar mais contextualizado às diversas situações em que se encontravam alguns deles, com reflexo inclusive na questão do ato

infracional. O adolescente que infringe a lei deve ser encaminhado ao cumprimento de uma medida socioeducativa.

A medida socioeducativa é, ao mesmo tempo, a sanção e a oportunidade de ressocialização, contendo, portanto, uma dimensão coercitiva, uma vez que o adolescente é obrigado a cumpri-la, e educativa, uma vez que seu objetivo não se reduz a punir o adolescente, mas prepará-lo para o convívio social (VOLPI, 2001, p.66).

Os adolescentes considerados autores de ato infracional devem cumprir medidas socioeducativas, as quais são atividades impostas com a finalidade de reestruturar e reintegrar o adolescente ao convívio social (SEGALIM e TRZCINSKI, 2006).

As medidas socioeducativas são aplicadas aos adolescentes entre 12 e 18 anos pela autoridade competente, conforme estabelece o ECA. A natureza das medidas, embora seja de sanção, apresenta também uma interface educacional e ressocializadora. Antes dos 12 anos de idade, caso a criança cometa uma conduta antissocial, ela está isenta de responsabilidade, ficando a cargo do Conselho Tutelar a aplicação de medidas protetivas estabelecidas pelo ECA, que também tem a competência de fiscalizar casos de violação dos direitos da criança e do adolescente. Aos maiores de 12 anos são aplicadas as medidas socioeducativas, em que estes jovens são submetidos ao sistema de justiça, em uma lei especial, levando em consideração sua condição de sujeito em desenvolvimento. Portanto, mesmo havendo imputabilidade penal, há entre 12 e 18 anos uma responsabilização do ato, submetendo-os a sanções específicas, delimitadas pelo Juiz da Vara da Infância e da Juventude (PEREIRA e MESTRINER, 1999).

As medidas socioeducativas são previstas no artigo 112 do ECA e são determinadas após a averiguação e identificação do ato infracional praticado. A autoridade judiciária poderá estabelecer as seguintes medidas: I. Advertência; II. Obrigação de reparar o dano; III. Prestação de serviços à comunidade; IV. Liberdade assistida; V. Inserção em regime de semiliberdade; VI. Internação em estabelecimento educacional; VII. Qualquer uma das hipóteses previstas no artigo 101, I a VI (BRASIL, 1990). As advertências e a obrigação de reparar o dano não são vinculadas a programas de atendimento porque elas se fundam na ação do juiz.

As outras medidas estabelecem necessidade de acompanhamento técnico, pois demandam o cumprimento de algumas atividades, seja em meio

fechado ou meio aberto, havendo também prazo a ser cumprido. A LA (liberdade assistida) e a PSC (prestação de serviço comunitário) são cumpridas fora dos muros de uma instituição, o que garante ao adolescente o direito de ir e vir. Já a internação e a semiliberdade são cumpridas na instituição com caráter de privação de liberdade, determinada pelo juiz, em função da gravidade do delito cometido (PEREIRA e MESTRINER, 1999).

Embora a década de 1990 tenha sido um período que desencadeou a determinação de todas essas medidas e a promoção deste novo olhar à população em questão, sua efetivação ainda era realizada nos mesmos locais e instituições até então existentes, ou seja, nas FEBEMs. Mesmo que as medidas socioeducativas estivessem já preconizadas no ECA, há ainda muita dissonância entre o que se almejava pela legislação e o que realmente se efetivava nas instituições executoras das medidas (FEBEMs).

A FEBEM não se enquadrava nas novas exigências do ECA e, mesmo com tentativas de formulação de medidas socioeducativas, tais como a prestação de serviço à comunidade, a liberdade assistida, a semiliberdade, e a internação, a instituição passou por uma imensa crise, com violência, rebeliões, fugas, maus tratos e outros, sem sucesso na organização e atendimento à criança e ao adolescente.

Como a FEBEM não conseguia ser compatível com as regulações impostas pelo ECA, é elaborado o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, o SINASE (BRASIL, 2006) um instrumento que norteia a aplicação e execução das medidas socioeducativas no Brasil, dando prioridade, quando possível, a aplicações em meio aberto como instrumentos para a ressocialização e inserção social dos adolescentes.

### **4.3 Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)**

A Lei nº 12.594 “[...] institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE, regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas ao adolescente que pratique ato infracional” (BRASIL, 2006). Essa Lei reafirma a importância dos profissionais que elaboram e executam os programas socioeducativos e estabelece normas mínimas para o funcionamento e o atendimento do menor que cumpre a medida. Ela também preconiza o papel dos operadores do sistema de justiça, principalmente os juízes que vão



decidir diretamente sobre a execução da política pública da infância e juventude.

É importante sublinhar que o SINASE é um documento criado em 2006 pela Secretaria Especial de Direitos Humanos e o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e sua consolidação, como lei federal (Lei 12.594) aconteceu no ano de 2012, no entanto, o SINASE desde 2006 serviu como parâmetro para diversas mudanças no atendimento socioeducativo.

O "SINASE consolida uma iniciativa do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente(CONANDA) para a atuação dos organismos em torno do atendimento socioeducativo" (BRASÍLIA, 2013, p. 3). Com o objetivo de reforçar o caráter pedagógico e não o punitivo, o SINASE prevê adaptações nos padrões, inclusive arquitetônicos, das unidades de internações para uma melhor adaptação dos adolescentes, a fim de acabar com as propriedades de unidades prisionais e obedecer as normas estabelecidas no ECA, que direcionam para unidades com características pedagógicas (BRASÍLIA, 2013).

O SINASE também trata das relações com outros sistemas, como a participação dos sistemas e políticas de educação, saúde, trabalho, previdência social, assistência social, cultura, esporte, lazer, segurança pública, entre outros, para a efetivação da proteção integral de que são destinatários todos os adolescentes. Ele sublinha que a troca de informações com outros sistemas pode gerar um banco de dados que possibilite a análise e a tomada de decisões sobre os processos e direcione o atendimento do adolescente nas diversas áreas: saúde, educação, profissionalização, etc.

A concretização da construção de diversos planos e programas de atendimento à criança e ao adolescente foi realizada para garantir uma atenção específica a cada uma das situações de violação de seus direitos, constituindo-se, portanto, em instrumentos de defesa e promoção de direitos desse grupo social.

Somente por meio da ação do SINASE, ou seja, com uma verdadeira tentativa de efetivação do paradigma do modelo de atendimento da Doutrina da Proteção Integral, é que foi possível, após 16 anos de legislação, que a FEBEM se transformasse, no Estado de São Paulo, no Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente - Fundação CASA (BRASIL, 2006).

Essa transformação da FEBEM, no Estado de São Paulo, para a Fundação Casa só foi possível em função das diretrizes estabelecidas pelo ECA, as quais

asseguram a descentralização das políticas de atendimento, viabilizando o acolhimento ao adolescente de uma melhor forma. A Fundação Casa trabalha com a gestão compartilhada, o que favorece o adolescente ao se alocar nas imediações de seu município. A Fundação Casa também se responsabiliza pelos atendimentos em regime aberto, constituindo acordos com prefeituras e instituições sociais (governamentais e não governamentais) da região do adolescente.

A Fundação Casa começa, assim, a possibilitar a criação de novos rumos, como a descentralização; a prevalência do caráter educativo ao invés do punitivo; o investimento nos atendimentos socioeducativos em meio aberto, fortalecendo os vínculos familiares; a reinserção do adolescente à sociedade; a busca pela reforma do sistema; e o aprimoramento da equipe.

No entanto, a efetivação do novo modelo de atendimento encontrou resistência do poder político local por causa do receio da população. Como as instituições estão se voltando para a implantação da Fundação Casa nos municípios, garantindo a inclusão social do jovem que deve cumprir a medida próxima de sua família, a sociedade local não aceita abrigar esses indivíduos "delinquentes" próximos de sua residência, preferindo, dessa forma, mantê-los longe para se proteger de alguma ameaça. Também devemos considerar que a pressão exercida pelos governos municipais para que não haja uma instituição desse porte em seu município tem relação direta com a não responsabilização por esses adolescentes, porque é o município que tem o dever de manter e garantir os direitos desses jovens.

Considerando nossa categoria de análise, a proposta do SINASE vem ao encontro de estabelecer objetivos e estratégias para um melhor funcionamento dos grupos vulneráveis de adolescentes que acabam cumprindo medidas socioeducativas. Ele estabelece a efetividade através de alternativas capazes de serem postas em prática, visando à operacionalidade através do desenvolvimento de atendimento do jovem, com uma proposta pedagógica real e a progressividade ao analisar o que se pode ser feito a curto, médio e longo prazo. O SINASE estabelece, na teoria, o atendimento ideal ao adolescente que cumpre a medida socioeducativa. No entanto, ainda enfrentamos grandes dificuldades para que ele seja estabelecido na prática.

### **4.3.1 Atendimento socioeducativo**

A fim de regulamentar e orientar a aplicação das medidas socioeducativas, o SINASE reafirma as diretrizes do ECA sob a natureza pedagógica, tendo como premissa básica a necessidade de se constituírem parâmetros mais objetivos e procedimentos mais justos que evitem ou limitem a arbitrariedade na aplicação das medidas (BRASIL, 2006). Deste modo, as medidas socioeducativas aplicadas em todo território nacional devem seguir as bases ético-pedagógicas descritas passo a passo pelo SINASE.

Citaremos a seguir quais são as bases ético-pedagógicas estabelecidas no SINASE: 1. Prevalência da ação socioeducativa sobre os aspectos meramente sancionatórios; 2. Projeto pedagógico como ordenador de ação e gestão do atendimento socioeducativo; 3. Participação dos adolescentes na construção, no monitoramento e na avaliação das ações socioeducativas; 4. Respeito à singularidade do adolescente, presença educativa e exemplaridade como condições necessárias na ação socioeducativa; 5. Exigência e compreensão, enquanto elementos primordiais de reconhecimento e respeito ao adolescente durante o atendimento socioeducativo; 6. Diretividade no processo socioeducativo; 7. Disciplina como meio para a realização da ação socioeducativa; 8. Dinâmica institucional garantindo a horizontalidade na socialização das informações e dos saberes em equipe multiprofissional; 9. Organização espacial e funcional das unidades de atendimento socioeducativo que garantam possibilidades de desenvolvimento pessoal e social para o adolescente; 10. Diversidade étnico-racial, de gênero e de orientação sexual norteadora da prática pedagógica; 11. Família e comunidade participando ativamente da experiência socioeducativa e a 12. Formação continuada dos atores sociais.

Diversos pontos acerca da estruturação das medidas socioeducativas são abordados neste documento e, entre estes, estão a contratação e a capacitação de profissionais para atender crianças e adolescentes autores de infrações. Essa regulamentação é necessária para que haja um direcionamento da atuação profissional, já que a equipe técnica irá atender uma população vulnerável e com questões peculiares de transgressão às regras sociais. Quem pretende trabalhar com os adolescentes e, conseqüentemente, com toda a complexidade desta fase do desenvolvimento, deve ter habilidades pessoais e inter-relacionais com estes, pautando-se nos princípios dos direitos humanos

definidos no ECA e no SINASE. (BRASIL, 2006). Para tanto, é imprescindível haver um processo seletivo para a contratação e, posteriormente, capacitações contínuas destes profissionais.

De acordo com o SINASE, os adolescentes devem ser alvos de um conjunto de ações socioeducativas que contribua para sua formação, de modo que venha a ser um cidadão autônomo e solidário:

Ele deve desenvolver a capacidade de tomar decisões fundamentadas, com critérios para avaliar situações relacionadas ao interesse próprio e ao bem-comum, aprendendo com a experiência acumulada individual e social, potencializando suas competências pessoais, relacionais, cognitivas e produtivas. (BRASIL, 2006, p.53)

Nesse sentido, a gestão pedagógica dos programas de atendimento aos adolescentes deve promover uma série de ações para que estes assumam seu papel de sujeito e cidadão, de direitos e deveres. Tais programas devem propiciar ao adolescente oportunidades de superação de sua situação de exclusão, a ressignificação de valores, bem como o acesso à formação de valores sociais que favoreçam sua ressocialização. "É fundamental que o adolescente ultrapasse a esfera espontânea de apreensão da realidade para chegar à esfera crítica da realidade, assumindo conscientemente seu papel de sujeito" (BRASIL, 2006, p.55).

Segundo o SINASE, este processo é adquirido concretamente com a participação ativa do adolescente na elaboração, monitoramento e avaliação das práticas sociais desenvolvidas. Desta maneira, a conscientização acontece no ato ação-reflexão, o qual pode ser viabilizado através dos profissionais do serviço.

Os profissionais que trabalham na atenção aos adolescentes de medida socioeducativa lidam o tempo todo com questões de desrespeito às normas, regras e valores sociais, pois é um grupo já marcado legalmente pela transgressão. O reconhecimento de que a obediência a regras mínimas é essencial para o convívio social requer a responsabilização do adolescente nos momentos em que ele desenvolve condutas transgressoras desses padrões (FRANCISCHINI e CAMPOS, 2005).

Assim, os profissionais envolvidos na atenção aos adolescentes submetidos às medidas devem estar aptos a lidar com uma gama de questões que norteiam tanto o próprio adolescente quanto as estratégias de atendimento

e tratamento a serem desenvolvidas, pois são justamente os profissionais os principais instrumentos de ação que garantem a qualidade do serviço, principalmente no que se refere à educação, visto que se trata de medidas socioeducativas.

Entretanto, quando se observa a realidade das instituições que atendem o adolescente em conflito com a lei, pode-se questionar acerca da dissonância entre o que é preconizado pelo ECA e o que efetivamente se desenvolve. Segundo Francischini e Campos (2005), é verificado que inexistem aos educadores das medidas socioeducativas uma história de vida que contemple os processos de formação pelos quais os educadores realmente passam. Os autores também enfatizam que existem grandes desafios a serem transpostos para que se efetivem na prática os novos conceitos de atenção à população em questão. Mesmo se tratando de um estudo realizado em 2005 (antes do SINASE), ainda hoje pode-se levar em conta o significado e as consequências do atendimento realizado por uma equipe técnica que pode não estar comprometida com a formação dos adolescentes, de tal forma que temos como consequência a não efetivação das propostas estabelecidas no SINASE e o adolescente acaba permanecendo em vulnerabilidade social, agora com mais uma característica de delinquência, que é já ter cumprido uma medida socioeducativa.

É estabelecido ainda pelo ECA que o atendimento a esses jovens deve ser oferecido através de trabalhos técnicos realizados por profissionais especializados, como psicólogos, assistentes sociais, educadores, professores e outros, vinculados a projetos e programas institucionalizados oferecidos pelo sistema público. Os profissionais que trabalham com esses adolescentes, segundo Benelli e Costa Rosa, são:

[...] muitas vezes caracterizados por um nível de qualificação entre sofrível e básico (graduação) e costumam ser pouco organizados no cenário municipal. Padecem da ausência de reconhecimento e de valorização social e recebem baixos salários. A Assistência Social configura-se ainda como campo de atuação para estagiários e para o trabalho voluntário; este, quando realizado sem consciência política, também colabora para produzir a "desprofissionalização" da Assistência Social, porém mesmo assim ainda contribui para suprir a lacuna do Estado quanto aos direitos dos cidadãos. (BENELLI, COSTA ROSA, 2012. p. 633).

Dessa forma, podemos compreender as dificuldades que os profissionais apresentam para a efetiva aplicação do trabalho com os

adolescentes. Para se investigar o caráter educativo das medidas aplicadas aos adolescentes deve-se compreender que a educação é um ato complexo que envolve conceitos e vertentes diferenciadas, bem como o entendimento de que o educando está inserido numa dada sociedade e que existe uma relação simbiótica entre educação e sociedade. Assim, quando se pensa em educação nas instituições e em medidas socioeducativas “[...] o mais que se pode esperar é que, dadas certas condições de trabalho, de relações, de vida, enfim, no interior das instituições, o educando assumira uma específica postura de respeito frente à sua vida e à vida dos demais”. (FRANCISCHINI e CAMPOS, 2005, p.271). Deste modo, a efetivação das propostas estabelecidas pelo SINASE é essencial para o processo de ressocialização.

Por outro lado, as crianças e adolescentes do Brasil parecem ser o grupo populacional que menos tem garantia de seus direitos e deveres. Segundo Volpi (2001):

Observamos que as crianças e os adolescentes do Brasil representam a parcela mais exposta às violações de direitos pela família, pelo Estado e pela sociedade – exatamente ao contrário do que define nossa Constituição Federal e suas leis complementares. Os maus-tratos; o abuso e a exploração sexual; a exploração do trabalho infantil; as adoções irregulares, o tráfico internacional e os desaparecimentos; a fome; o extermínio, a tortura e as prisões arbitrárias infelizmente ainda compõem o cenário por onde desfilam nossas crianças e adolescentes. (VOLPI, 2001, p. 8)

Em relação aos adolescentes em conflito com a lei, vemos que a maioria se encontra imersa no cenário referido por Volpi. O autor ainda destaca que “[...] os adolescentes [...] não encontram eco para a defesa dos seus direitos, pois pela condição de terem praticado um ato infracional, são desqualificados enquanto adolescentes” (VOLPI, 2001, p. 9).

Tanto os locais de atendimento, quanto os profissionais e as capacitações e supervisões ainda são barreiras a serem transpostas no atendimento ao adolescente em conflito com a lei. Os profissionais muitas vezes não são qualificados para exercer este trabalho; as capacitações e supervisões são escassas; os espaços de atendimento não são adequados. Estamos diante de diversos fatores que são inseparáveis para a real efetivação das medidas de forma eficaz, como a própria descentralização do serviço, que ainda gera muitas dúvidas por parte dos municípios, bem como pelos

profissionais, que, por vezes, não encontram espaço para discussões e o devido respaldo de que necessitam.

Apesar da transformação de situação irregular para a de proteção integral, “[...] o adolescente, autor de ato infracional, acessa ao sistema de justiça pela via da infração e não pela perspectiva do direito” (SEGALIM e TRZCINSKI, 2006, p.1). Além disso, o próprio Estado está se mostrando incapaz de garantir atenção da criança e do adolescente como deveria ser de fato. Para que se assegurem a segurança dos menores são necessárias ações preventivas e planejamento de políticas públicas.

Para a criança e o adolescente, a viabilização da aplicação da Doutrina de Proteção Integral necessita de um conjunto de ações por parte do Estado e da sociedade. Dentre elas estão as Políticas Sociais Básicas, buscam mostrar que o direito é de todos e o dever do Estado, como a educação e a saúde; as Políticas de Assistência Social, que objetivam solucionar necessidades temporárias ou permanentes, como a bolsa família; as Políticas de Proteção Especial, buscando tratar do que é violado ou ameaçado de violação em sua integridade psicológica, física e moral, como programas de abrigo; e as Políticas de Garantia de Direitos, auxiliando aqueles que precisam garantir seus direitos, por meio de centros de defesa de direitos.

Quando o direito de proteção integral à criança e ao adolescente está assegurado, é sinal de que o sistema está funcionando adequadamente pela família, sociedade e Estado. Mas quando a criança e/ou o adolescente apresentam necessidades temporárias ou permanentes, percebemos que não há um atendimento a esse público pelas políticas sociais de modo adequado. Como exemplo, podemos observar os momentos em que eles se encontram em uma situação de ameaça ou que viola a sua integridade e precisam de uma proteção especial. Por fim, quando a criança ou o adolescente está envolvido em um conflito de natureza jurídica, é necessário o acionamento das políticas de atendimento que garantam os seus direitos.

Trabalhar com as políticas de atendimento aos adolescentes submetidos às medidas exige, dos profissionais envolvidos, habilidades para lidar com uma gama de questões que norteiam tanto o próprio adolescente quanto as estratégias de atendimento e tratamento a serem desenvolvidas, pois são os profissionais os principais instrumentos de ação que garantem a qualidade do serviço, principalmente no que se refere à educação.

No estado de São Paulo, a Fundação Casa e os municípios, via ONG's, são os responsáveis pela aplicação das medidas socioeducativas previstas no ECA, que nos últimos dez anos vem adotando uma política de descentralização e implantação de um sistema de cumprimento das medidas próximo às famílias dos adolescentes.

Em nosso trabalho, sublinhamos o atendimento aos jovens que cumprem medidas socioeducativas em regime de semiliberdade, o qual deve garantir todo planejamento e a execução das atividades programadas para esse jovem.

#### **4.3.2 Atendimento em Semiliberdade**

A semiliberdade é uma medida importante no sentido de que o adolescente que cometeu ato infracional recebe uma pena em que ele não está privado de liberdade. Essa é uma alternativa para a progressão do regime do adolescente que está internado e uma tentativa de resgatá-lo à vida social. Tal medida está entre a internação e a liberdade assistida, um momento delicado em que o juiz estabelece uma nova chance para o adolescente.

Por isso, acreditamos ser de grande importância a realização de um trabalho com esses jovens. Nossa pesquisa realizou um recorte que apresenta uma instituição que atende menores que cumprem o regime da semiliberdade, sendo nesse caso a responsabilidade dessa instituição importante para a ressocialização do jovem à sociedade.

Uma unidade de semiliberdade é composta por setores como o administrativo, o executivo, e o pedagógico. Suas relações são na maioria construídas no sentido vertical, com domínio e submissão, havendo o objetivo de manter a ordem e o respeito. A rotina do jovem é controlada com horários delimitados, com atividades pedagógicas e com atendimento técnico; as visitas são limitadas aos pais e eventualmente irmãos. O controle é rígido para manter o princípio de segurança. Os profissionais exercem a função de elaborar relatórios constantes e enviar ao juiz para a avaliação do desenvolvimento do sujeito na medida socioeducativa, sendo eles também os responsáveis na decisão pela maior duração ou não da medida (BRASÍLIA, 2013).

O objetivo da medida é para que os jovens mantenham e se adéquem às regras de convivência, por meio de atividades lúdicas, culturais, esportivas, de trabalhos em equipe, do respeito à privacidade e outras, reforçando a educação pedagógica e social em um ambiente propício para a reflexão dos motivos que



o levaram a cometer a infração. A semiliberdade é importante também por ocupar uma posição estratégica no atendimento ao adolescente, visto que ela é a última alternativa antes de se recorrer à privação da liberdade e a primeira referente à progressão de regime para os adolescentes em privação de liberdade, ou seja, o regime de semiliberdade é viável para adolescentes primários como também para os que já apresentam condições de retorno controlado ao convívio mais amplo da sociedade.

Apesar de considerarmos a semiliberdade uma fase importante de transição que leva ou deveria levar o adolescente infrator da degeneração social ao convívio harmônico com a sociedade, ainda encontramos uma quantidade de adolescentes considerada baixa cumprindo essa medida. Em novembro de 2010 havia 17.703 adolescentes em restrição e privação de liberdade, sendo 12.041 em internação; 3.934 em internação provisória e 1.728 em medida de semiliberdade (BRASIL, 2011, p.5).

Apesar das novas medidas de efetivação proposta, podemos constatar que ainda atravessamos um momento de higienização social, a sociedade não tolera esses adolescentes próximos de seus lares e quanto mais distante melhor, a sociedade escolhe um processo de institucionalização e higienização.

A instituição atual, a Fundação Casa, que tem esse nome para remeter a ideia de um lar, ainda realiza um atendimento que foi realizado por seus profissionais em 1954, no Retiro Provisório de Menores (RPM), projeto em que os assistentes sociais e psicólogos elaboravam relatórios a juízes para uma indicação caso o adolescente esteja se comportando de maneira adequada ou não, observamos esse funcionamento na instituição até os dias atuais.

As famílias pobres ainda são as que têm os filhos cumprindo medidas socioeducativas, o que nos remete a ideia de que por não terem suporte individual, social e governamental os adolescentes acabam por cumprirem as medidas, a pesquisa de Carlini et al, 2010, nos mostra que não são apenas os adolescentes dessa classe social que fazem uso das drogas e cometem infrações.

Para finalizar segundo o SINASE o processo de formação desse adolescente deve ser de concreta participação ativa, na elaboração, monitoramento e avaliação das práticas sociais importas na instituição através dos profissionais com o desenvolvimento de uma conscientização via ação reflexiva, mas a instituição não proporciona essa ação nem ao menos pelos profissionais.

## **5 METODOLOGIA**

A metodologia dessa pesquisa foi organizada em três partes: uma de cunho qualitativo, que envolve a formação e atuação dos profissionais da unidade da Fundação Casa; as outras são de cunho epidemiológico descritivo, na qual constou do levantamento inicial e finalizamos com a aplicação da intervenção breve em adolescentes que cumprem medida socioeducativa de semiliberdade.

Neste capítulo, inicialmente expomos o tipo de pesquisa; o local da pesquisa, a primeira etapa da pesquisa, capacitação para profissionais que atuam com adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, o desenvolvimento da primeira etapa da pesquisa com os profissionais; a segunda etapa da pesquisa: Levantamento inicial e aplicação de Intervenção Breve; os participantes (adolescentes), questionário, procedimento do levantamento inicial, Intervenção Breve e as considerações éticas.

### **5.1 Tipo de pesquisa**

Adotamos uma pesquisa qualiquantitativa para responder aos objetivos propostos. Inicialmente foi realizado um curso de capacitação para profissionais que atuam com adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. A partir desse curso e das relações estabelecidas com as atividades propostas, procuramos responder ao primeiro objetivo, que seria analisar a atuação dos profissionais enquanto responsáveis por garantir os direitos dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. Analisamos essa atuação através participação na aplicação de uma intervenção breve (IB) direcionada à redução do consumo de substâncias psicoativas (SPA), por profissionais que atuam com adolescentes que cumprem medidas socioeducativas.

O segundo objetivo foi o de conhecer o padrão de envolvimento dos adolescentes em semiliberdade com substâncias psicoativas, esse envolvimento não está relacionado apenas ao uso, mas também ao envolvimento direto ou indireto com o tráfico. Para responder ao primeiro objetivo utilizou-se de uma análise qualitativa e para responder ao segundo fizemos uso de uma análise quantitativa.

Descreveremos a seguir as duas etapas de maneira detalhada para que fique claro cada fase de nosso trabalho.

## **5.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada em uma unidade da Fundação Casa destinada a atender adolescentes que cumprem medida de semiliberdade, no município de São José do Rio Preto, cidade com cerca de 400.000 habitantes, localizada na região noroeste de São Paulo, a 414 km da capital.

A unidade de semiliberdade que contatamos no início do projeto ficava localizada em uma residência, em um bairro central, mas durante a execução do projeto houve três mudanças, também para outros bairros em torno do centro da cidade. A unidade tem capacidade de atender 20 adolescentes, mas em média esse número é constituído por 15 jovens, todos eles cumprindo medidas socioeducativas por terem praticado algum ato infracional. Essas unidades são de responsabilidade da Fundação Casa e sua gerência geral está localizada no Município de Marília.

Num primeiro momento foi realizado contato pessoal com a direção da instituição, em que foram expostos os objetivos da pesquisa. Durante tal contato, buscamos sublinhar a participação da equipe de profissionais da instituição e solicitamos a permissão para realizar a coleta de dados. Concedida a permissão, foram planejados com a direção da instituição os melhores dias e horários para o desenvolvimento da coleta de dados. Também pedimos permissão aos responsáveis pelos adolescentes por meio de reuniões realizadas pela instituição, em que informamos os objetivos e a metodologia que utilizaríamos na pesquisa.

## **5.3 Primeira etapa da pesquisa**

Esta fase se compõe da formação dos profissionais que atuam com adolescentes que cumprem medida socioeducativa na unidade de semiliberdade em uma cidade do interior de São Paulo. A primeira etapa voltou-se para a capacitação dos profissionais, os quais estavam interessados e dispostos a refletirem sobre seus conhecimentos acerca do uso de álcool e de outras drogas; e para o aprimoramento da aplicação de novas técnicas em seus

trabalhos. Participaram da pesquisa três profissionais, uma gestora, uma pedagoga e uma psicóloga, os quais atuavam diretamente na Fundação Casa de São José do Rio Preto na unidade de semiliberdade.

### **5.3.1 Capacitação para profissionais que atuam com adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas**

A capacitação foi oferecida por pesquisadores do Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas – Ibilce – UNESP do Câmpus de São José do Rio Preto – SP, tendo como tema “Identificação de Adolescentes Usuários de Álcool e Outras Drogas e Aplicação de Intervenção Breve”. Esse curso ofereceu aos profissionais que trabalham com adolescentes em situação de vulnerabilidade e que estão em cumprimento de medidas socioeducativas informações referentes ao uso de SPA e técnicas que possibilitam o desenvolvimento de uma pesquisa com adolescentes e jovens que são atendidos pelas unidades em que esses profissionais atuam.

Depois de 30 horas de curso teórico, a pesquisadora desta tese entrou em contato com uma das unidades da Fundação Casa para acompanhar a atuação dos profissionais em sua instituição, sendo perceptível o interesse imediato na realização do trabalho.

### **5.3.2 Desenvolvimento da primeira etapa da pesquisa**

Como já foi dito anteriormente, o contato inicial com a instituição se deu por meio do convite para a participação na capacitação oferecida. O interesse dos profissionais surgiu durante essa capacitação, na qual foi realizado contato com a direção da instituição que apresentou desejo da realização do trabalho. A partir desse interesse foi necessário um tempo de espera para uma autorização da Regional da Fundação Casa que aconteceu em aproximadamente um mês.

Após a realização do curso e a liberação da autorização da Regional, foram realizadas reuniões com os funcionários da instituição, havendo uma aceitação e compreensão dos objetivos propostos por toda equipe. Especificamente, três funcionários se propuseram a realizar o trabalho.

Antes do início do trabalho, por conta de uma mudança de endereço da instituição, tivemos que esperar um mês para começarmos a pesquisa efetivamente. Essa mudança ocorreu em virtude da necessidade de uma sede com espaço maior e mais estruturado para os adolescentes.

A pesquisadora foi convidada a participar das reuniões que eram realizadas quinzenalmente com os pais dos adolescentes para explicar a pesquisa, apresentar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A e B) e recolher as autorizações que estabeleciam a concordância da participação de seus filhos na pesquisa. Foi necessária a participação em quatro reuniões por conta da adaptação do novo endereço e da ausência de alguns pais nos encontros.

Um mês e meio após a mudança de endereço da Instituição, a vizinhança do novo bairro realizou um abaixo assinado para a remoção da Instituição daquele local, alegando perigo e desconforto por conta dos adolescentes que cumpriam medidas já terem cometido delitos e estarem circulando em seu bairro. O movimento foi vitorioso e a Instituição teve que se mudar novamente.

Vinte dias após a nova mudança e a concordância dos responsáveis pelos adolescentes na participação da pesquisa, a pesquisadora se reuniu com cada adolescente, apresentando-se e explicando os objetivos e procedimento da pesquisa. Foi feito o convite para participarem e em seguida foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) de acordo com a idade de cada aluno. Aos menores de 18 anos a pesquisadora já havia pedido a autorização aos pais ou responsáveis, os quais, caso concordassem com a participação de seus filhos no estudo, deveriam assinar o TCLE (APÊNDICE A). Para os alunos com 18 anos de idade ou mais foi pedido que eles mesmos assinassem o TCLE (APÊNDICE B) caso concordassem em participar. Com os TCLE em mãos, deu-se início ao levantamento inicial.

A aplicação do questionário (APÊNDICE C) realizada pela autora e por um profissional foi feita de forma individual em uma das salas da instituição. Todos os adolescentes presentes aceitaram responder ao instrumento. Na sequência, após a correção dos primeiros instrumentos, um novo encontro com os adolescentes aconteceu dessa vez para a realização da Entrevista Motivacional, porém, infelizmente, esse novo encontro só foi realizado pela autora.

Tratando desta etapa na pesquisa, vemos com dificuldades a realização da coleta de dados de mais de um adolescente por dia, visto que eles tinham uma rotina pré-estabelecida e muitas vezes participavam de atividades que não podiam deixar de frequentar. Além disso, a agenda da instituição era bastante limitada, pois, quando havia reuniões institucionais e eventos, eram necessários alguns dias para a preparação do local, o que tornava suspensa a coleta de dados.

Ademais, apesar dos profissionais demonstrarem interesse e boa vontade, no decorrer das atividades dessa pesquisa percebeu-se uma falta de suporte institucional para sua realização. De fato, houve um impedimento da participação dos profissionais por parte da própria Instituição, cujos argumentos dados estavam sempre ligados à falta de tempo (parecendo sempre atribuir mais trabalho aos profissionais) e a uma intensa burocratização das funções (em alguns momentos os profissionais paravam até com as atividades institucionais para prepararem relatórios solicitados por juízes sobre o comportamento dos adolescentes). Assim, devido a esses fatores, os profissionais já não conseguiam participar da coleta de dados e, principalmente, da intervenção (Entrevista Motivacional).

A pesquisadora realizou atividades com cada um dos profissionais, mas, por conta de atividades "extras" (preenchimento de papeis, relatórios semanais, mensais e semestrais, elaboração de projetos, relatório para Juiz...), a grande parte da coleta de dados e toda a intervenção acabaram sendo realizados pela autora.

Concernente à divisão do cronograma de atividades, após quatro meses de trabalho ocorreu o recesso de final de ano e na volta tivemos que aguardar uma nova mudança na Instituição, porém dessa vez na área administrativa, visto que houve uma substituição da pessoa que ocupava o cargo de diretor. Quando a nova direção assumiu nosso projeto, este teve que ser reenviado para a direção geral da Fundação Casa em São Paulo. Ao se passar um mês, a diretora da Instituição sugeriu que finalizássemos a pesquisa por não haver tempo hábil na análise dos nossos documentos em São Paulo. Não conseguimos mais informações sobre a instituição porque a direção alegou estar ocupada na realização de uma nova mudança de endereço, evento que de fato aconteceu.

Além das dificuldades encontradas para a realização do trabalho via profissionais já mencionadas, gostaríamos de salientar que nos deparamos com um universo escasso de pesquisas científicas relacionadas ao objeto proposto.

Consideramos como causas de tal dificuldade, principalmente, as barreiras impostas pelas instituições cuidadoras do jovem infrator, problema igualmente enfrentado pela pesquisadora na presente pesquisa. Além disso, nas investigações bibliográficas não foram encontrados trabalhos que relacionassem a atuação dos profissionais que atendam jovens sobmedidas socioeducativas em atividades de prevenção e informação do uso de drogas.

#### **5.4 Segunda etapa da pesquisa: Levantamento inicial e aplicação de Intervenção Breve (IB)**

Por conta da complexidade do conceito socioeducativo, consideramos importante o trabalho com a interdisciplinaridade, a fim de que haja uma melhor contribuição das diferentes áreas do saber no que se refere ao atendimento ao adolescente em conflito com a lei, tendo em vista o seu constante envolvimento com álcool e outras drogas. No entanto, nosso trabalho não deixou de se preocupar com o perfil desse adolescente. Nossa segunda etapa, dessa forma, está embasada nos dados coletados e nos permite traçar um contorno desse adolescente.

##### **5.4.1 Participantes (adolescentes)**

Participaram da pesquisa inicialmente 15 adolescentes que cumprem medida socioeducativa na Fundação Casa de São José do Rio Preto – Unidade de Semiliberdade. Na segunda etapa foi realizada uma Entrevista Motivacional com 9 adolescentes.

Apresentamos agora o perfil de cada um dos adolescentes participantes que realizaram a Entrevista Motivacional:

- a. Q1: 18 anos, sem religião. Está esperando vaga para o 5º ano do ensino fundamental, pois a instituição exige que ele volte à escola. Essa é sua 4ª internação, na qual cumpre a medida devido a porte de arma. Em outras circunstâncias já cometeu assalto e venda de drogas, mas nunca trabalhou legalmente;
- b. Q2: 18 anos, evangélico. Estudou até o 5º ano do ensino fundamental, cumpre medida por venda de drogas, e já trabalhou em uma funilaria;

- c. Q3: 17 anos, católico. Está na 8ª série (9º ano do ensino fundamental), cumpre medida por assalto e venda de droga, e nunca trabalhou legalmente;
- d. Q4: 18 anos, evangélico. Estudou até a 8ª série (9º ano do ensino fundamental), cumpre medida por furto, e, apesar de já ter trabalhado em uma oficina, acredita que o ganho em um trabalho legal não compensa;
- e. Q5: 17 anos, católico. Atualmente não estuda, parou no 5º ano do ensino fundamental, cumpre medida por venda de drogas, já trabalhou, mas foi despedido por atrasos e faltas (OBS: o jovem fez questão de dizer que não foi demitido por cauda da droga);
- f. Q6: 16 anos, não tem religião, mas crê em Deus. Parou de estudar no 4º ano do ensino fundamental, cumpre medida por venda de drogas, e nunca trabalhou legalmente;
- g. Q7: 18 anos, evangélico (considera-se sem religião). Parou de estudar no 6º ano do ensino fundamental, cumpre medida por tráfico de drogas, e nunca trabalhou legalmente;
- h. Q8: 16 anos, evangélico. Parou no 1º ano do ensino fundamental, cumpre medida por tráfico de drogas, e, enquanto trabalhava, consumia drogas no emprego;
- i. Q9: 16 anos, não tem religião. Parou de estudar no 9º ano do ensino fundamental, cumpre medida por tráfico de drogas, e, embora já tenha trabalhado, abandonou o emprego por achar muito pesado (oficina).

Todos os adolescentes participantes desta pesquisa afirmaram fazer uso e/ou abuso de drogas, mesmo cumprindo medida socioeducativa. Os jovens afirmavam que quando estavam na instituição não usavam, mas, no momento em que estavam na rua ou em casa, faziam uso.

#### **5.4.2 Questionário**

A escolha dos instrumentos que foram utilizados nessa pesquisa foi feita tendo em vista construir um perfil dos jovens estudados no tocante ao uso de bebidas alcoólicas, ao consumo de drogas e à relação estabelecida com a infração cometida pelo jovem. Além disso, consideramos importante obtermos



algum conhecimento acerca do contexto emocional no qual os adolescentes se encontram, tendo como referência o uso de bebidas e drogas.

Para alcançar o objetivo do levantamento, foi usado um questionário (APÊNDICE C) em que o participante tem de se identificar, fornecer dados sócio demográficos embasados no Critério Brasil (ABEP, 2007) e responder a quatro distintos instrumentos: um que mede o consumo de bebidas alcoólicas, chamado de Teste de identificação de Desordens Devido ao Uso de Álcool – AUDIT (BABOR et al, 1992); um que avalia o uso de álcool, tabaco e outras drogas, denominado ASSIST – OMS, o Inventário para Uso de Drogas – DUSI – R (Drug Use ScreeningInventory); e o Questionário que indica o perfil breve do indivíduo que bebe.

O teste AUDIT, adaptado para o Brasil por Méndez (1999), é uma avaliação que busca detalhar qual é o padrão do beber entre jovens e adultos, no qual o indivíduo pode adquirir uma pontuação de zero a 40 pontos. Os respondentes que pontuam até sete são denominados abstêmios ou bebedores moderados, e aqueles que atingem oito ou mais pontos são considerados os que consomem bebidas em excesso. Em nossa pesquisa, os adolescentes que consumiram mais de cinco doses semanais e obtiveram uma pontuação igual ou maior que oito pontos foram classificados como adolescentes que fazem uso de álcool em excesso.

No teste ASSIST, com validação brasileira por Formigoni et al. (2004), é possível calcular a densidade absoluta do consumo, em cada substância usada (álcool, tabaco, maconha, cocaína, estimulantes tipo anfetamina, inalantes, sedativos/hipnóticos, alucinógenos e opióides) e a densidade global do consumo, onde se insere a média de todas as substâncias.

O DUSI - R Inventário de Triagem do Uso de Drogas (“Drug Use SceningInventory – DUSI”) - é um instrumento desenvolvido originalmente nos EUA, pelo pesquisador Dr. Ralph Tarter, em resposta a uma necessidade de um questionário que avaliasse de forma rápida e eficiente os problemas associados ao uso de álcool e/ou drogas pelos adolescentes. No Brasil, tal teste foi adaptado e validado por De Micheli e Formigoni (1998; 2000), a fim de ser utilizado com a população de adolescentes. Esse instrumento tem o objetivo de pesquisar e conhecer o uso de drogas de uma amostra de jovens brasileiros e a relação com problemas psicológicos, sociais relativos à saúde, aferindo o envolvimento de adolescentes com álcool e drogas.

O DUSI-R é um questionário de autopreenchimento com 149 perguntas, divididas em 10 áreas temáticas. As possibilidades de respostas são “sim” ou “não”, sendo que respostas afirmativas equivalem à presença de problemas (DE MICHELI e FORMIGONI, 1998; 2000; PAIVA, 2010). O DUSI-R mede a gravidade de problemas em 10 domínios: (1) abuso de substâncias, (2) comportamento, (3) Saúde, (4) distúrbio psiquiátrico, (5) sociabilidade, (6) sistema familiar, (7) escola, (8) trabalho, (9) as relações entre amigos e (10) lazer/recreação. Esse teste é um questionário de autopreenchimento de aplicação rápida, isto é, não necessita de um treinamento exaustivo de seus aplicadores, apresentando um método competente para a identificação de jovens que possam precisar de intervenção e/ou tratamento para o combate ao uso de drogas. Além disso, observamos que os resultados do teste podem auxiliar em tratamentos terapêuticos e que uma aplicação recorrente dele possibilita o monitoramento do paciente.

Também tivemos a oportunidade de utilizar a Avaliação de Quantidade e Frequência de Consumo de Álcool – Q\_F (DIMEFF et al., 2002), a qual verifica a ocasião em que o indivíduo bebeu mais no último mês, a frequência com que bebeu, a quantidade de bebida consumida em um final de semana e o número de vezes que o sujeito bebeu cinco ou mais doses em uma única ocasião.

Dessa forma, com esses dados foi possível a aplicação da intervenção breve pautada no procedimento BASICS (DIMEFF et al., 2002).

#### **5.4.3 Procedimento do levantamento inicial**

Inicialmente, foi realizado um curso de formação sobre o tema “consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes que estão sob medidas socioeducativas e realização de intervenção breve”, voltado aos profissionais de instituições que atendem essa população. O curso ofereceu aos profissionais conhecimento que lhes possibilitem o desenvolvimento de uma pesquisa e aplicação de intervenção breve para a redução do consumo de SPA por adolescentes que cumprem medidas socioeducativas.

A partir do curso firmou-se parceria com uma unidade da Fundação Casa que tem capacidade para atender 20 adolescentes que cumprem medidas socioeducativas em regime de semiliberdade.

Apesar da atividade proposta no curso ter sido realizada, a participação dos profissionais na efetivação da pesquisa e da IB foi comprometida por

diferentes fatores. Assim, não foi possível a finalização das atividades realizadas por eles devido, principalmente, a situações institucionais, como mudanças de endereço, atividades festivas da instituição, eventos políticos, relatórios diários a serem cumpridos, muitas reuniões institucionais e trabalho burocrático.

Apresentamos o procedimento em duas etapas considerando que as dificuldades encontradas para a efetivação da pesquisa realizada pelos profissionais da instituição já foram descritas.

A primeira etapa foi o levantamento inicial realizado pelos profissionais e a própria pesquisadora. O levantamento objetivou identificar os adolescentes que apresentavam padrão de risco de uso de SPA. A segunda etapa foi a aplicação da IB, baseada no procedimento BASICS (DIMEFF et al., 2002) e a identificação do envolvimento desses adolescentes com o tráfico de drogas.

#### **5.4.4 Intervenção Breve (IB)**

Os adolescentes que responderam ao levantamento inicial e que permaneceram na instituição passaram por uma entrevista motivacional, na qual o jovem recebe informações sobre seus comportamentos de risco, sobre o padrão de beber e de consumo de drogas, e sobre as consequências que podem implicar esse tipo de comportamento. Essa entrevista se deu em um espaço que permitia privacidade para o trabalho, visto que foi pedido à direção e aos funcionários (técnicos, educadores e inspetores) que não entrassem na sala enquanto estivesse sendo usada para a entrevista.

Os estudantes foram convidados a participar dessa etapa de maneira similar à primeira etapa da pesquisa: a pesquisadora entrou na instituição, apresentou-se, lembrou o adolescente do questionário que tinha respondido anteriormente e explicou que naquele momento daria um *feedback* sobre esse teste. Após essa explicação cada adolescente acompanha a pesquisadora até a sala destinada à entrevista.

Uma vez em sala, a entrevistadora explica ao adolescente que conversariam sobre seu padrão e sobre o uso de álcool e de outras drogas. Em sua maioria, as entrevistas foram aceitas e realizadas com sucesso, estando os jovens à vontade e, principalmente, curiosos com o resultado.

A entrevista foi composta por um conjunto de observações/situações, descritas a seguir:

- a. Observações sobre o aceite/recepção do assunto;
- b. Observações sobre a curiosidade do adolescente a respeito do uso de drogas;
- c. Reflexão realizada a partir da conversa sobre o consumo das drogas e da relação estabelecida com suas escolhas.

Nessa parte da pesquisa, apenas 9 dos 15 adolescentes participaram da entrevista motivacional, em função de que alguns jovens descumpriram a medida, ou seja, após saírem eles não voltavam, situação considerada comum e constante pela equipe técnica.

A entrevista proporcionou o conhecimento das características de um grupo de adolescentes que consomem álcool e drogas, e cometem infrações. Por consequência, esses adolescentes começam a cumprir medidas socioeducativas na unidade de semiliberdade.

Os adolescentes que participaram da entrevista motivacional representam 60% dos adolescentes que ocupavam a casa, naquele momento, sendo que todos os sujeitos eram meninos com idade entre 16 e 18 anos.

Essa fase da pesquisa se caracterizou como a resolução/feedback/devolutiva da aplicação dos quatro instrumentos da fase anterior.

### **5.5 Considerações éticas**

Quanto às considerações éticas, os participantes foram informados antecipadamente que poderiam desistir de participar do estudo em qualquer momento, pois a participação é de livre consentimento do indivíduo. Caso houvesse qualquer manifestação de sofrimento por parte do sujeito, em função da metodologia utilizada, a pesquisa seria suspensa e o método reelaborado, mas isso não aconteceu e o método mostrou-se bastante adequado para a população estudada.

O contato realizado com os pais deixou claro que seria impossível a solicitação de resultados individuais, tendo em vista que no acordo firmado com cada sujeito havia uma explicação acerca do sigilo dos resultados, isto é, ficou claro que os dados obtidos na pesquisa não seriam divulgados, sendo que apenas os próprios sujeitos poderiam conhecer os resultados durante o momento da entrevista.

Além do compromisso com os participantes, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas da UNESP e recebeu aprovação em 15 de junho de 2011.

## **6 RESULTADOS**

Os resultados serão apresentados em três partes. Inicialmente expomos as informações sobre a atuação dos profissionais diante das dificuldades encontradas. Em sequência, apresentaremos os dados coletados no levantamento inicial com os adolescentes e, em seguida, o perfil dos participantes levantados a partir da Entrevista Motivacional.

### **6.1 Resultados referentes aos Profissionais**

Observou-se que a proposta realizada no início, com o curso de extensão, a capacitação da equipe de trabalho para a realização da pesquisa, juntamente com a Intervenção Breve (IB) e o levantamento das informações sobre os adolescentes, foi muito bem aceita e aproveitada. De fato, os profissionais demonstraram um grande interesse e satisfação na elaboração das atividades.

Diante da proposta inicial, encontramos uma equipe de profissionais que estava disposta e interessada em realizar a pesquisa e a intervenção breve (IB), porém a participação dessas pessoas na finalização do projeto tornou-se inviável. A atuação dos profissionais perante essas dificuldades foi a seguinte: uma profissional chegou a tirar férias por estar muito sobrecarregada e chateada com o não cumprimento da pesquisa; outro profissional se absteve e preferiu não entrar em contato com as dificuldades; e outra profissional passou a reclamar constantemente. Dessa forma, no decorrer da realização da pesquisa, quando aconteceram os problemas que impossibilitaram a participação mais efetiva da equipe de trabalho, os profissionais mostraram grande decepção e desconforto com a situação.

Segundo uma das profissionais em uma conversa informal, "É sempre assim, quando tentamos realizar um trabalho mais interessante, que não o de apenas cumprir as metas, sempre temos muito trabalho e não conseguimos...". As metas nesse caso são as atividades diárias programadas, os compromissos com o calendário da instituição e os relatórios preenchidos para os juízes.

Mesmo não podendo realizar as atividades, em momento algum os profissionais não deixaram de dar atenção a autora deste trabalho, visto que

sempre que possível eles se disponibilizavam para conversar sobre os adolescentes entrevistados. Apesar desse grande auxílio, os profissionais não podiam nos oferecer nenhum documento específico da unidade sobre os adolescentes, pois a instituição não permitia.

Percebemos que, apesar da veracidade do interesse dos profissionais no assunto, a instituição não colaborou na viabilidade da aplicação de outras propostas que não venham especificamente da sede da Fundação Casa em São Paulo.

## **6.2 Resultados do levantamento inicial**

Utilizando o questionário de levantamento inicial foi possível traçar o perfil sócio demográfico dos sujeitos, avaliar o padrão de uso de álcool, tabaco, maconha, cocaína, crack, anfetaminas ou êxtase, inalantes, sedativos/hipnóticos, alucinógenos e opióides e identificar o uso de drogas e a relação com problemas de saúde, psicológicos e sociais. A avaliação foi concretizada por meio da aplicação do uso dos testes AUDIT (BALBOR et al., 1992), Q\_F (DIMEFF et al., 2002), DUSI-R (DE MICHELI & FORMIGONI, 1998; 2000) e o ASSIST (FORMIGONI et al., 2004). Ao analisar cada instrumento, apresentamos resultados que distinguem os participantes de acordo com sexo, faixa etária, série escolar, nível socioeconômico e religião.

Nessa pesquisa, encontramos dados referentes a 15 adolescentes que cumpriam medidas socioeducativas, sendo que, desses, 86,7% pontuaram 8 ou mais no AUDIT. Portanto, a partir dessa informação, pode-se notar que 13 jovens fazem consumo em excesso de álcool. Em relação ao sexo dos participantes, temos que todos são do sexo masculino, com faixa etária entre 16 e 18 anos. Dentre esses adolescentes, cerca de 86,7% abandonaram a escola e 13,33% (apenas 2 meninos) estão cursando respectivamente o 5ª e 8ª ano do ensino fundamental. O nível socioeconômico encontrado é o "D" segundo o Critério Brasil (ABEP, 2007). Assinalamos que existe somente um nível abaixo deste, que é o "E". Este resultado mostra que os adolescentes vêm de uma camada mais pobre da população.

A religião predominante é a evangélica, com 60% (9 sujeitos); seguida dos que não tem religião, com 20% (3 sujeitos); dos que são católicos, com 13,3% (2 sujeitos); e de um adolescente que afirmou que crê em Deus, mas

não tem religião (6,6%). Com relação a problemas causados pela bebida, 46,6% dos adolescentes (7 sujeitos) relatam que algum familiar bebeu a ponto de causar problemas no último ano. Destes, os familiares mais citados, com 71,4% das escolhas, são os irmãos (5 sujeitos), seguidos dos pais, com 28,5% (2 sujeitos). Todos os adolescentes afirmaram fazer uso e/ou abuso de drogas, mesmo cumprindo medida socioeducativa, afirmando que quando estão na instituição não fazem o uso, mas na rua ou em casa sim.

Ao analisarmos o perfil breve do bebedor, por meio do qual se identifica a ocasião em que o indivíduo bebeu mais no último mês, encontramos diversos relatos em que os adolescentes chegam a situações limites. Entre os locais onde esses episódios ocorreram, observam-se respectivamente 38,46% (5 sujeitos) em baladas, 30,8% (4 sujeitos) em bailes funk, 15,4% (2 sujeitos) em churrascos e festas em casa, sublinhando que nessas duas últimas situações houve participação e consentimento da família. As bebidas preferidas dos jovens são, em ordem decrescente, uísque, com 53,84% (7 sujeitos), vodca, com 30,69% (4 sujeitos), cerveja e batida, com 7,69% (1 sujeito). Dois jovens não pontuaram oito ou mais no AUDIT e, portanto, não responderam o perfil breve do bebedor.

Nos resultados encontrados do teste ASSIST – OMS apresentamos na tabela 1 as pontuações dos adolescentes:

Tabela 1 – Pontuação dos participantes no ASSIST por droga utilizada

Part.	Tabaco	Álcool	Maconha	Cocaína	Estim.	Inalante	Hip/Sed	Opióides
1	12	24	12	12	3	0	0	0
2	0	21	0	0	0	0	0	0
3	3	12	18	0	0	0	0	0
4	0	24	17	7	0	0	0	0
5	27	19	13	0	3	5	0	0
6	16	13	13	13	0	0	0	0
7	24	15	9	7	3	3	0	0
8	11	15	22	18	0	0	0	0
9	38	12	26	16	0	0	0	0
10	3	12	18	13	3	0	0	0
11	27	24	9	7	0	3	0	0
12	3	15	13	20	0	0	0	0
13	0	9	12	0	0	0	0	0
14	11	18	22	12	3	0	0	0
15	3	20	12	16	0	3	0	0

Obs.: Estim. = Estimulante; Hip/Sed.= Hipnóticos e Sedativos; Part. = Participante.

A fim de interpretar tais resultados, vemos que para os adolescentes que marcaram uma pontuação de até 3 pontos, com a exceção do álcool, que vai até 10, não há necessidade de intervenção. Para os jovens que obtiveram



uma pontuação de até 26 pontos, é necessário haver uma intervenção breve, enquanto que para os que fizeram mais de 27 pontos, há uma necessidade de tratamento intensivo. Portanto, analisando os dados, podemos observar que a maior pontuação alcançada está no uso de álcool, com um total de 253 pontos; seguido da maconha, com 216 pontos; do tabaco, com 178 pontos; da cocaína, com 141 pontos; dos inalantes, com 14 pontos; e dos estimulantes, com 14 pontos. Podemos notar ainda que os hipnóticos/sedativos e os opióides não receberam pontuação.

Para uso de tabaco, temos que 53,3% dos jovens (8 sujeitos) precisam de uma intervenção, sendo que 5 meninos necessitam de intervenção breve e 3 devem ser encaminhados para um tratamento mais intensivo. Observando o uso de álcool pelos jovens, constatamos que 93,3% (14 sujeitos) fazem consumo em excesso, e, portanto, precisam de uma intervenção, que nesse caso pode ser uma intervenção breve, visto que nenhum deles alcançou 27 pontos, número que no ASSIST-OMS significa necessidade de tratamento intensivo em função de dependência.

Para o uso da maconha, temos que 93,3% (14 sujeitos) necessitam de uma intervenção, sendo que nenhum deles são considerados dependentes por terem uma pontuação abaixo de 27 pontos. No uso de cocaína, temos que 73,3% (11 sujeitos) precisam de intervenção, mas nenhum deles foram classificados como dependentes, pois não alcançaram 27 pontos. Referente ao uso de estimulantes, temos que apenas 33,3% (5 sujeitos) dos adolescentes fazem uso, todos eles pontuando 3 pontos, o que indica a não necessidade de intervenção. Para o uso de inalante, temos um quadro semelhante ao consumo de estimulantes, com 26,6% (4 sujeitos) e, desses, apenas um necessita de intervenção breve.

Devemos salientar que esses meninos são jovens e muito provavelmente ainda terão sua saúde prejudicada pelo consumo dessas substâncias.

A aplicação do teste DUSI-R nos possibilita o cálculo de 3 índices: a Densidade Absoluta do Problema (DA), que indica a gravidade de problemas em cada uma das áreas isoladamente – no caso existem ao todo 10 áreas; a Densidade Relativa do Problema (NDR), que reflete na contribuição de cada uma das áreas para o total de problemas no indivíduo; e a Densidade Global de Problemas, que é um indicador de gravidade geral de problemas.

Na avaliação de quem tem ou não problema com uso de álcool e/ou drogas, são estabelecidos pontos de corte para as áreas: de 0 a 13% na DA (equivalente a até 2 respostas afirmativas) considera-se sem uso, ou uso sem problemas; até 20% na DA (equivalente a 3 até 8 respostas afirmativas) temos um uso de risco; e de 53% em diante na DA (equivalente a 8 ou mais respostas afirmativas) temos o uso pesado de álcool e/ou drogas.

Os dados encontrados no teste DUSI serão relatados a seguir na tabela - Perfil dos adolescentes segundo o Drug Use Screening Inventory -DUSI - Densidade Absoluta:

Tabela 2. Ponto de corte no DUSI-R (em porcentagem), por área avaliada

	DA.1	DA.2	DA.3	DA.4	DA.5	DA.6	DA.7	DA.8	DA.9	DA.10
Part.										
1	73,33	40,0	40,0	50,0	20,00	20,00	52,38	36,36	60,00	53,84
2	26,66	25,0	30,0	35,0	33,33	46,66	28,57	18,18	73,33	23,00
3	13,33	20,0	20,0	30,0	13,33	4,00	52,38	9,00	40,00	61,53
4	6,66	25,0	10,0	40,0	26,66	33,33	23,80	18,18	73,33	53,84
5	33,33	25,0	10,0	25,0	26,66	26,66	28,57	27,27	40,00	69,23
6	73,00	45,0	70,0	40,0	40,00	26,66	57,14	9,00	73,33	53,84
7	13,13	20,0	20,0	10,0	0,00	0,00	14,28	0,00	6,66	15,38
8	46,00	20,0	30,0	15,0	6,66	40,00	28,57	27,27	53,33	38,46
9	53,33	45,0	40,0	35,0	20,00	26,66	61,90	18,18	66,66	91,66
10	73,33	35,0	40,0	30,0	26,66	46,66	28,57	36,36	33,33	46,15
11	60,00	30,0	30,0	20,0	33,33	40,00	52,38	27,27	40,00	38,46
12	40,00	25,0	20,0	25,0	20,00	33,33	38,09	18,18	53,33	30,76
13	26,66	20,0	30,0	30,0	40%	26,66	28,57	18,18	46,66	53,84
14	33,33	20,0	40,0	20,0	26,66	20,00	0,00	45,45	60,00	61,53
15	53,33	25,0	20,0	35,0	13,33	40,00	0,00	27,27	73,33	53,84

Obs.: DA. 1 – Área – Uso de Substancias; DA. 2 – Área – Comportamento; DA. 3 – Área – Saúde; DA. 4 – Área – Desordens Psiquiátricas; DA. 5 – Área – Sociabilidade; DA. 6 – Área – Sistema Familiar; DA. 7 – Área – Escola; DA. 8 – Área – Trabalho; DA. 9 – Área – Relacionamento c/ amigos; DA. 10 – Área - Lazer/recreação; Part. = Participante.

Nessa tabela, apresentam-se os resultados da densidade absoluta dos 15 adolescentes participantes do levantamento inicial de nossa pesquisa. Encontramos, na área DA.1 (Uso de substâncias), que toda essa população faz uso de substâncias psicoativas, sendo que apenas 6,66% (1 sujeito) (Q4) encontram-se fora do uso de risco, enquanto 33,33% (5 sujeitos) encontram-se fazendo uso pesado de substancias e 60% (9 sujeitos) fazem uso de risco.

Analisando a área DA.2 (Comportamento), notamos que todos os sujeitos encontram-se dentro de um comportamento problemático, porém não apresentam isolamento social. Na área DA. 3 (Saúde) encontramos apenas 6,66% (1 sujeito) (Q6) com um comprometimento maior na área da

saúde. Reforçamos que consideramos os sujeitos muito jovens e por conta disso acreditamos que os problemas de saúde surgirão no futuro. Considerando a área DA.4 (Desordens Psiquiátricas), observamos que 6,66% (1 sujeito) estão fora da área de risco para ansiedade, depressão e comportamento antissocial, visto que correspondem ao único cuja pontuação se deu abaixo da nota de corte ideal, enquanto que grande parte dos jovens, 93,33%, se encontram dentro do quadro de risco. Na área DA.6 (Sistema Familiar), encontramos que 20% (3 sujeitos) dos jovens apresentam um bom sistema familiar, com supervisão dos pais e qualidade do relacionamento. Já os 80% restantes apresentam algum comprometimento nesse setor.

Os dados da área DA. 7 (Escola) nos mostram que, referente ao desempenho acadêmico, enquanto os dois únicos sujeitos que zeraram se recusaram a responder por já haver abandonado a escola há muito tempo, os outros jovens apresentaram comprometimento em seu desempenho acadêmico. Na área DA. 8 (Trabalho), a qual investiga a motivação para o trabalho, encontramos que 20% (3 sujeitos) dos jovens apresentam boa relação com o trabalho, mas 80% deles não têm motivação. Um dos principais exemplos dos desmotivados é o sujeito Q14, visto que relata que frequentemente falta ou chega atrasado ao trabalho, que já consumiu álcool ou drogas durante o trabalho, que já foi despedido de um trabalho e que já ganhou dinheiro realizando atividades ilegais.

Na análise da área DA. 9 (Relacionamento com amigos), a qual investiga a rede social, o envolvimento em gangues e a qualidade do relacionamento com amigos, podemos perceber que a ampla maioria (93,33%), com a exceção de um sujeito (6,66%), estava em relações de amizade com envolvimento de risco.

Sobre a amizade, partindo do princípio de que a amizade é constituída por um outro que está fora de nós e que convive socialmente conosco, observamos que ela influencia de modo definitivo as escolhas do sujeito, ainda mais se esse sujeito é um adolescente. Para Carvalho (2013):

A amizade deve ser entendida como uma questão ética e também política[...] é um bem útil ao homem, visto que ele é um ser finito e limitado, dotado de necessidades múltiplas que não pode se satisfazer sozinho, mas somente na polis, confirmando com bastante clareza a ideia aristotélica de que o homem é um animal político (zóonpolitikón) por natureza, ou seja, é da natureza humana buscar a vida em comunidade. (CARVALHO, 2013, p. 129)

A amizade pode ser fundamentada na utilidade, de modo que a afeição está vinculada as vantagens que o amigo pode oferecer e pode estar fundamentada na amizade agradável, que é inspirada no prazer que o outro proporciona (CARVALHO, 2013). Segundo nossas observações os adolescentes que cumprem medida socioeducativa têm amigos dos dois tipos e a influência para o envolvimento com as drogas muitas vezes estão ligadas ao desejo de algo positivo ao amigo, visto que todo o grupo está envolvido.

Nos dados encontrados na área DA.10 (lazer/recreação), a qual investiga a qualidade das atividades durante o tempo de lazer, encontramos que 100% dos jovens consideram que seu tempo de lazer é mal aproveitado.

A tabela 3 apresenta a média das densidades absolutas dos participantes.

Tabela 3- Densidade Absoluta por área

DA. 1 Uso de Substâncias	41,69%
DA. 2 Comportamento	28%
DA.3 Saúde	30%
DA. 4 Desordens Psiquiátricas	29,33%
DA. 5 Sociabilidade	23,10%
DA. 6 Sistema Familiar	31,10%
DA. 7 Escola	9,44%
DA. 8 Trabalho	22,41%
DA. 9 Relacionamento com amigos	52,88%
DA. 10 Lazer/Recreação	49,69%

Nessa tabela, os resultados apontam para a densidade absoluta de problemas dos adolescentes que cumprem medidas socioeducativas, destacando-se com a maior porcentagem de densidade absoluta as áreas de *relacionamento com amigos* (52,88%), ou seja, mais da metade dos adolescentes relatam que cometem delitos na companhia de amigos, *lazer e recreação* (49,69%), *uso de substâncias* (41,69%), *sistema familiar* (31,10%), *saúde* (30%), *desordens psiquiátricas* (29,33%), *comportamento* (28%), *sociabilidade* (23,10%) e *trabalho* (22,41%). A área de menor densidade absoluta encontrada foi a da *escola*, com 9,44%. Vale salientar que dois

participantes zeraram nessa área exatamente por se recusarem a responder por já terem abandonado a escola há algum tempo.

### **6.3 Resultados Entrevista Motivacional**

Dos 15 adolescentes que participaram da coleta dos dados, apenas 9 fizeram parte da segunda etapa da pesquisa em função de vários problemas enfrentados na execução do trabalho. Entre os que não passaram para a outra fase da pesquisa, estão 5 jovens que não realizaram a entrevista motivacional e descumpriram a medida, ou seja, saíram da instituição e não voltaram, além de um jovem que recebeu benefício e acabou finalizando o seu tempo na instituição.

Dos 9 adolescentes que cumpriam medidas socioeducativas e participaram dessa fase da pesquisa, 7 jovens (77,77%) pontuaram 8 ou mais no AUDIT, fazendo consumo em excesso de álcool. Em relação ao sexo dos participantes, temos que todos são do sexo masculino, com faixa etária entre 16 e 18 anos. Cerca de 77,77% de meninos abandonaram a escola, enquanto 22,22% de meninos (apenas 2) estão cursando respectivamente o 5º e o 8º ano do ensino fundamental. O nível socioeconômico encontrado é o "D" segundo o Critério Brasil (ABEP, 2007). A religião predominante é a evangélica com 44,44% (4 sujeitos), seguida dos que não tem religião com 22,22% (2 sujeitos), dos católicos com 22,22% (2 sujeitos), e de um adolescente que afirmou crer em Deus, mas não ter religião (11,11%). Observamos que 44,44% dos adolescentes (4 sujeitos) revelaram que algum familiar bebeu a ponto de causar problemas no último ano. Destes, os familiares mais citados, com 75% das escolhas, são os irmãos (3 sujeitos), seguido dos pais, com 25%. Todos afirmaram fazer uso e/ou abuso de drogas, mesmo cumprindo medida socioeducativa. De fato, eles afirmam que quando estão na instituição não fazem uso, mas na rua ou em casa, sim.

Ao analisarmos o perfil breve do bebedor, por meio do qual se identifica a ocasião em que o indivíduo bebeu mais no último mês, encontramos diversos relatos em que os adolescentes chegam a situações limites. Entre os locais onde esses episódios ocorreram, observam-se respectivamente 44,44% (4 sujeitos) em baladas, 33,33% (3 sujeitos) em churrascos e em festas em casa, com a participação efetiva da família, e 22,22% (2 sujeitos) em bailes funk.

As bebidas preferidas dos jovens são vodca, com 33,33% (3 sujeitos), whisky, com 22,22% (2 sujeitos), e cerveja e batida, com 22,22% (2 sujeitos). Dois jovens não pontuaram oito ou mais no AUDIT e, portanto, não responderam o perfil breve do bebedor. Apesar disso, participaram da entrevista motivacional por fazerem consumo de drogas.

Com relação aos resultados encontrados no teste AUDIT e ASSIST – OMS, a tabela 4 apresenta um gráfico com as pontuações dos 9 adolescentes:

Tabela 4 – Pontuação dos participantes da Entrevista Motivacional do AUDIT e do ASSIST.

Part.	AUDIT		ASSIST						
	Tab	Álc.	Mac.	Coc.	Est.	Inal.	Hip/Sed	Aluc.	
1	26	12	24	12	12	3	0	0	0
2	15	0	21	0	0	0	0	0	0
3	6	3	12	18	0	0	0	0	0
4	13	0	24	17	7	0	0	0	0
5	15	27	19	13	0	3	5	0	0
6	20	16	13	13	13	0	0	0	0
7	13	24	15	9	7	3	3	0	0
8	9	11	15	22	18	0	0	0	0
9	3	38	12	26	16	0	0	0	0

Obs.: Tab= Tabaco; Alc= Alucinógeno; Mac= Maconha; Coc= Cocaína; Est. = Estimulante; Inal= Inalante; Hip/Sed.= Hipnóticos e Sedativos; Aluc= Alucinógeno; Part. = Participante.

Notamos que a maior pontuação alcançada no ASSIST está no uso de álcool, com um total de 155 pontos; seguido do tabaco, com 131 pontos; da maconha, com 131 pontos; da cocaína, com 73 pontos; dos estimulantes, com 9 pontos; e dos inalantes, com 8 pontos. Os hipnóticos/sedativos e os opióides não receberam pontuação.

Para uso de tabaco, temos que 66,66 % dos jovens (6 sujeitos) precisam de uma intervenção, sendo que 4 meninos necessitam de intervenção breve e 2 devem ser encaminhados para um tratamento mais intensivo. Observando o uso de álcool, notamos que todos os adolescentes fazem consumo em excesso, precisando, dessa forma, de uma intervenção, a qual, nesse caso, pode ser uma intervenção breve porque nenhum deles alcançou 27 pontos.

Para o uso da maconha, temos que 88,88% (8 sujeitos) necessitam de uma intervenção, sendo que nenhum deles são considerados dependentes, pois não alcançou 27 pontos. No uso de cocaína, temos que 66,66% (6 sujeitos) precisam de intervenção, mas nenhum deles foram classificados como

dependentes, pois não alcançou 27 pontos. Referente ao uso de estimulantes, temos que apenas 33,3% (3 sujeitos) dos meninos fazem uso, todos eles pontuando 3 pontos, o que indica a não necessidade de intervenção. De acordo com uma pesquisa desenvolvida por Carlini et al, essa substância é mais consumida por meninas do que por meninos (CARLINI et al, 2010). Para o uso de inalante, temos um quadro semelhante ao consumo de estimulantes, com 22,22% (2 sujeitos) e, desses, apenas um necessita de intervenção breve.

Os dados encontrados no teste DUSI serão relatados a seguir na tabela –“Perfil dos adolescentes segundo o Drug Use Screening Inventory -DUSI – R Densidade Absoluta”:

Tabela 5. Ponto de corte no DUSI-R (em porcentagem), por área avaliada

	DA.1	DA.2	DA.3	DA.4	DA.5	DA.6	DA.7	DA.8	DA.9	DA.10
Part.										
1	73,33	40,0	40,0	50,0	20,0	20,0	52,38	36,36	60,0	53,84
2	26,66	25,0	30,0	35,0	33,33	46,66	28,57	18,18	73,33	23,0
3	13,33	20,0	20,0	30,0	13,33	40,0	52,38	9,0	40,0	61,53
4	6,66	25,0	10,0	40,0	26,66	33,33	23,80	18,18	73,33	53,84
5	33,33	25,0	10,0	25,0	26,66	26,66	28,57	27,27	40,0	69,23
6	73,0	45,0	70,0	40,0	40,0	26,66	57,14	9,0	73,33	53,84
7	13,13	20,0	20,0	10,0	0,0	0,0	14,28	0,0	6,66	15,38
8	46,0	20,0	30,0	15,0	6,66	40,0	28,57	27,27	53,33	38,46
9	53,33	45,0	40,0	35,0	20,0	26,66	61,90	18,18	66,66	91,66

Obs.: DA. 1 – Área – Uso de Substancias; DA. 2 – Área – Comportamento; DA. 3 – Área – Saúde; DA. 4 – Área – Desordens Psiquiátricas; DA. 5 – Área – Sociabilidade; DA. 6 – Área – Sistema Familiar; DA. 7 – Área – Escola; DA. 8 – Área – Trabalho; DA. 9 – Área – Relacionamento c/ amigos; DA. 10 – Área - Lazer/recreação; Part. = Participante.

Nessa tabela, apresentam-se os resultados da densidade absoluta dos 15 adolescentes participantes do levantamento inicial de nossa pesquisa. Encontramos, na área DA. 1 (Uso de substâncias), que toda essa população faz uso de substâncias psicoativas, sendo que apenas 6,66% (1 sujeito) (Q4) encontra-se fora do uso de risco, enquanto 33,33% (5 sujeitos) encontram-se fazendo uso pesado de substâncias e 60% (9 sujeitos) fazem uso de risco. Analisando a área DA.2 (comportamento), percebemos que todos os sujeitos encontram-se dentro de um comportamento problemático, mas não apresentam isolamento social. Na área DA. 3 (Saúde) encontramos apenas 6,66% (1 sujeito) (Q6) com um comprometimento maior na área da saúde. Considerando a área DA.4 (Desordens Psiquiátricas) observamos que 6,66% (1 sujeito) está fora da área de risco para ansiedade, depressão e comportamento

antissocial, visto que corresponde ao único cuja pontuação ficou abaixo da nota de corte ideal, enquanto que grande parte dos jovens, 93,33%, se encontram dentro do quadro de risco. Na área DA.6 (Sistema Familiar), encontramos que 20% (3 sujeitos) dos jovens apresentam um bom sistema familiar, com supervisão dos pais e qualidade do relacionamento, já os 80% restantes apresentam algum comprometimento nesse setor. Na área DA. 7 (Escola), temos que todos os adolescentes que participaram dessa etapa da pesquisa apresentaram comprometimento nessa área, e devemos levar em conta que todos abandonaram a escola. Na área DA. 8 (Trabalho), temos que 33,33% dos sujeitos (3) apresentam uma boa relação com o trabalho e que 66,66% (6 sujeitos) não tem motivação para trabalhar. Na área DA. (Relacionamento com amigos), temos que apenas 1 sujeito encontra-se fora da área de risco, ou seja, não está envolvido com gangues. Na área DA. 10 (Lazer/Recreação), temos que todos os adolescentes consideram que o seu tempo de lazer não é bem aproveitado.

Dados específicos da entrevista motivacional demonstram a aceitação de todos os adolescentes abordados em participar. Mesmo considerando que esses jovens poderiam ter certo receio de não aceitar participar da pesquisa por conta de estarem na instituição, os adolescentes demonstraram grande interesse no assunto e curiosidade em seus resultados, ocorrendo, inclusive, pedidos de novas reuniões para uma melhor orientação sobre o uso de cada droga. Como exemplo desse fato, temos o diálogo apresentado a seguir:

Autora "- Você sabe que o uso de cocaína pode causar impotência sexual?".

Q4 "- Você está brincando? (Risos) Como assim? É verdade isso? Tem alguma coisa pra estudar que fala sobre isso? Traz mais coisa ai pra gente. Você podia vir mais vezes pra contar essas coisas pra gente, podia fazer um grupo".

Q7 "- Eu nem uso muito, só vendo mesmo, é que se a gente pode ganhar 600,00 reais por noite Senhora eu não vou trabalhar um mês inteiro pra ganhar isso. Não vou usar muito mais não, mas vou ver se ainda vou vender ou não".

No final da intervenção, os adolescentes relatam ter gostado das recomendações e dizem que pretendem segui-las, com exceção da venda de drogas, ponto em que a maior parte diz que vai pensar principalmente por conta de que a medida não é agradável de ser cumprida.



## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nesta seção, apresentam-se as considerações referentes aos resultados obtidos na presente tese, primeiramente relacionadas à experiência e à atuação dos profissionais diante da tentativa da aplicação de uma pesquisa e de uma Intervenção Breve (IB) em adolescentes que estão em cumprimento de medidas socioeducativas. Em seguida, são apresentadas algumas considerações sobre os resultados alcançados na pesquisa que foi aplicada pela autora nos adolescentes da unidade de semiliberdade e na relação estabelecida com as SPA e algumas observações sobre a vulnerabilidade dos profissionais e adolescentes.

### **7.1 Atuação dos Profissionais**

Fundamentados no trabalho interdisciplinar, nossa proposta inicial se fundou em formar/capacitar profissionais que trabalham diretamente com adolescentes que cumprem medidas socioeducativas, buscando identificar o envolvimento e/ou uso de drogas e a implantar um trabalho de prevenção e redução ao uso drogas.

Portanto, nossa proposta se inicia com o oferecimento de um curso de formação/capacitação para profissionais que trabalham com adolescentes que estão em situação de risco e sob cumprimento de medidas socioeducativas.

Entretanto, apesar de que, nos objetivos propostos nesta tese procurou-se compreender a atuação dos profissionais que trabalham em uma unidade de semiliberdade da Fundação Casa, diante de situações imprevisíveis, não foi possível a atuação por completo destes na efetiva aplicação da pesquisa e da IB. Também procurou-se avaliar as implicações que os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa tem com as drogas, levando-se em conta que os vínculos encontrados não se resumem ao uso, mas também à venda dessas substâncias.

Para alcançarmos os objetivos, oferecemos um curso teórico e prático, no qual analisamos o domínio dos conhecimentos, o interesse e a disponibilidade dos profissionais envolvidos. Observou-se que todos estavam dispostos e empenhados em realizar o trabalho.

Observamos que a lei do SINASE reafirma a importância dos profissionais e reforça a necessidade de capacitações com estes por considerar que o trabalho com crianças e adolescentes autores de infrações é complexo e de extrema importância.

Assim, após 30 horas de estudos teóricos, iniciamos a parte prática, isto é, a pesquisa dos profissionais com os adolescentes da semiliberdade, sempre com acompanhamento da autora deste trabalho.

O primeiro desafio foi o de conseguir reestruturar nosso cronograma, em função de que a unidade de atendimento se deslocou para uma região central da cidade, a fim de se instalar em um prédio mais adequado e confortável para o atendimento dos adolescentes. Compreendemos essa atitude como a adoção de uma característica mais pedagógica, como está estabelecido no ECA.

No entanto, após a reorganização do cronograma e do prédio, tivemos que enfrentar mais um problema: uma nova mudança diante da não aceitação da unidade naquele bairro específico, ou seja, os meninos foram expulsos do local. Nessa ocasião, os profissionais abraçaram a causa e lutaram para que as pessoas do bairro compreendessem que a unidade naquele local não seria ameaça para a população. Nessa situação, podemos observar que os profissionais agiram em consonância com as premissas do SINASE e do ECA, os quais indicam que eles tenham condições de fazer-se cumprir o direito dos adolescentes e informar a população sobre a realidade do jovem em cumprimento da medida socioeducativa.

Os profissionais tentaram intervir na situação explicando que os adolescentes não representavam risco no bairro específico. Adotando a mesma postura em algumas situações de problemas escolares, como quando os jovens não eram aceitos na escola, podemos observar essas situações em diversos momentos de nossa intervenção em que os profissionais tinham que se ausentar da instituição para se dirigirem a escolas que não aceitavam os adolescentes da Fundação Casa e lá argumentar a favor desses jovens para que a escola pudesse acolhê-los.

Observamos que esses profissionais garantiam a qualidade do serviço prestado através de uma postura adequada que os habilitava a intervir pelos adolescentes em diversas situações. Cabe ressaltar ainda que os participantes que se prontificaram a fazer parte da equipe são profissionais mais engajados. Ainda assim, no final da pesquisa pudemos ouvir algumas observações de

outros profissionais que diziam já saber da impossibilidade da realização da pesquisa e que, por isso, não tiveram estímulo para entrarem no grupo, se queixando muito principalmente da sobrecarga de trabalho.

Consideramos que, apesar do interesse dos profissionais no assunto e da aceitação da ideia da pesquisa e da Intervenção Breve, a Fundação Casa demonstra abertura apenas para propostas que têm sua origem dentro da própria instituição e, principalmente, na sede estadual, localizada na Capital São Paulo. Dessa forma, observamos que a instituição apresenta características de engessamento por não permitir que em cada região, município e lugar contribuam com suas ideias e inovação no cumprimento da medida, especificamente, no nosso caso, em um assunto tão importante e sério que é o consumo de Substâncias Psicoativas (SPA).

Entendemos que essa atitude da instituição/Fundação Casa não assegura a descentralização das políticas de atendimento, como está preconizado no ECA e no SINASE. No entanto, esse engessamento mantém o controle soberano da instituição.

## **7.2 Relação de adolescentes que cumprem medidas socioeducativas e SPA**

Os fatores que levam um adolescente a se relacionar com uma ou várias substâncias psicoativas são diversos e seu início pode se dar por meio das relações sociais, dependência biológica e/ou psicológica.

Como fator protetivo da população estudada, podemos notar que a instituição escolar é importante fator protetor para o adolescente, visto que foi possível observar um aumento na reincidência de uso de drogas e delitos entre os adolescentes que não frequentam a escola. Em concordância com a pesquisa de Gallo e Willian (2008), a presença na escola reduz a gravidade do ato infracional. Todavia, o jovem que cumpre medida socioeducativa não é bem aceito nas instituições escolares: dos 15 adolescentes participantes na pesquisa apenas 2 estavam matriculados, por ordem judicial; os outros aguardavam vagas. Segundo os profissionais que os acompanham, é comum que essas vagas só se disponibilizem por meio de ordem judicial, devido ao fato de que os adolescentes são vistos como ameaça para a escola. Ainda, sobre a instituição

escolar, gostaríamos de salientar que o uso das SPAs é uma das indicações do fracasso da escola na educação.

Em outra pesquisa de Gallo e Willian (2005), podemos observar que o baixo nível socioeconômico é fator expressivo em adolescentes que cumprem medidas socioeducativas e fazem uso de drogas. Nossa pesquisa confirma esses dados, visto que os 15 adolescentes participantes apresentam nível socioeconômico "D" segundo o Critério Brasil (ABEP, 2007).

O ambiente social não dá suporte e apoio para o adolescente, como encontramos no trabalho de Bernardo (2011). De um lado temos o sujeito portador de direitos, enquanto de outro, uma fonte de risco com condutas violentas e antissociais. Observamos que a todo momento esses adolescentes sofrem com a não aceitação deles por parte da sociedade, seja no bairro em que estão ou na escola.

Ainda como fator protetivo, estudos indicam que a religião é fator significativo para o uso ou não uso de SPA (GALDURÓZ et al., 2005). Em nossos dados a religião predominante é a evangélica, com 60% (9 sujeitos), seguida dos que não tem religião com 20% (3 sujeitos), dos católicos, com 13,3% (2 sujeitos), e de um adolescente que afirmou crer em Deus, mas não ter religião (6,6%). Podemos analisar esses dados de forma a considerar que, mesmo com grande quantidade deles estando ligados à religião, todos os adolescentes se envolveram com a venda e o consumo de drogas. Devemos salientar que não podemos estabelecer o vínculo que cada um deles tem com a religião.

Também conseguimos notar que o grupo que está em cumprimento de medidas socioeducativas é um grupo específico, marcado pelo envolvimento e uso de substâncias psicoativas, mesmo os que não consomem ou fazem isso em menor quantidade estão envolvidos nesse meio. Em nossa pesquisa, todos fazem uso e estavam cumprindo medidas devido ao envolvimento com drogas, ou seja, tráfico de drogas. Nota-se que a maioria alega, como justificativa para continuar nessa situação, o fato de que compensa mais ganhar por noite no tráfico do que ganhar em um mês atuando em um trabalho legalizado.

Com relação aos tipos de envolvimento com as SPA, encontramos na pesquisa de Pereira e Sudbrack (2008), que foi realizada especificamente com a população de adolescentes, algumas modalidades de uso das drogas e as características de cada uma delas. Foram identificados seis tipos de modalidades do uso: Ato Infracional e dependência dos efeitos, havendo uma

relação com o prazer, o sofrimento e o descontrole até a dependência - nesse caso o sujeito comete o delito para usar a droga -; 2. Ato Infracional e dependência das crenças, no qual o sujeito acredita na magia da droga e ela justifica a prática do delito; 3. Ato Infracional e dependências relacionais afetivas, isto é, quando há um vínculo forte com a mãe, valorizando o papel protetivo; 4. Ato Infracional e dependência dos pares, no qual o consumo de drogas funciona como uma possibilidade de inserção no grupo; 5. Ato Infracional e dependência do provedor, no qual o provedor é o ato infracional; e 6. Ato Infracional e dependência do fornecedor, ou seja, quando o tráfico aparece como a melhor opção de trabalho.

Em nossa pesquisa, encontramos adolescentes, para os quais o ato infracional representa a dependência do fornecedor, de modo que para esses jovens o tráfico aparece como a melhor opção de trabalho. Isso decorre do fato de que eles consideram essa relação a mais rentável e fácil para viver no padrão que o adolescente escolheu. Os jovens relatam fazer o uso da droga, mas ela não apresenta um significado mágico, ou de extremo prazer. Em certos momentos nos parece que o uso é uma possibilidade de inserção do grupo, todos relatam pertencerem a grupos que consomem SPAs, porém todos os adolescentes relatam ser extremamente independentes e dizem que tomam suas decisões sozinhos.

Os dados mostram que após a entrevista motivacional os adolescentes demonstraram interesse em obter novas informações sobre o consumo de drogas. De fato, eles pedem para que possamos nos encontrar novamente e para que esse assunto seja colocado nas reuniões de seus grupos. Não foi possível checar se houve diminuição no consumo de SPAs porque esses adolescentes finalizavam o seu cumprimento da medida, ou a descumpriam, isto é, saíam para passar o final de semana com a família e não voltavam.

### **7.3 Vulnerabilidade dos profissionais e adolescentes**

Em nossa tese escolhemos a vulnerabilidade como categoria de análise, pensando em identificar a maneira em que os jovens ficam vulneráveis ao envolvimento com as drogas. Porém, ao analisarmos a situação de atendimento ao adolescente que cumpre medida socioeducativa, acabamos por inferir que não apenas os adolescentes encontram-se em situação de vulnerabilidade.

Adotamos uma visão em que a vulnerabilidade apresenta três eixos, com características individuais e coletivas.

O primeiro eixo é o do **Componente Individual**, em que o sujeito realiza ou não práticas protetoras em uma determinada situação e essas práticas estão ligadas a sua formação e vivência pessoal. O que percebemos com os profissionais é que mesmo com uma base de formação que tenha suporte ele individualmente encontra grande dificuldade para realizar essa prática protetora, que vamos considerar como o atendimento e a atenção aos adolescentes da instituição à qual ele pertence. Com os adolescentes percebemos que esse componente muitas vezes é frágil, a formação pessoal não dá suporte para que esse jovem adote práticas protetoras, ele vem de bairros marginalizados e famílias desestruturadas.

O segundo eixo, o **Componente Social**, é o que estabelece condições de acesso à comunicação, educação e recursos para a prática protetora. Refletindo sobre os profissionais, podemos observar que atualmente as condições de acesso são viabilizadas e as informações estão disponíveis. No entanto, o profissional enfrenta uma barreira que não permite que seu conhecimento possa ser colocado em prática, na realidade esses recursos são vistos pela instituição como uma ameaça ao seu controle. Para os adolescentes, esse eixo apresenta uma deficiência, ele tem acesso às informações, mas não sabe como utilizá-las. Um exemplo que podemos citar é que esse sujeito é rejeitado pela escola, instituição que deveria orientá-lo.

O terceiro eixo, o **Componente Pragmático**, é o que representa as Políticas Públicas que devem utilizar recursos de modo efetivo e democrático para efetuar a proteção ao adolescente. Em relação aos profissionais que estão inseridos nessas Políticas Públicas, encontramos muito trabalho, baixos salários, pouca autonomia e engessamento da função, como por exemplo só confeccionar relatórios para juízes. O profissional ocupa um lugar em que pode fazer o mínimo para utilizar os recursos de modo efetivo. Quanto ao adolescente, não lhe são oferecidas as condições mínimas de qualidade de vida, ele não é aceito na escola, sua família não tem condições de educá-lo, muitos não convivem com os pais, porque esses têm uma jornada de trabalho exaustiva e não conseguem manter um convívio saudável com sua família e em decorrência disso temos diversas situações de conflito, como questões financeiras. É importante salientar que os adolescentes participam do tráfico de drogas por conta dessas questões.

Segundo Aryes(2009), existem objetivos e estratégias para um melhor funcionamento dos grupos vulneráveis, e em nossa tese, podemos ver que elas não são postas em prática para a população que acompanhamos. Essas estratégias são: a **Efetividade**, que estabelece alternativas capazes de serem postas em prática. Dentro da instituição encontramos a teoria, como as premissas do SINASE e do ECA, no entanto elas não são efetivadas de forma adequada. É o exemplo do que aconteceu em nossa tese, a parte teórica ocorreu de forma impecável, mas a prática foi impedida por diversos fatores. A **Operacionalidade**, que é o desenvolvimento de técnicas para uma efetividade do objetivo. O que notamos é que existe esse desenvolvimento, no entanto o objetivo não é o de ressocializar o adolescente e o sim de manter o funcionamento de instituição. Portanto, o objetivo principal não é cumprido. E a última estratégia apresentada é a **Progressividade**, em que analisa o que se pode ser feito a curto, médio e longo prazo com objetivos articulados à proposta. Percebemos que o fator que programa as atividades existe, ou seja, o que pode ser feito está registrado, mas não são levadas em conta situações inesperadas, dessa forma o engessamento é enorme porque a autonomia não é construída, ela é cortada.

#### **7.4 Observações Gerais**

Nosso estudo indica que esse assunto é muito significativo para essa população. Sugerimos que seja pensado um programa envolvendo os profissionais de maneira que sejam capacitados adequadamente e possam, com sucesso, desenvolverem intervenções breves nos adolescentes. Informações concretas evidenciam o apoio da adoção de diferentes formas de atendimento e orientação sobre o uso de SPA para adolescentes que cumprem medidas socioeducativas, especialmente aqueles voltados para usuários com padrão de consumo de risco ou diagnóstico de uso nocivo, não necessariamente dependente.

Gostaríamos de salientar que o envolvimento com substâncias psicoativas nesse grupo não necessariamente se relaciona apenas ao uso, mas também ao envolvimento direto ou indireto com o tráfico. Dessa forma, acreditamos ser interessante que os profissionais também desenvolvam trabalhos em relação a esses aspectos com os adolescentes.

Mesmo com as dificuldades e limitações apontadas em nosso trabalho, acreditamos que foi importante conseguirmos compreender o universo dos adolescentes que cumprem medida em semiliberdade e a forma como funcionam os projetos implantados em uma unidade. Por conta dessas informações, reforçamos a necessidade de novas tentativas de um melhor atendimento a esses jovens.

A efetivação do novo modelo de atendimento a adolescentes que cumprem medidas socioeducativas ainda encontra resistência no poder público e político local por receio da população. Como as medidas se voltam para a inclusão social dos jovens no município, a sociedade local não aceita abrigar esse jovem "delinquente" próximo à sua residência, preferindo mantê-los longe para se protegerem. Esse fato é claramente percebido quando a instituição é obrigada a se mudar 3 vezes em um espaço de tempo de dois anos em função da falta de aceitação da vizinhança.

Informamos ainda que esta tese remete apenas ao estabelecimento de semiliberdade e não se atém à realidade das medidas em meio fechado, cuja responsabilidade consideramos ser da própria fundação. Além disso, de maneira alguma o estudo desqualifica as experiências de sucesso surgidas em algumas unidades que trabalham com prevenção ao uso de SPA e redução de danos de maneira adequada.

Esperamos que a tese aqui levantada possa contribuir no trabalho das unidades de semiliberdade e fornecer aos seus sujeitos recursos para a construção de novas práticas, que possa promover a transição para um modelo de atendimento eficaz e humano para jovens e funcionários da Fundação Casa. Acreditamos que este estudo pode contribuir ainda com a literatura sobre o assunto e ajudar profissionais que atendam adolescentes que fazem uso de SPA a lidarem com essa problemática, reforçando a importância desses profissionais para alcançarmos os objetivos propostos no ECA.



## REFERÊNCIAS

- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. *Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil* - 2008. 2007 [Captado na página <http://www.viverbem.fmb.unesp.br/docs/classificacaobrasil.pdf> Acesso em 15mar. 2011].
- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. Adolescência normal: um enfoque psicanalítico. Tradução de Suzana Maria Garagoray Ballve. 8 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- ALVES, J. A. L. Os Direitos Humanos como Tema Global. São Paulo: Perspectiva, 1994.
- ARIÈS, P. - História social da criança e da família. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: Novas Perspectivas e Desafios In CZERESNIA, D, FREITAS, C.M, org. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências [online] Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, 2009.
- BABOR, T. F. et al. AUDIT - The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. Genebra: World Health Organization/PAHO-92. n. 4. p. 1-29. 1992.
- BATISTA, S.H.S. S. Formadores de professores e aprendizagem: tecendo encontros. Revista@mbienteeducação, volume 1, número 1, Jan/Julho 2008.
- BENELLI, S. J; COSTA-ROSA, A. Paradigmas Diversos no Campo da Assistência Social e seus Estabelecimentos Assistenciais Típicos. *Revista Psicologia USP*, 23(4), 609-660, 2012.
- \_\_\_\_\_. Para uma crítica da razão socioeducativa em entidades assistenciais. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 28(4), 539-563, 2011.
- BERNARDO, J.F. Competência Moral e Perfil de Profissionais que atendem o Adolescente em Conflito com a Lei. Dissertação de Mestrado em Educação. Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista. Marília, SP. 2011.
- BORSARI, B; CAREY, K. B. Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68:728-733. 2000.
- BRASIL, ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº8069 Brasil, 1990.
- \_\_\_\_\_. Decreto 34.785 de 08 de abril de 1992. Institui o Plano de Descentralização do Atendimento Sócio-Educativo ao Adolescentes, autor de infração penal, em regime de internação e dá outras providencias. <<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/12764526/decreto-n-34785-de-08-de-abril-de-1992-de-sao-paulo>> Acesso em agosto de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde, Secretaria executiva, Secretaria de atenção aSaúde,Coordenação Nacional DST/AIDS. A política do ministério da saúde para a atençãoIntegral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Levantamento Nacional Atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei 2010. Secretaria de Direitos Humanos, Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – SINASE, Junho de 2006. [Captado na página <http://www2.abong.org.br/final/download/SINASE.doc>, em jan. 10]

\_\_\_\_\_. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) Lei Nº12.594, de 18 de Janeiro de 2012.

BRASÍLIA, Prevenção do uso de drogas. Capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 5 ed. Brasília: SENAD, 2013

BRICKMAN, P.; RABINOWITZ, V. C.; KARUZA JR, J.; COATES, D.; COHN, E. e KIDDER, L. Models of helping and coping. *American Psychologist*. 37:368-384. 1982.

CALLIGARIS, C. A adolescência. São Paulo: Publifolha, 2000.

CAMPOS, D. M.S. Psicologia da Adolescência: Normalidade e Psicopatologia. Ed. Vozes, ed. 19ª, Petrópolis, 2002.

CARLINI, E. A.; CARLINI-COTRIN, B.; SILVA FILHO, A. R.; BARBOSA. M. T. S. *Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópico em estudantes de 1º e 2º graus, 1989*. São Paulo: CEBRID/Escola Paulista Medicina. 1990.

CARLINI, E.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A. *I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001*. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E. (supervisão) [et. al.] *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005*, São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARLINI-COTRIN, B.; CARLINI, E. A.; SILVA FILHO, A. R.; BARBOSA, M. T. S. O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de primeiro e segundo grau da rede estadual, em dez capitais brasileiras, 1987. Em: *Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil, em 1987*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde (Série C: Estudos e Projetos 5). p.09-84. 1989.

CARLINI-COTRIN, B.; CARLINI, E. A.; SILVA FILHO, A. R.; BARBOSA, M. T. S. *II Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópico por estudantes de 1º e 2º graus*. São Paulo: CEBRID/Escola Paulista de Medicina. 1990.

CARLINI et al, *VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras 2010*. São Paulo: CEBRID- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010.SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010.

CARVAJAL, G. Tornar-se adolescente: a aventura de uma metamorfose: uma visão psicanalítica da adolescência. Tradução Berliner, C. ed. 2. São Paulo: Cortez, 1988.

CARVALHO, A. B. A sala de aula e a relação professor-aluno: Paixão, Ética e Amizade na prática pedagógica. Tese (Livre Docência). Faculdade de Ciências e Letras de Assis da Universidade Estadual Paulista. Assis, SP. 2013.

CRUZ, L.A.N. Uso de álcool e julgamento sócio-moral de estudantes do ensino médio.2006. Dissertação de Mestrado em Educação. Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista. Marília, SP. 2006.

\_\_\_\_\_. As Implicações do Curso de Formação Continuada Sobre Consumo de Álcool: Uma proposta de Intervenção Breve Aplicada por Professores. 2011. Tese de Doutorado em Educação. Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista. Marília, SP. 2011.

DIMEFF, L. A. et al. Alcoolismo entre estudantes universitários: uma abordagem de redução de danos. São Paulo: Editora Unesp. 2002.

DONOVAN, D. M. MARLATT, G. A. *Assessment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press. 1988.

EDUCAÇÃO<<http://educacao.uol.com.br/disciplinas/historia-brasil/ditadura-militar-1964-1985-breve-historia-do-regime-militar.htm>>Acessoem 25/03/2013.

FEIJÓ, M. C. ASSIS, S. G. O Contexto de Exclusão Social e de Vulnerabilidades de Jovens Infratores e de suas Famílias. *Estudos de Psicologia*, 2004, 9 (1), 1571-1567.

FERIGOLO, M; BARBOSA, S. B; ARBO, E; MALYSZ, S. A; STEIN T; TANNHAUSER, H. M. Prevalência do consumo de drogas na FEBEM, Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2004, p 10 - 16.

FONTANA, I.C.R. Crianças e adolescentes nas ruas de São Paulo. Ed. Loyola, São Paulo, 1999.

FORMIGONI, M. L. O. S. (Coord.) *A intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira*. São Paulo: Contexto. 1998.

FORMIGONI, M. L.O.S; LACERDA, A. L; LACERDA, R. B; MICHELI, D; HENRIQUE, I. F. S. Validação da versão Brasileira do Teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Ver AssocMed Brás*, 2004; 50(2): 199-206.

FRANCISCHINI, R. e CAMPOS, H. R. – Adolescentes em conflito com a lei e medidas socioeducativas: Limites e (im)possibilidades. *Psicologia*, vol. 36, nº 3, p. 267-273, set/dez 2005.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. I *Levantamento Domiciliar Nacional sobre Uso de Drogas Psicotrópicas. Parte A: Estudo Envolvendo as 24 Maiores Cidades do Estado de São Paulo - 1999.* São Paulo: CEBRID/Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. 2000.

GALDURÓZ, J.C.F.; ALMEIDA, V.; CARVALHO, V.E.; CARLINI, E.A. III *Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras - 1993.* São Paulo: CEBRID/Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. 1994.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; CARLINI, E.A. IV *Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras.* São Paulo: CEBRID/Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. 1997.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; CARLINI, E. A. V *Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2004.* São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2005.

GALLO, A. E. WILLIAMS, L. C. A. - Adolescentes em Conflito com a Lei: Uma Revisão dos Fatores de Risco para a Conduta Infracional. *Psicologia: Teoria e Prática*. vol.7, nº1. p. 81-95, 2005.

\_\_\_\_\_ A Escola como Fator de Proteção à Conduta Infracional de Adolescentes. *Cadernos de Pesquisa*. vol. 38, nº 133, p. 41-59. Jan./abr, 2008.

HAWKINS, J. D. – *Delinquency and Crime: current theories*. Cambridge University Press/USA, 1996.

ILANUD – Instituto Latino-americano da Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente. MAPEAMENTO NACIONAL DAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS EM MEIO ABERTO - relatório resumido – 2007. [Captado em 20 agosto. 13 em [http://www.ilanud.org.br/midia/doc/relatorio\\_resumido\\_mapeamento\\_mse\\_abr\\_2009.pdf](http://www.ilanud.org.br/midia/doc/relatorio_resumido_mapeamento_mse_abr_2009.pdf)]

JUNQUEIRA, M. R.; JACOBY, M. - O olhar dos adolescentes em conflito com a lei sobre o contexto social. *Revista Virtual Textos & Contextos*, n. 6, Dez., 2006.

KERR-CORRÊA, F.; DALBEN, I.; SIMÃO, M. O.; CERQUEIRA, A. T. A. R. E MENDES, A. A. Levantamento do uso de álcool e drogas por estudantes da UNESP - 1998. Anais do 13º Congresso Brasileiro de Alcoolismo e outras Dependências. p.31. 1999.

KERR-CORRÊA, F.; DALBEN, I.; TRINCA, L. A.; SIMÃO, M. O.; MATTOS, P. F.; RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A. E MENDES, A. A. I Levantamento do uso de álcool e de drogas e das condições gerais de vida dos estudantes da UNESP (1998). Pesquisa Vunesp 14. São Paulo: Fundação Vunesp. 2001.

KERR-CORREA, F.; SIMAO, M. O; DALBEN, I.; MARTINS, R. A.; TRINCA, L. A.; PENTEADO, M. A. C.; SANCHES, A. F.; OLIVEIRA, S. M.; BEIG, M. L.; ORTIGOSA, S. High risk alcohol use in Brazilian college students (UNESP): preliminary data from a preventive study In: 28th Annual Alcohol Epidemiology Symposium, 2002, Paris. Full Papers of the 28th Annual Alcohol Epidemiology Symposium. Paris: KBS. 2002.

LEPRE, R. M. *Raciocínio moral e uso abusivo de álcool por adolescentes*. Tese (Doutorado em Educação)- Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2005.

MARCELLI, D; BRACONNIER, A. *Adolescência e Psicopatologia*; trad. Fátima Murad, 6º edição, Porto Alegre: Artemd, 2007.

MARLATT, G. A. Harm reduction: come as you are. *Addictive Behaviors*. 21(6):779-788. 1996.

MARLATT, G. A; GORDON, J. R. (Eds.). *Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press. 1985.

MARLATT, G. A.; BAER, J. S.; KIVLAHAN, D. R.; DIMEFF, L. A.; LARINER, M. E.; QUIGLEY, L. A.; SOMERS, J. M. & WILLIAMS, E. Harm reduction for alcohol problems: early intervention reduces drinking risks in college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66:604-615. 1998.

MARTINS, R. A. *Uso de álcool, intervenção breve e julgamento sócio-moral em adolescentes que bebem excessivamente*. 2006. Tese (Livre Docência) - Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas. UNESP – São Jose do Rio Preto, 2006.

\_\_\_\_\_, R.A. MANZATO, A. J. CRUZ, L. N. O uso de bebidas alcoólicas entre adolescentes. *Juventude Contemporânea: Perspectivas Nacionais e Internacionais*. Rio de Janeiro: Nau FAPERJ, p. 301- 326, 2005.

MARTINS, M. C. PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (5): 1112-1120, mai, 2008.

MÉNDEZ, E. B. *Uma versão brasileira do AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test*. 1999. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

MICHELI, D; FORMIGONI, M. L. O. S. Screening of drug use in a teenage Brazilian sample using the drug use screening inventory (DUSI). *Addictive Behaviors*, vol 25. No 5, pp 683 – 691, Elsevier Science Ltd. Printed in the USA, 2000.

MILLER, W. R; ROLLNICK, S. Entrevista Motivacional. Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas. 2001.

MILLER, W. R. Motivational interviewing research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors*.21(6):835-842. 1996.

MURPHY, J. G.; DUCHNICK, J. J.; VUCHINICH, R. E.; DAVISON, J. W.; KARG, R. S.; OLSON, A. M., SMITH, A. F. & COFFEY, T. T. Relative efficacy of a brief motivational intervention for college student drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors*. 15:373-379. 2001.

OLIVEIRA, M. S. Eficácia da intervenção motivacional em dependentes de álcool. Tese de Doutorado em Ciências. Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. São Paulo. 2000.

OLIVEIRA, M. C. S. L, Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: umarevisão crítica. *Revista: Psicologia em Estudo*, V.11 N 2, p 427 – 436, Maringá, 2006.

PASSONE, E. F. PEREZ, J. R. R. Políticas Sociais de Atendimento às Crianças e aos Adolescentes no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, v.40, n.140, p. 649-673, maio/ago. 2010.

PAIVA, E. Q. Adolescentes usuárias de substâncias psicoativas. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo – UMESP, São Bernardo do Campo, SP. 2010.

PELEG, A. et al. Outcomes of a Brief Alcohol Abuse Prevention Program for Israeli High School Students. *Journal of Adolescent Health*, 2001; 28:263-269.

PENSARGESTÃO<[www.pensaragestao.org/2010/06/politica-publica-para-crianca-e-o.html](http://www.pensaragestao.org/2010/06/politica-publica-para-crianca-e-o.html)> Acesso em 01/04/2013.

PEREIRA, I. e MESTRINER, M. L. – *Liberdade Assistida e Prestação de Serviço à Comunidade: medidas de inclusão social voltadas a adolescente autores de ato infracional*, São Paulo: IEE/PUC; Febem-SP, 1999.

PEREIRA, S. E. F. N; SUDBRACK, M. F. O. Drogadição e Atos Infracionais na Voz do Adolescente em Conflito com a Lei. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol. 24 n 2, pp. 151-159, 2008.

PERES, J. R. R. PASSONE, E. F. Políticas Sociais de Atendimento às Crianças e aos Adolescentes no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, v.40, n.140, p. 649-673, maio/ago 2010.

- PIAGET, J. A tomada de consciência. São Paulo: Melhoramentos e EDUSP, 1977.
- PILOTTI, F; RIZZINI, I. (Org.). A Arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Riode Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño, 1995. p.99-168.
- PRIULI, R. M. A, MORAES, M. S. Adolescentes em Conflito com a Lei. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (5): 1185-1192, 2007.
- RIZZINI, I. - Crianças e Menores do Pátrio Poder ao Pátrio Dever. *In: PILOTTI F. e RIZZINI, I., A Arte de Governar Crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil.* Ed: Universitária Santa Úrsula, Amais Livraria e Editora, 1995.
- RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente.* Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.
- SEGALIN, A. e TRZCINSKI, C. – Ato Infracional na Adolescência: problematização do acesso ao sistema de justiça. *Textos e Contextos*. nº6, 2006.
- SILVA, E. R. A.; GUERESI, S. - Adolescentes em conflito com a lei: situação do atendimento institucional no Brasil. *Texto para Discussão nº 979*. Brasília, 2003.
- SIMAO, M. O., Kerr-Correa, F., SMAIRA, S. I., TRINCA, L. A., Floripes, T. M.F., DALBEN, I., MARTINS, R. A., OLIVEIRA, J. B., CAVARIANI, M. B., TUCCI, A. M. Prevention of Risky Drinking among Students at a Brazilian University. *Alcohol and Alcoholism (Oxford)*, v.43, p.470 - 476, 2008.
- TEIXEIRA, P. S. Adolescente, uso de álcool, depressão e desenvolvimento cognitivo. Dissertação de Mestrado em Educação. Faculdade de e Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista. Araraquara, SP. 2007.
- TELLES, P. R. BASTOS, F. I. Estratégias da redução de danos (Harm Reduction). In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral do PN DST/AIDS. Drogas, Aids e Sociedade. Brasília: Coordenação Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. p.109-113. 1995.
- UNICEF - <http://www.unicef.org>, CMDCA (Rede metropolitana dos direitos da criança. Baixada Santista, <http://www.destinacaocrianca.org.br> em 23/03/13)
- VOLPI, M. (org). *Sem Liberdades, sem Direitos: a privação da liberdade na percepção do adolescente.* São Paulo: Cortez, 2001
- YOKOMISO, C.T. Violência e descontinuidade psíquica: um estudo sobre a Fundação Casa. Teses de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, SP, 2007.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
 "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
 "Campus" de São José do Rio Preto

## APÊNDICE A

### Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Estamos realizando uma pesquisa na Casa de Semiliberdade de São José do Rio Preto, intitulada "Aplicação de intervenção breve para a redução do uso de álcool e outras drogas entre adolescentes submetidos a medidas socioeducativas" e gostaríamos que participasse da mesma. Os objetivos desta são checar as relações estabelecidas dos jovens com as drogas e preparar os profissionais envolvidos com essa parcela da população para aplicar uma metodologia que visa à moderação do uso dessas drogas. Participar desta pesquisa é uma opção e no caso de não aceitar participar ou desistir em qualquer fase da pesquisa fica assegurado que não haverá perda de qualquer benefício no cumprimento de sua medida.

Caso aceite participar deste projeto de pesquisa gostaríamos que soubessem que:

- A) Haverá divulgações dos resultados da pesquisa para fins científicos, como a publicação de artigos em revistas.
- B) Haverá garantia de atendimento para o jovem avaliado que apresentar alterações.

Eu, \_\_\_\_\_ portador do RG \_\_\_\_\_  
 responsável pelo(a) \_\_\_\_\_

autorizo a participar da pesquisa intitulada "Aplicação de intervenção breve para a redução do uso de álcool e outras drogas entre adolescentes submetidos a medidas socioeducativas" a ser realizada na Casa de Semiliberdade de São José do Rio Preto. Declaro ter recebido as devidas explicações sobre a referida pesquisa e concordo que minha desistência poderá ocorrer em qualquer momento sem que ocorram quaisquer prejuízos físicos, mentais ou no acompanhamento deste serviço. Declaro ainda estar ciente de que a participação é voluntária e que fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos e procedimentos desta pesquisa.

Autorizo,

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (Nome do responsável)

Certos de poder contar com sua autorização, colocamo-nos à disposição para esclarecimentos, através do (s) telefone (s) (17) 91926089 falar com Patrícia Santos Teixeira. Prof. Dr. Raul Aragão Martins – Orientador responsável pela pesquisa (departamento de Educação da Unesp de São José do Rio Preto) e a Profa. Ms. Patrícia Santos Teixeira discente do curso de doutorado da Unesp Marília.





## APÊNDICE B

### Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Estamos realizando uma pesquisa na Casa de Semiliberdade de São José do Rio Preto, intitulada "Aplicação de intervenção breve para a redução do uso de álcool e outras drogas entre adolescentes submetidos a medidas socioeducativas" e gostaríamos que participasse da mesma. Os objetivos desta são checar as relações estabelecidas dos jovens com as drogas e preparar os profissionais envolvidos com essa parcela da população para aplicar uma metodologia que visa à moderação do uso dessas drogas. Participar desta pesquisa é uma opção e no caso de não aceitar participar ou desistir em qualquer fase da pesquisa fica assegurado que não haverá perda de qualquer benefício no cumprimento de sua medida.

Caso aceite participar deste projeto de pesquisa gostaríamos que soubessem que:

- C) Haverá divulgações dos resultados da pesquisa para fins científicos, como a publicação de artigos em revistas.
- D) Haverá garantia de atendimento para o jovem avaliado que apresentar alterações.

Eu, \_\_\_\_\_ portador do RG \_\_\_\_\_  
aceito participar da pesquisa intitulada "Aplicação de intervenção breve para a redução do uso de álcool e outras drogas entre adolescentes submetidos a medidas socioeducativas" a ser realizada na Casa de Semiliberdade de São José do Rio Preto. Declaro ter recebido as devidas explicações sobre a referida pesquisa e concordo que minha desistência poderá ocorrer em qualquer momento sem que ocorram quaisquer prejuízos físicos, mentais ou no acompanhamento deste serviço. Declaro ainda estar ciente de que a participação é voluntária e que fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos e procedimentos desta pesquisa.

Assinatura,

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nome do responsável)

Certos de poder contar com sua autorização, colocamo-nos à disposição para esclarecimentos, através do (s) telefone (s) (17) 91926089 falar com Patrícia Santos Teixeira. Prof. Dr. Raul Aragão Martins – Orientador responsável pela pesquisa (departamento de Educação da Unesp de São José do Rio Preto) e a Profa. Ms. Patrícia Santos Teixeira discente do curso de doutorado da Unesp Marília.

## APÊNDICE C

### QUESTIONÁRIO DE LEVANTAMENTO DE DADOS

Nome:				N° do questionário:					
Telefone:		Ano / Série:		Idade:		Sexo:			
<b>1. Na sua casa vocês possuem (assinale com um X na quantidade correspondente)</b>					T E M (Quantidade)				
					Não tem	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1.1	Televisão em cores								
1.2	Videocassete/DVD								
1.3	Rádios								
1.4	Banheiros								
1.5	Automóveis								
1.6	Empregadas mensalistas								
1.7	Máquinas de lavar								
1.8	Geladeira								
1.9	Freezer (independente ou 2ª porta geladeira)								
<b>2. Assinale o grau de instrução do chefe da família</b>									
Analfabeto ou até 3º ano do ensino fundamental					Ensino médio completo ou superior incompleto				
Do 4º ao 7º ano do ensino fundamental					Superior completo				
Ensino fundamental completo									
<b>3. Cite a sua religião:</b>									

**Nas questões de número 4 até 13 cada dose equivale à:**

- 1 coquetel (batida)                      1 garrafa de ICE                      1 dose de pinga ou whisky à 40% (36 ml)  
 1 lata de cerveja (355 ml)              1 taça de vinho (150 ml)

**Assinale com um X a opção escolhida.**

**4. Com que frequência você toma bebidas de álcool?**

- 0** – Nunca                                      **3** – Duas a três vezes por semana  
**1** – Uma vez por mês ou menos              **4** – Quatro ou mais vezes por semana  
**2** – Duas a quatro vezes por mês

**5. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma tomar?**

- 0** – 1 a 2 doses                              **3** – 7 a 9 doses  
**1** – 3 ou 4 doses                              **4** – 10 ou mais doses  
**2** – 5 ou 6 doses

**6. Com que frequência você toma "seis ou mais doses" em uma ocasião?**

- 0** – Nunca                                      **3** – Uma vez por semana  
**1** – Menos que uma vez ao mês              **4** – Todos os dias ou quase todos  
**2** – Uma vez ao mês

**7. Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?**

- 0** – Nunca                                      **3** – Uma vez por semana  
**1** – Menos que uma vez ao mês              **4** – Todos os dias ou quase todos  
**2** – Uma vez ao mês

**8. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?**

- 0** – Nunca                                      **3** – Uma vez por semana  
**1** – Menos que uma vez ao mês              **4** – Todos os dias ou quase todos  
**2** – Uma vez ao mês

**9. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?**

- 0** – Nunca                                      **3** – Uma vez por semana  
**1** – Menos que uma vez ao mês              **4** – Todos os dias ou quase todos  
**2** – Uma vez ao mês

**10. Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?**

- 0** – Nunca                                      **3** – Uma vez por semana  
**1** – Menos que uma vez ao mês              **4** – Todos os dias ou quase todos  
**2** – Uma vez ao mês

**11. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?**

- 0** – Nunca                                      **3** – Uma vez por semana  
**1** – Menos que uma vez ao mês              **4** – Todos os dias ou quase todos  
**2** – Uma vez ao mês

**12. Alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de você ter bebido ?**

- 0** – Não    **4** – Sim, durante o último ano  
**2** – Sim, mas não no último ano

**13. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?**

0 – Não  
2 – Sim, mas não no último ano

4 – Sim, durante o último ano

Atividade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

### ASSIST – OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

#### POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)  
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouth, caninha, rum tequila, gin)  
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)  
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)  
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, modermine, MDMA)  
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)  
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)  
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto)  
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)  
j. outras – especificar:

### QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou éxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MESESALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou éxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) e não conseguiu?	NÃO NUNCA	SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

- FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...)?	NÃO NUNCA	SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)		
NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

## PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Estimulantes tipo anfetamina		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos / sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Nome:	
Endereço:	Cep:
Telefone:	E-mail:

## DUSI- R (Drug Use Screening Inventory)

### Adaptação e validação feita para o Brasil por De Micheli & Formigoni, 2000.

Todos os dados colhidos através deste questionário são confidenciais e fazem parte de um projeto de pesquisa cujo objetivo é conhecer o real uso de drogas de uma amostra de jovens brasileiros e sua relação com problemas de saúde, psicológicos e sociais.

SUA RESPOSTA É MUITO IMPORTANTE. RESPONDA HONESTAMENTE E TENHA A CERTEZA QUE SUAS RESPOSTAS SERÃO MANTIDAS EM SEGREDO. NENHUMA PESSOA TERÁ ACESSO ÀS SUAS RESPOSTAS SEM O SEU CONSENTIMENTO.

**Parte I – Quantas vezes você usou cada uma das drogas listadas abaixo no ÚLTIMO MÊS? PREENCHA os círculos, conforme a droga e as vezes que usou:**

	Não usei	Usei de 1 a 2 vezes	Usei de 3 a 9 vezes	Usei de 10 a 20 vezes	Usei mais de 20 vezes	TENHO PROBLEMAS PELO USO DESTA DROGA	ESTA MINHA DROGA PREDILETA	É
Alcool	o	o	o	o	o	o	o	
Anfetaminas/ estimulantes (SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA)	o	o	o	o	o	o	o	
Êxtase	o	o	o	o	o	o	o	
Cocaína / crack	o	o	o	o	o	o	o	
Maconha	o	o	o	o	o	o	o	
Alucinógenos (LSD, Mescalina, etc.)	o	o	o	o	o	o	o	
Tranqüilizantes (diazepam, barbitúricos, etc.) (SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA)	o	o	o	o	o	o	o	
Analgésicos (SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA)	o	o	o	o	o	o	o	
Opiáceos ( morfina, heroína, etc.)	o	o	o	o	o	o	o	
Fenilciclídina (pó-de-anjo)	o	o	o	o	o	o	o	
Anabolizantes	o	o	o	o	o	o	o	
Inalantes, solventes (cola, lança perfume, etc)	o	o	o	o	o	o	o	
Tabaco	o	o	o	o	o	o	o	
Outras	o	o	o	o	o	o	o	

**Parte II -** Por favor, responda **todas** as questões seguintes. Se alguma questão não se aplicar exatamente, responda considerando o que ocorre com maior frequência (Sim ou Não). Responda as questões considerando o que ocorreu com você **NOS ÚLTIMOS 12 MESES**. Caso alguma questão não se aplique à você, responda "Não". Preencha **completamente** o círculo ao lado da resposta escolhida, com cuidado para não ultrapassar as bordas.

#### ÁREA I

1. Alguma vez você sentiu "fissura" ou um forte desejo por álcool ou outras drogas?  
SIM  NÃO
2. Alguma vez você precisou usar mais e mais álcool ou drogas para conseguir o efeito desejado?  
SIM  NÃO
3. Alguma vez você sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou drogas?  
SIM  NÃO
4. Alguma vez você sentiu que estava dependente ou muito envolvido pelo álcool ou pelas drogas?

- SIM**       **NÃO**
5. Alguma vez você deixou de realizar alguma atividade por ter gasto muito dinheiro com drogas ou álcool?  
**SIM**       **NÃO**
6. Alguma vez você quebrou regras ou desobedeceu leis por estar "alto" sob o efeito de álcool ou drogas?  
**SIM**       **NÃO**
7. Você muda rapidamente de muito feliz para muito triste ou de muito triste para muito feliz, por causa das drogas?  
**SIM**       **NÃO**
8. Você sofreu algum acidente de carro depois de usar álcool ou drogas?  
**SIM**       **NÃO**
9. Alguma vez você se machucou acidentalmente ou machucou alguém depois de usar álcool ou drogas?  
**SIM**       **NÃO**
10. Alguma vez você teve uma discussão séria ou briga com um amigo ou membro da família por causa de do seu uso de álcool ou drogas?  
**SIM**       **NÃO**
11. Alguma vez você teve problemas de relacionamento com algum de seus amigos devido ao uso de álcool ou drogas?  
**SIM**       **NÃO**
12. Alguma vez você teve sintomas de abstinência após o uso de álcool (por exemplo: tremores, náuseas, vômitos ou dor de cabeça)?  
**SIM**       **NÃO**
13. Alguma vez você teve problemas para lembrar o que fez enquanto estava sob efeito de drogas ou álcool?  
**SIM**       **NÃO**
14. Você gosta de "brincadeiras" que envolvem bebidas "quando vai a festas? (Por exemplo: "vira-vira"; apostas para ver quem bebe mais rápido ou em maior quantidade; etc.)  
**SIM**       **NÃO**
15. Você tem problemas para resistir ao uso de álcool ou drogas?  
**SIM**       **NÃO**
16. Alguma vez você já disse uma mentira?

**SIM**       **NÃO**   
**ÁREA II**

1. Você briga muito?  
**SIM**       **NÃO**
2. Você se acha melhor que os outros?  
**SIM**       **NÃO**
3. Você provoca ou faz coisas prejudiciais aos animais?  
**SIM**       **NÃO**
4. Você grita muito?  
**SIM**       **NÃO**
5. Você é teimoso?  
**SIM**       **NÃO**
6. Você é desconfiado em relação a outras pessoas?  
**SIM**       **NÃO**
7. Você xinga ou fala muitos palavrões?  
**SIM**       **NÃO**
8. Você provoca muito as pessoas?  
**SIM**       **NÃO**
9. Você tem um temperamento difícil?  
**SIM**       **NÃO**
10. Você é muito tímido?  
**SIM**       **NÃO**
11. Você ameaça ferir as pessoas?  
**SIM**       **NÃO**
12. Você fala mais alto que os outros jovens?  
**SIM**       **NÃO**
13. Você se chateia (ou se aborrece) facilmente?  
**SIM**       **NÃO**
14. Você faz muitas coisas sem antes pensar nas conseqüências?  
**SIM**       **NÃO**
15. Você se arrisca ou faz coisas perigosas muitas vezes?  
**SIM**       **NÃO**
16. Se você puder você tira vantagem das pessoas?  
**SIM**       **NÃO**
17. Geralmente você se sente irritado ou bravo?  
**SIM**       **NÃO**
18. Você gasta a maior parte do seu tempo livre, sozinho?  
**SIM**       **NÃO**
19. Você costuma se isolar dos outros?  
**SIM**       **NÃO**
20. Você é muito sensível a críticas?  
**SIM**       **NÃO**
21. Sua maneira de comer é melhor no restaurante do que em casa?  
**SIM**       **NÃO**

### ÁREA III

1. Você se submeteu a algum exame físico ou esteve sob cuidados médicos nos últimos 12 meses?  
**SIM**       **NÃO**
2. Você teve algum acidente ou ferimento que ainda o incomode?  
**SIM**       **NÃO**
3. Você tem problemas com o seu sono (dorme demais ou muito pouco)?

- SIM**  **NÃO**
4. Recentemente, você perdeu ou ganhou mais de 4 kg?  
**SIM**  **NÃO**
5. Você tem menos energia do que acha que deveria ter?  
**SIM**  **NÃO**
6. Você tem problemas de respiração ou de tosse?  
**SIM**  **NÃO**
7. Você tem alguma preocupação sobre sexo ou com seus órgãos sexuais?  
**SIM**  **NÃO**
8. Alguma vez você teve relações sexuais com alguém que se injetava com drogas?  
**SIM**  **NÃO**
9. Você teve dores abdominais ou náuseas no ano passado?  
**SIM**  **NÃO**
10. Alguma vez a parte branca de seus olhos ficou amarela?  
**SIM**  **NÃO**
11. Você às vezes sente vontade de xingar?  
**SIM**  **NÃO**

#### ÁREA IV

1. Alguma vez você danificou a propriedade de alguém intencionalmente?  
**SIM**  **NÃO**
2. Você roubou coisas em mais de uma ocasião?  
**SIM**  **NÃO**
3. Você se envolveu em mais brigas do que a maioria dos jovens?  
**SIM**  **NÃO**
4. Você costuma fazer movimentos irrequietos com as mãos?  
**SIM**  **NÃO**
5. Você é agitado e não consegue sentar quieto?  
**SIM**  **NÃO**
6. Você fica frustrado facilmente?  
**SIM**  **NÃO**
7. Você tem problemas em se concentrar?  
**SIM**  **NÃO**
8. Você se sente triste muitas vezes?  
**SIM**  **NÃO**
9. Você rói unhas?  
**SIM**  **NÃO**
10. Você tem problemas durante o sono (pesadelos, sonambulismo, etc)?  
**SIM**  **NÃO**
11. Você é nervoso?  
**SIM**  **NÃO**
12. Você se sente facilmente amedrontado?  
**SIM**  **NÃO**
13. Você se preocupa demais?  
**SIM**  **NÃO**
14. Você tem dificuldade em deixar de pensar em determinadas coisas?  
**SIM**  **NÃO**
15. As pessoas olham com estranheza para você?  
**SIM**  **NÃO**
16. Você escuta coisas que ninguém mais do seu lado escuta?  
**SIM**  **NÃO**
17. Você tem poderes especiais que ninguém mais tem?  
**SIM**  **NÃO**
18. Você sente medo de estar entre as pessoas?  
**SIM**  **NÃO**
19. Frequentemente você sente vontade de chorar?  
**SIM**  **NÃO**
20. Você tem tanta energia que você não sabe o que fazer com você mesmo?  
**SIM**  **NÃO**
21. Alguma vez você se sentiu tentado a roubar alguma coisa?  
**SIM**  **NÃO**

#### ÁREA V

1. Você acha que os jovens de sua idade não gostam de você?  
**SIM**  **NÃO**
2. Em geral, você se sente infeliz com o seu desempenho em atividades com seus amigos?  
**SIM**  **NÃO**
3. É difícil fazer amizades num grupo novo?  
**SIM**  **NÃO**
4. As pessoas tiram vantagens de você?  
**SIM**  **NÃO**
5. Você tem medo de lutar pelos seus direitos?  
**SIM**  **NÃO**
6. É difícil para você pedir ajuda aos outros?  
**SIM**  **NÃO**
7. Você é facilmente influenciado por outros jovens?  
**SIM**  **NÃO**



8. Você prefere ter atividades com jovens bem mais velhos que você?

**SIM**  **NÃO**

9. Você se preocupa em como suas ações vão afetar os outros?

**SIM**  **NÃO**

10. Você tem dificuldades em defender suas opiniões?

**SIM**  **NÃO**

11. Você tem dificuldade em dizer "não" para as pessoas?

**SIM**  **NÃO**

12. Você se sente desconfortável (sem jeito) se alguém o elogia?

**SIM**  **NÃO**

13. As pessoas o enxergam como uma pessoa não amigável?

**SIM**  **NÃO**

14. Você evita olhar nos olhos quando está conversando com as pessoas?

**SIM**  **NÃO**

15. O seu humor as vezes muda?

**SIM**  **NÃO**

#### ÁREA VI

1. Algum membro de sua família (mãe, pai, irmão ou irmã) usou maconha ou cocaína no último ano?

**SIM**  **NÃO**

2. Algum membro de sua família usou álcool a ponto de causar problemas em casa, no trabalho ou com amigos?

**SIM**  **NÃO**

3. Algum membro de sua família foi preso no último ano?

**SIM**  **NÃO**

4. Você tem tido discussões freqüentes com seus pais ou responsáveis que envolvam gritos e berros?

**SIM**  **NÃO**

5. Sua família dificilmente faz coisas juntas?

**SIM**  **NÃO**

6. Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você gosta e o que não gosta?

**SIM**  **NÃO**

7. Na sua casa faltam regras claras sobre o que você pode e não pode fazer?

**SIM**  **NÃO**

8. Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você realmente pensa ou sente sobre as coisas que são importantes para você?

**SIM**  **NÃO**

9. Seus pais ou responsáveis brigam muito entre si?

**SIM**  **NÃO**

10. Seus pais ou responsáveis freqüentemente desconhecem onde você está ou o que você está fazendo?

**NÃO**  **SIM**

11. Seus pais ou responsáveis estão fora de casa a maior parte do tempo?

**SIM**  **NÃO**

12. Você sente que seus pais ou responsáveis não se importam ou não cuidam de você?

**SIM**  **NÃO**

13. Você se sente infeliz em relação ao local no qual você vive?

**SIM**  **NÃO**

14. Você se sente em perigo em casa?

**SIM**  **NÃO**

15. Você as vezes fica bravo?

**SIM**  **NÃO**

#### ÁREA VII

1. Você gosta da escola?

**SIM**  **NÃO**

2. Você tem problemas para se concentrar na escola ou quando está estudando?

**SIM**  **NÃO**

3. Suas notas são abaixo da média?

**SIM**  **NÃO**

4. Você "cabula" aulas mais do que dois dias por mês?

**SIM**  **NÃO**

5. Você falta muito à escola?

**SIM**  **NÃO**

6. Alguma vez você pensou seriamente em abandonar a escola?

**SIM**  **NÃO**

7. Freqüentemente, você deixa de fazer os deveres escolares?

**SIM**  **NÃO**

8. Frequentemente, você se sente sonolento nas aulas?  
**SIM**  **NÃO**
9. Frequentemente, você chega atrasado para a aula?  
**SIM**  **NÃO**
10. Neste ano, seus amigos da escola são diferentes daqueles do ano passado?  
**SIM**  **NÃO**
11. Você se irrita facilmente ou se chateia quando está na escola?  
**SIM**  **NÃO**
12. Você fica entediado na escola?  
**SIM**  **NÃO**
13. Suas notas na escola estão piores do que costumavam ser?  
**SIM**  **NÃO**
14. Você se sente em perigo na escola?  
**SIM**  **NÃO**
15. Você já repetiu de ano alguma vez?  
**SIM**  **NÃO**
16. Você se sente indesejado nos clubes escolares (centro acadêmico, atlética, etc.) ou nas atividades extra-curriculares?  
**SIM**  **NÃO**
17. Alguma vez você faltou ou chegou atrasado na escola em consequência do uso de álcool ou drogas?  
**SIM**  **NÃO**
18. Alguma vez você teve problemas na escola por causa do álcool ou das drogas?  
**SIM**  **NÃO**
19. Alguma vez você o álcool ou as drogas interferiram nas suas lições de casa ou trabalhos escolares? **SIM**   
**NÃO**
20. Alguma vez você foi suspenso?  
**SIM**  **NÃO**
21. **Você as vezes adia coisas que você precisa fazer?**  
**SIM**  **NÃO**

#### ÁREA VIII

1. Alguma vez você teve um trabalho remunerado do qual foi despedido?  
**SIM**  **NÃO**
2. Alguma vez você parou de trabalhar simplesmente porque não se importava?  
**SIM**  **NÃO**
3. Você precisa de ajuda dos outros para procurar emprego?  
**SIM**  **NÃO**
4. Frequentemente, você falta ou chega atrasado no trabalho?  
**SIM**  **NÃO**
5. Você acha difícil concluir tarefas no seu trabalho?  
**SIM**  **NÃO**
6. Alguma vez, você ganhou dinheiro realizando atividades ilegais?  
**SIM**  **NÃO**
7. Alguma vez você consumiu álcool ou drogas durante o trabalho?  
**SIM**  **NÃO**
8. Alguma vez você foi demitido de um emprego por causa de drogas?  
**SIM**  **NÃO**
9. Você tem problemas de relacionamento com seus chefes?  
**SIM**  **NÃO**
10. Você trabalha principalmente porque isto permite ter dinheiro para comprar drogas?  
**SIM**  **NÃO**
11. Você fica mais feliz quando você ganha do que quando você perde um jogo?  
**SIM**  **NÃO**

#### ÁREA IX

1. Algum de seus amigos usa álcool ou drogas regularmente?  
**SIM**  **NÃO**
2. Algum de seus amigos vende ou dá drogas a outros jovens?  
**SIM**  **NÃO**
3. Algum de seus amigos "cola" nas provas?  
**SIM**  **NÃO**
4. Você acha que seus pais ou responsáveis não gostam de seus amigos?  
**SIM**  **NÃO**
5. Algum dos seus amigos teve problemas com a lei nos últimos 12 meses?  
**SIM**  **NÃO**
6. A maioria dos seus amigos é mais velho do que você?  
**SIM**  **NÃO**
7. Seus amigos costumam faltar muito na escola?  
**SIM**  **NÃO**
8. Seus amigos ficam entediados nas festas quando não é servido álcool?  
**SIM**  **NÃO**
9. Seus amigos levaram drogas ou álcool nas festas nos últimos 12 meses?  
**SIM**  **NÃO**

10. Seus amigos roubaram alguma coisa de uma loja ou danificaram a propriedade escolar de propósito nos últimos 12 meses?  
**SIM**       **NÃO**
11. Você pertence a alguma "gang"?  
**SIM**       **NÃO**
12. Atualmente, você se sente incomodado por problemas que esteja tendo com seus amigos?  
**SIM**       **NÃO**
13. Você sente que não tem nenhum amigo para quem possa fazer confidências?  
**SIM**       **NÃO**
14. Se comparado com a maioria dos jovens, você tem poucos amigos?  
**SIM**       **NÃO**
15. Alguma vez você foi convencido a fazer alguma coisa que você não queria fazer?  
**SIM**       **NÃO**

#### ÁREA X

1. Comparado com a maioria dos jovens, você faz menos esportes?  
**SIM**       **NÃO**
2. Durante a semana, você normalmente sai à noite para se divertir, sem permissão?  
**SIM**       **NÃO**
3. Num dia comum, você assiste mais do que duas horas de televisão?  
**SIM**       **NÃO**
4. Na maioria das festas que você tem ido recentemente, os pais estão ausentes?  
**SIM**       **NÃO**
5. Você exercita-se menos do que a maioria dos jovens que você conhece?  
**SIM**       **NÃO**
6. Nas suas horas livres você simplesmente passa a maior parte do tempo com os amigos?  
**SIM**       **NÃO**
7. Você se sente entediado a maior parte do tempo?  
**SIM**       **NÃO**
8. Você realiza a maior parte das atividades de lazer sozinho?  
**SIM**       **NÃO**
9. Você usa álcool ou drogas para se divertir?  
**SIM**       **NÃO**
10. Comparado a maioria dos jovens você se envolve menos em "hobbies" ou outras atividades de lazer?  
**SIM**       **NÃO**
11. Você está insatisfeito com a maneira como passa seu tempo livre?  
**SIM**       **NÃO**
12. Você se cansa muito rapidamente quando faz algum esforço físico?  
**SIM**       **NÃO**
13. Você alguma vez comprou alguma coisa que você não precisava?  
**SIM**       **NÃO**

#### Cálculos:

##### O DUSI possibilita o cálculo de 3 índices-

(Lembre-se que respostas afirmativas equivalem a presença de problemas. Portanto quanto mais respostas positivas tivermos, mais problemas.)

♦ **Densidade Absoluta de problemas (DA)** – é um indicador da gravidade de problemas em cada uma das áreas isoladamente. É calculada da seguinte forma:

$$DA = \frac{\text{n}^\circ \text{ de respostas afirmativas na área}}{\text{n}^\circ \text{ de questões da área}} \times 100 \text{ (para obter uma \%)}$$

**Por exemplo:** cálculo da **DA\_A1** (A1 é a área de Uso de Subst.)

(Supondo que nesta área eu tenha 9 questões respondidas afirmativamente), então:

$$DA = \frac{9}{15} \times 100 = 60\%$$

♦ **Densidade Relativa de problemas (NDR)** – reflete a contribuição de cada uma das áreas para o total de problemas do indivíduo. Seu cálculo é:

$$NDR = \frac{\text{valor da DA da área}}{\sum DA \text{ de todas as áreas}} \times 100 \text{ (para obter uma \%)}$$

Neste caso não é possível dar um exemplo, pois o cálculo exige a somatória das densidades absolutas de todas as áreas (ou pelo menos daquelas que eu estou avaliando).

♦ **Densidade Global de problemas** - é um indicador da gravidade geral de problemas. Seu cálculo é:

$$DG = \frac{\text{soma das respostas afirmativas em todas as áreas}}{149 \text{ (total de questões do instrumento)}} \times 100$$

Nesta versão revisada do DUSI, existe a **ESCALA DE MENTIRA(EM)**. Esta escala refere-se a última questão de cada área do DUSI. Seu cálculo é:

**EM** = Soma das respostas **NEGATIVAS** da última questão de cada área.

**OBS** - Como são 10 áreas no total, uma pontuação de 5 ou mais (respostas negativas) é um alerta para possíveis resultados inválidos.

**Lembre-se:** estes 10 itens (EM) não entram para os cálculos das Densidades (absoluta, relativa e global).

**PONTOS DE CORTE**

Para que você saiba quem tem ou não problemas com o uso de álcool e/ou drogas, nós estabelecemos os seguintes pontos de corte para a área Uso de Substância (A1):

- **0 a 13 %** na **DA** (equivalente a até 2 respostas afirmativas) – sem uso ou uso sem problemas.
- **20%** na **DA** (equivalente a 3 ou mais respostas afirmativas) – uso de risco.
- **53% ou mais na DA** (equivalente a 8 ou mais respostas afirmativas) – uso pesado de álcool e/ou drogas.

**PERFIL BREVE DO BEBEDOR (Modificado)**

Se o respondente bebe, no mínimo, uma vez por semana (opção 3 a 6), complete a Tabela de constância do padrão, e então complete o resumo dos dados Q/F (quantidade e freqüência). Para cada período de tempo, coloque o tipo de bebida, a quantidade consumida e o tempo aproximado que ficou bebendo.

**PESO:**

Período	Segunda			Terça			Quarta			Quinta			Sexta			Sábado			Domingo			
	Dose	Bebida	Tempo	Dose	Bebida	Tempo	Dose	Bebida	Tempo	Dose	Bebida	Tempo	Dose	Bebida	Tempo	Dose	Bebida	Tempo	Dose	Bebida	Tempo	
<b>Manhã</b>																						
<b>Tarde</b>																						
<b>Noite</b>																						
T. doses																						
T. CPE																						

Dose: colocar o número de doses bebidas

Bebida: especificar o tipo de bebida (ex.: cerveja = cer; uísque = uis; batida = bat; coquetel = coq)

Tempo: especificar o tempo consumido para beber a(s) dose(s)

**PADRÃO ESPORÁDICO DE USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES**

Descrição breve do episódio		Tipo de bebida consumida	
		Duração do episódio em horas	
Quantidade de doses consumidas		Quantidade de CPE	
Pico de NAS		Número de vezes do episódio	

TOTAL DE CPE NA SEMANA: \_\_\_\_\_

TOTAL DE DIAS QUE BEBEU: \_\_\_\_\_

TOTAL DE DOSES BEBIDAS NA SEMANA: \_\_\_\_\_