



**UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ**

FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

EMANUEL MOURA GOMES

**O FENÔMENO DAS DROGAS NO CONTEXTO DE ADOLESCENTES
ESCOLARES DA REDE PÚBLICA**

**FORTALEZA
2015**

EMANUEL MOURA GOMES

**O FENÔMENO DAS DROGAS NO CONTEXTO DE ADOLESCENTES
ESCOLARES DA REDE PÚBLICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: José Gomes Bezerra Filho

FORTALEZA
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

G613f Gomes, Emanuel Moura.
O fenômeno das drogas no contexto de adolescentes escolares da rede pública / Emanuel Moura
Gomes. – 2015.
203 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2015.
Orientação: Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho.

1. Epidemiologia social. 2. Drogas. 3. Violência. 4. Adolescência. I. Título.

CDD 610

EMANUEL MOURA GOMES

O FENÔMENO DAS DROGAS NO CONTEXTO DE ADOLESCENTES
ESCOLARES DA REDE PÚBLICA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: José Gomes Bezerra Filho

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Regina Fátima Gonçalves Feitosa
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dra. Juliana Guimarães e Silva
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

A Deus e minha mãe e irmã, que me fazem sentir acolhido sempre e principalmente nessa caminhada finalizada do mestrado, fruto de uma história germinada mesmo antes do processo seletivo.

Aos adolescentes e educadores das escolas públicas de Fortaleza que estão no cotidiano construindo um enfrentamento às situações de dificuldades estruturais e sociais do nosso país.

In memoriam à Marinila Munguba que, mesmo não tendo a felicidade de conhecer pessoalmente, incentivou-me por meio da idealização de um projeto desta natureza o qual transmitia desde sua concepção um sentimento de compromisso e responsabilidade pela transformação de histórias de vida de adolescentes e famílias que podem enfrentar situações de violência e uso de drogas.

AGRADECIMENTOS

Considero esta pesquisa um conjunto de esforços que transforma esse espaço de agradecimentos como um momento de relevância incomensurável. Além da lembrança de dedicação desta obra, a quem também devo sinceros agradecimentos, tenho algumas pessoas a quem devo a possibilidade de término dessa caminhada.

Primeiramente, agradeço a CAPES pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

Quanto ao cotidiano do trabalho no mestrado, gostaria de iniciar pela amiga que demonstrou sempre uma grande crença em meu potencial e que me incentivou certamente a pensar sobre meu objeto e sobre as dificuldades que fizeram parte da minha experiência no mestrado: Débora, um carinho e admiração que seguirá pela vida.

Pela amizade e carinho que nos tornou quase irmãos, que me incentivou, que se traduziu em atitudes que nunca poderei medir e que, sem seu incentivo, não teria chegado ao fim desse ciclo do mestrado: gratidão e amor, Kátia Costa Savioli.

Uma amizade que também é um carinho por estar sempre disponível para discutir ideias de todos os tipos, de diferentes níveis de sanidade/insanidade; além de acreditar em meu potencial e ajudar na organização de pensamentos: muito amor a você, André Feitosa.

Ao meu orientador que não haveria possibilidade de representar tudo que fez por mim. Certamente, um dos que mais acreditou no meu trabalho e que me acolheu de uma forma que não pensei que seria possível no espaço de uma pós-graduação, sempre com muita paciência e assertividade em suas palavras: toda minha gratidão a você, prof. José Gomes Bezerra Filho.

As pessoas que passaram pela minha banca e que contribuíram de forma fundamental para melhoria deste estudo, prof. Paulo Quinderé e profa. Regina Feitosa. Neste momento, gostaria de um agradecimento especial a profa. Juliana Guimarães que esteve presente e viu todo o desenvolvimento deste trabalho, também uma pessoa que fica para mim como uma amizade que surgiu.

Aos professores e coordenação da Pós-Graduação que contribuíram com minha formação durante as disciplinas e na resolução de todas as dificuldades que por ventura surgiram no decorrer do mestrado.

“(…) a simples convocação do ‘social’ ou do ‘meio’ como variável independente em estudos sobre a vulnerabilidade [individual] não seria capaz de substituir uma perspectiva epidemiológica propriamente sociológica que, por si só, revela os processos políticos e sociais que também estão na base dos consumos [de drogas]. Sem dúvida nenhuma, os usos de substâncias psicoativas ainda merecem uma sociologia.” (Bergeron, 2012)

RESUMO

A modernidade traz avanços significativos no campo da saúde que se evidenciam em indicadores como o aumento da expectativa de vida e maior escopo de tecnologias para o enfrentamento das doenças transmissíveis. Por outro lado, é cada vez mais evidente a destinação de algumas questões do social para intervenção da área da saúde, sendo uma delas o uso de drogas. Quando associado ao adolescente, tal fenômeno assume uma perspectiva singular em complexidade por fatores, como: o lugar que a adolescência assume na sociedade de produção; os impactos para o poder público na oferta de serviços relacionados a seguridade social para atendimento das necessidades que possam surgir decorrentes do uso de drogas por essa população; e pelas afetações psicossociais para a família. Baseado nisso é que se pretende colaborar por meio desse estudo com a análise de fatores relacionados ao padrão de uso de drogas por adolescentes de escolas públicas do município de Fortaleza-Ceará e possíveis associações com a violência sofrida ou perpetrada pelos adolescentes. Quanto ao método, tratou-se de um estudo exploratório-descritivo, cuja amostra foi composta por 360 pré-adolescentes (10 a 14 anos) e adolescentes (10 a 19 anos), de ambos os sexos, matriculados nas escolas municipais e estaduais de Fortaleza. Foi utilizado formulário para realização das entrevistas e os dados foram tratados por meio do software STATA 13. A análise se deu através de estatística descritiva e inferencial. Os testes de Qui-Quadrado e Exato de Fisher serviram para identificar possíveis associações entre co-variáveis e desfechos. Considerou-se estatisticamente significantes os resultados que apresentam valor $p < 0,05$ e IC=95%. Esse estudo atende a resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará- CEP/ UFC, nº 141/10. Os adolescentes entrevistados eram em maior frequência pardos (62,5%), evangélicos (38,6%), residindo em casa própria (67,5%), cursando o ensino médio (41,1%) e de famílias nucleares (38,6%). Quanto a relação com drogas, 34,4% já experimentaram, sendo que a primeira experiência costuma ocorrer entre 10 e 14 anos. Daqueles que fizeram uso de drogas no mês, 63,6% usou 1 ou 2 vezes. A principal droga de experimentação, uso no ano e uso no mês é o álcool. O uso de drogas demonstrou associação com a religião para experimentação ($p=0,001$), uso no ano ($p < 0,001$) e uso no mês ($p < 0,001$). Estar no ensino médio demonstrou prevalências 3,24 vezes maior para experimentação, 4,62 vezes maior para uso no ano e 5,19 vezes maior para uso no mês. Famílias monoparentais demonstram prevalência 1,83 vezes maior para experimentação de drogas pelo adolescente e o uso de drogas por familiares elevam a prevalência para experimentação (RP:2,23), uso no ano (RP:3,01) e uso no mês (RP:3,94). A existência de locais de uso ou tráfico resultou em prevalência mais elevada para experimentação (RP:1,52). “Ter relação sexual consensual até 14 anos” aumentou a prevalência para uso no ano (RP:2,45) e uso no mês (4,69) de drogas pelo adolescente, prevalências que também são aumentadas quando o adolescente praticou atos em conflito com a Lei. Conclui-se que a multifatorialidade do fenômeno do uso de drogas pelo adolescente exige tanto a integração de esforços dos serviços ligados a diversas políticas públicas como também investimentos para uma qualificação infraestrutural de outras políticas além das priorizadas no Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack.

Palavras Chave: Epidemiologia social. Drogas. Violência. Adolescência.

RÉSUMÉ

Modernity apporte des avancées significatives en matière de santé qui sont évidents dans des indicateurs tels que l'augmentation de l'estimation de la vie et une plus grande portée de technologies pour le traitement des maladies transmissibles. D'autre part, l'attribution de certaines questions sociales à l'intervention de soins de santé est de plus en plus évident, l'une étant l'utilisation de médicaments. Lorsqu'elle est associée à l'adolescence, un tel phénomène prend une perspective unique sur la complexité des facteurs tels que le lieu de cette population assume la société de production; les impacts sur la fourniture de services publics liés à des questions de sécurité sociale pour les soins résultant de l'utilisation des médicaments; et la famille des minauderies psychosociaux. Sur la base de cela est que si vous voulez travailler dans cette étude à l'analyse des facteurs liés à la structure de la consommation de drogues par les adolescents des écoles publiques dans la ville de Fortaleza, Ceará et les associations possibles avec la violence subie ou perpétrée par des adolescents. Quant à la méthode, ce fut une étude exploratoire-descriptive, l'échantillon était composé de 360 pré-adolescents (10 à 14 ans) et les adolescents (10-19 ans), des deux sexes, inscrits dans les écoles municipales et de l'état forteresse. Il a été utilisé pour former les entrevues et les données ont été traitées en utilisant le logiciel STATA 13. L'analyse a été effectuée à l'aide de statistiques descriptives et déductives. Le test du chi-carré et exact de Fisher ont servi à identifier les associations possibles entre les covariables et les résultats. Il a été considéré comme des résultats statistiquement significatifs qui ont une valeur $p < 0,05$ et IC à 95%. Cette étude répond à la résolution 466/12 du Conseil national de la santé et a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université fédérale de Ceará- CEP / UFC en 141/10. Les adolescents interrogés étaient à la hausse des bruns de fréquence (62,5%), évangélique (38,6%), demeurant à la maison (67,5%), à l'école secondaire (41,1%) et nucléaires familles (38,6%). Quant à la relation avec les médicaments, 34,4% ont connu, et la première expérience se produit habituellement entre 10 et 14 ans. Ceux qui ont utilisé des médicaments au cours du mois, 63,6% utilisé 1 ou 2 fois. La principale expérimentation de drogues, utiliser l'année et d'utiliser le mois est l'alcool. La consommation de drogues a démontré une association avec la religion pour le procès ($p = 0,001$), utilisez l'année ($p < 0,001$) et d'utiliser le mois ($p < 0,001$). Être à l'école secondaire a montré 3,24 fois plus forte prévalence pour l'expérimentation, 4,62 fois plus élevé pour une utilisation dans l'année et 5,19 fois plus élevé pour une utilisation dans le mois. Les parents seuls démontrent la prévalence de 1,83 fois plus élevé pour l'expérimentation de drogues par les adolescents et l'usage de drogues par les membres de la famille augmentent la prévalence de l'expérimentation (RP: 2,23), utilisez l'année (RP: 3,01) et utiliser le mois (RP: 3,94). L'existence de l'utilisation du local ou le trafic a entraîné une prévalence plus élevée de l'expérimentation (RP: 1,52). Avoir des rapports sexuels consensuels jusqu'à 14 ans ont augmenté la prévalence pour une utilisation dans l'année (RP: 2,45) et d'utiliser le mois (4,69) des médicaments par les adolescents, les taux de prévalence sont également augmenté lorsque l'adolescent a pratiqué des actes en conflit avec la loi. Il est conclu que multifactorielle des phénomènes de consommation de drogues par les adolescents exige deux efforts d'intégration des services aux diverses politiques publiques ainsi que des investissements liés pour l'infrastructure de qualification d'autres politiques au-delà de la priorité dans le plan Crack combat national.

Mots-clés: épidémiologie sociale. Médicaments. Violence. Adolescence.

ABSTRACT

Modernity brings significant advances in the field of health that are evidenced in indicators such as the increase in life estimates and the greater scope of technologies for coping with communicable diseases. On the other hand, it is increasingly evident the allocation of some social issues to health intervention, one of them being the use of drugs. When associated with adolescence, this phenomenon assumes a singular perspective in complexity by factors, such as the place that this population assumes in the society of production; the impacts on the provision of public services related to social security to attend to problems arising from drug use; And by the psychosocial affections for the family. Based on this, we intended to collaborate through this study with the analysis of factors related to the pattern of drug use by adolescents of public schools in the city of Fortaleza-Ceará and possible associations with violence suffered or perpetrated by adolescents. As for the method, it was an exploratory-descriptive study, whose sample was composed of 360 pre-adolescents (10 to 14 years) and adolescents (10 to 19 years) of both sexes, enrolled in municipal and state schools of fortress. We used a form to conduct the interviews and we process the data through STATA 13 software. We done the analysis through descriptive and inferential statistics. Chi-square and Fisher's exact tests served to identify possible associations between covariables and outcomes. Statistically significant were the results that presented p value <0.05 and CI = 95%. This study complies with Resolution 466/12, of the National Health Council, and approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará - CEP / UFC, nº 141/10. The adolescents interviewed were more often pardos (62.5%), evangelical (38.6%), living in their own home (67.5%), attending high school (41.1%) and nursing homes (38, 6%). As for the relationship with drugs, 34.4% have tried it, and the first experience usually occurs between 10 and 14 years. Of those who took drugs in the month, 63.6% used 1 or 2 times. The main drug of experimentation, use in the year and use in the month is alcohol. Drug use showed association with religion for experimentation ($p = 0.001$), use in the year ($p <0.001$) and use in the month ($p <0.001$). Being in high school demonstrated prevalences 3.24 times higher for experimentation, 4.62 times higher for use in the year and 5.19 times higher for use in the month. Single-parent families demonstrate a 1.83-fold higher prevalence for drug experimentation by the adolescent and family drug use raise the prevalence for experimentation (RP: 2.23), use in the year (RP: 3.01) and use in the month (RP: 3.94). The existence of places of use or trafficking resulted in a higher prevalence for experimentation (RP: 1.52). Consensual sexual intercourse up to 14 years increased the prevalence for use in the year (PR: 2.45) and use in the month (4.69) of drugs by adolescents. This prevalence also increased when the teenager practiced acts in conflict with the Law. The conclusion is that the multifactoriality of the phenomenon of drug use by adolescents requires both the integration of efforts of services linked to various public policies as well as investments for an infrastructural qualification of policies other than those prioritized in the National Plan to Confront Crack.

Key words: Social epidemiology. Drugs. Violence. Adolescence.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - Sistemas ecológicos familiares e Mapa mínimo de rede	30
Figura 2 - Mapa das seis Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza-Ceará (SER).....	79
Quadro 1 - Principais assuntos das Convenções da ONU.	60
Quadro 2 - Cinco estágios do ciclo político e sua relação com a resolução aplicada de problemas	73
Quadro 3 - Número e frequência relativa dos tipos de ocupação com fins de ganho financeiro (N=108) de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	91
Quadro 4 – Número e frequência relativa das atividades realizadas no tempo livre por uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	92
Quadro 5 - Número e frequência relativa das pessoas que residem com o adolescente de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	102
Quadro 6 - Número e frequência relativa da chefia da família de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).....	103
Quadro 7 - Número e frequência relativa dos tipos de locais públicos para lazer/práticas esportivas/expressões culturais existentes no território (N=269) de amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).....	113

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Censo do IBGE para 2010 em Fortaleza, no Ceará e no Brasil voltado para a população de 10 a 14 e 15 a 19 anos de idade, e seus respectivos percentuais com relação a população geral.	79
Tabela 2 - Número e proporção de variáveis sociodemográficas de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	86
Tabela 3 - Número e proporção das variáveis relacionadas à saúde autorreferida de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	87
Tabela 4 - Número e proporção das variáveis relacionadas à educação de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	89
Tabela 5 - Número e proporção das variáveis relacionadas à vida produtiva de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	90
Tabela 6 - Número e proporção das variáveis relacionadas ao uso de drogas pelos adolescentes de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	94
Tabela 7 - Número e proporção de variáveis socioeconômicas da família de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	101
Tabela 8- Número e proporção de variáveis sociodemográfica da família de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	103
Tabela 9 - Número e proporção de variáveis relacionadas a informações sobre o pai de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	105
Tabela 10 - Número e proporção de variáveis relacionadas a informações sobre a mãe de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	106
Tabela 11 - Número e proporção de variáveis relacionadas ao uso de drogas por familiares de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	108
Tabela 12 - Número e proporção de variáveis sociodemográficas de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	110
Tabela 13 - Número e proporção de variáveis socioculturais relacionados ao uso de drogas por familiares de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	113

Tabela 14 - Número e proporção de variáveis relacionadas à violência sofrida por adolescentes de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	115
Tabela 15 - Número e proporção de variáveis relacionadas à violência perpetrada por adolescentes de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	119
Tabela 16 - Associação da experimentação, uso no ano e uso no mês de drogas por adolescentes com suas variáveis sociodemográficas e de saúde de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).....	124
Tabela 17 - Associação da experimentação, uso no ano e uso no mês de drogas por adolescentes com variáveis sociodemográficas e de comportamento de uso de drogas dos familiares de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	128
Tabela 18 - Associação da experimentação, uso no ano e uso no mês de drogas por adolescentes com variáveis relacionadas a educação de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).....	132
Tabela 19 - Associação da experimentação, uso no ano e uso no mês de drogas por adolescentes com variáveis relacionadas a atividades produtivas e de lazer em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).....	135
Tabela 20 - Associação da experimentação, uso no ano e uso no mês de drogas por adolescentes com variáveis relacionadas ao território em que residem uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).....	138
Tabela 21 - Associação da experimentação, uso no ano e uso no mês de drogas por adolescentes com variáveis relacionadas a violência sofrida e perpetrada por uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).....	140

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Distribuição das frequências relativas dos problemas de saúde autorreferidos (N=152) de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360)..... 88
- Gráfico 2 - Distribuição das frequências do uso de drogas por tipo de substância utilizada em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360)..... 96
- Gráfico 3 - Distribuição das frequências relativas do uso de drogas por tipo de substância utilizada e experimentação (N= 124), uso no ano (N= 85) e uso no mês (N= 33) em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360). 97
- Gráfico 4 - Distribuição das frequências relativas ao local de uso entre adolescentes que referiram fazer uso de drogas (N= 85) em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360)..... 98
- Gráfico 5 - Distribuição das frequências relativas pessoas da família que costumam acompanhar o adolescente que faz uso de drogas em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360). 99
- Gráfico 6 - Distribuição das frequências relativas ao adolescente presenciar cenas de violência em casa em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360)..... 107
- Gráfico 7 - Distribuição das frequências relativas pessoas da família que o adolescente refere usar drogas em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360)..... 108
- Gráfico 8 - Distribuição das frequências relativas aos tipos de drogas utilizadas por familiares de adolescentes em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360)..... 109
- Gráfico 9 - Distribuição das frequências relativas aos tipos de serviços procurados por adolescentes em caso de adoecimento por amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360) 112
- Gráfico 10 - Distribuição das frequências relativas sobre o reconhecimento de serviços de saúde que abordem a adolescência em sua rotina de trabalho por amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360). 112
- Gráfico 11 - Distribuição das frequências relativas sobre violência psicológica sofrida (N=220) por adolescentes em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360)..... 117

Gráfico 12 - Distribuição das frequências relativas sobre violência física sofrida (N=130) por adolescentes em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	117
Gráfico 13 - Distribuição das frequências relativas sobre violência física sofrida (N=38) por adolescentes em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	118
Gráfico 14 - Distribuição das frequências relativas sobre violência psicológica perpetrada (N=180) por adolescentes em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	120
Gráfico 15 - Distribuição das frequências relativas sobre violência física perpetrada (N=137) por adolescentes em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	121
Gráfico 16 - Distribuição das frequências relativas sobre violência sexual perpetrada (N=7) por adolescentes em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).	122

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACNUDH	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CT	Comunidade Terapêutica
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECOSOC	Conselho Econômico e Social da ONU
GAO	<i>General Accounting Office</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INBC	<i>International Narcotics Control Board</i>
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
JIFE	Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes
LSD	Ácido Lisérgico Dietilamida
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OI	Organização Internacional
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PNH	Política Nacional de Humanização
PSE	Programa Saúde na Escola
SAMU	Serviço Móvel de Urgência e Emergência

SEDUC	Secretaria da Educação do Ceará
SER	Secretaria Executiva Regional
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SPSS	<i>PASW Statistics</i>
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNAIDS	<i>Joint United Nations Program on HIV/AIDS</i>
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
UNU	Universidade das Nações Unidas
UPAS	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. OBJETIVOS	32
2.1. Objetivo Geral	32
2.2. Objetivos Específicos	32
3. REVISÃO DE LITERATURA	33
3.1. O modelo ecológico do desenvolvimento humano como um olhar para o fenômeno das drogas	33
3.2. A construção do conceito de adolescência: reflexões socioantropológicas	41
3.3. Uma conjuntura sobre o fenômeno das drogas: convergência de cultura, clínica e política voltada à adolescência	50
4. MATERIAL E MÉTODO	78
4.1. Tipo e local do estudo	78
4.2. População do estudo	80
4.3. Coleta dos dados	81
4.4. Análise dos dados	82
4.5. Aspectos éticos	82
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	84
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	141
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	174
REFERÊNCIAS	178
APÊNDICES	190
APÊNDICE 1	191
APÊNDICE 2	198
APÊNDICE 3	199
APÊNDICE 4	200
ANEXOS	202
ANEXO 1	203

1. INTRODUÇÃO

O fenômeno das drogas não constitui um tema estritamente contemporâneo, mas assume um lugar de destaque na atualidade quando se pensa nas suas singularidades e atravessamentos em relação a aspectos como a globalização, geopolítica, economia global, e novos modos de relação instituídos a partir dos avanços das tecnologias de informação e comunicação.

Considero importante situar que o campo semântico da palavra já aponta para uma etimologia controversa. Saad (2010, p. 60) cita o historiador Henrique Carneiro e sua inferência de que essa expressão se trata de “um derivado do termo holandês ‘*droog*’, usado para produtos secos e substâncias naturais utilizadas, principalmente, na alimentação e na ‘medicina’”. Tal concepção evidencia que o objeto droga, por si, é algo que só assume um sentido a partir do tipo de uso que a racionalidade humana lhe impõe.

No contexto da controvérsia etimológica da palavra, Carneiro (1993) e a Revista Veja (online) apresentam que, mesmo considerando-se que haja certo consenso parcial sobre a ideia da derivação holandesa, discute-se ainda sobre a possibilidade de a mesma ter origem bretã, grega, irlandesa ou francesa. Outra dissonância seria a de que a referência holandesa traria, na verdade, uma relação específica com “carregamentos de peixe seco que chegavam à Europa, muitas vezes em mal estado, aplicando-se [o termo *droog*] por extensão às mercadorias e substâncias químicas de gosto diferentes e proveniência estrangeira (CARNEIRO, 1993, p. 56)”. Esta visão carrega metaforicamente dois aspectos comuns na discussão sobre drogas: primeiramente, uma simbologia negativa para o termo e; segundo, uma imagem referência complexa que vitima aquele que acessa e mantém oculto o que fornece.

A reportagem da revista Veja (online) lembra que “o uso de substâncias psicoativas acompanha a humanidade há milênios, mas foi apenas no final do século XIX que algumas delas receberam a denominação droga e seu uso passou a ser condenado”.

Desse modo, associando a construção de entendimentos a respeito de tal fenômeno e sua atualidade, é significativo recorrer ao ano de 2005, quando foi lançado o artigo intitulado “Demônios nos ‘paraísos artificiais’”. Este trazia uma discussão alusiva às políticas de comunicação da saúde relacionadas ao consumo de drogas e concluía sobre a crescente visibilidade deste tema nos meios de comunicação como televisão, jornais e internet (MARINHO, 2005).

Passados sete anos da publicação do referido artigo, agora em 2012, vê-se estourar uma centralidade midiática em relação ao que se denominou como “Cracolândia”¹, fato que proclamou o crack como uma espécie de “problema do milênio” e intensificou o debate sobre o uso de drogas.

Romanini e Roso (2014, p. 02) refletem sobre a midiaticização do crack, lembrando que:

Muito tem se falado sobre as drogas e, mais especificamente, sobre o crack nos meios de comunicação, mas o que parece não ser evidenciado nos meios de comunicação de massa é que o uso de drogas é uma prática antiga e universal. As drogas podem ser fonte de interesse, atração, medo, entre outros sentimentos e significados culturais atribuídos pelas sociedades. Assim, dependendo do momento histórico, da cultura predominante de cada época, o uso de drogas pode ser encarado de diversas maneiras, sendo visto, ora como um problema ou doença, ora como uma solução, ou mesmo cura.

A dimensão da problemática construída pelos meios de difusão de informação no que diz respeito ao uso de drogas evoca minimamente dois aspectos pertinentes para esse momento. O primeiro seria o descompasso entre as questões sociais e o desenvolvimento de políticas e programas no âmbito governamental, assim como a dificuldade relacionada ao planejamento de gestão que tem sido uma questão de longa data para a administração pública brasileira. Isso torna fundamental a realização de pesquisas que colaborem com um maior conhecimento sobre esse assunto.

O segundo é que experimentamos um momento de veiculação de discursos das mídias televisivas e escritas que fortemente associam e cristalizam uma relação perversa entre o comportamento do uso de drogas e a violência.

Tais aspectos introdutórios remetem o tema deste estudo como um ato histórico-social e cuja abordagem envolve aspectos multidimensionais, como: sociológico, antropológico, saúde, assistência social, direito, segurança pública, entre outros. Nesse sentido, ocorrem esforços multiprofissionais para sua compreensão e sua abordagem teórico-prática.

¹ Evidências dessa mídia podem ser observadas nas versões online dos jornais da época. Exemplos podem ser acessados nos seguintes sites: <http://cartamaior.com.br/?/Editoria/Cidades/Cracolandia-Ensaio-sobre-a-barbarie%0a/38/15091>; <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2012/01/regiao-da-cracolandia-tem-atividades-e-servicos-de-cidadania-em-sp.html>; e <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaio/23900-um-mes-na-cracolandia.shtml>.

A transversalidade do tema com diversas áreas torna inevitável a constituição de uma ampla variedade de termos resultantes dos esforços epistemológicos que levam ao consequente número de classificações² no sentido de estruturar uma forma de abordagem pragmática desta questão.

Essa série de termos, que podem ser acessados a partir de pesquisa sobre os aspectos conceituais do fenômeno das drogas, remete a discussões epistêmicas importantes sobre a questão. Bergeron (2012) traz um viés interessante sobre a sociologia da droga e considera que a epistemologia que toma por base este tema guarda peculiaridades a partir da área em que se pretende investigar. Assim, o termo substâncias psicoativas remete a saúde e, conseqüentemente, a questão da toxicomania; o termo droga remete a uma discussão sociológica e antropológica, com olhar sobre as diversas identidades que o usuário de drogas pode assumir – como qualquer indivíduo – e os vieses estigmatizantes que tal uso encena em cada cultura.

Considerando-se que o foco deste trabalho amplia a problematização do tema para além da saúde (mesmo que não consiga atingir uma sociologia da droga), aqui opto pela utilização do termo – uso de drogas – exatamente para possibilitar discutir a imagem desse fenômeno, a partir dos fatores de risco para o uso, em sua amplitude: individual, familiar, comunitária e sua relação com a temática violência.

Uma vez realizada tal perspectiva introdutória do objeto deste estudo, vale posicionar que alcanço este tema exatamente partindo do campo prático, uma vez que tive experiência de oito anos entre as funções de enfermeiro em Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas, assim como de gestão na saúde mental. Nesses lugares, fui levado a pensar sobre o fenômeno do uso de drogas e o desafio dos usuários no tocante a imagem de relação entre esses casos e a criminalidade e/ou atos violentos.

Quando ingressei no mestrado em saúde pública, o elemento que se somou à minha experiência foi o vínculo ao meu orientador e, assim sendo, ao Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Acidentes e Violências Ação pela Paz. Nesse contexto, o meu olhar sobre o fenômeno do uso de drogas acaba por se aproximar do foco deste coletivo a partir do viés da violência.

² Brasil (2014) traz alguns exemplos de diferentes classificações, a saber: droga, substância psicoativa, uso, uso nocivo ou abuso, dependência, droga lícita, droga ilícita, drogas estimulantes, drogas depressoras, drogas psicodislépticas ou alucinógenas, tráfico, etc.

Além de tudo, o grupo estava desenvolvendo um projeto financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), tendo como objetivo estudar o comportamento epidemiológico da violência em Fortaleza, com enfoque na infância e adolescência. Tal projeto se dividia em dois momentos: o primeiro, que já havia sido concluído, investigou essa população no contexto de situação de rua; o segundo, que se encontrava em discussão e se tornou referencial do recorte dessa dissertação, trazia como proposta inicial uma base comparativa para distintos contextos de vulnerabilidade sobre a violência da referida população com o conjunto de crianças e adolescentes que se encontram frequentando a escola.

O objeto do estudo que tenho como suporte, portanto, direciona-se a perceber o complexo problema que se conserva na sociedade e é comprovado em estudos que ressaltam a violência cada dia mais presente no cotidiano de nossas cidades, com o envolvimento elevado dos adolescentes, sejam como vítimas ou algozes desses acontecimentos (DESLANDES et al., 2007; WAISELFISZ, 2008; GREGÓRIO e AMPARO, 2013). Nessa lógica, o projeto voltado para a violência entre adolescentes escolares tinha o intuito de responder as seguintes indagações: Qual é a prevalência da violência que envolve os adolescentes das escolas públicas de Fortaleza? Quais são os potenciais fatores de risco em relação à violência sofrida e perpetrada pelos adolescentes?

O desafio em colaborar com o desenvolvimento desse trabalho e as reflexões iniciais sobre a questão do uso de drogas, que constitui o ponto central do meu interesse de estudo, fez com que pensasse sobre outros elementos que envolvem os temas para lapidar o objeto da minha dissertação.

À vista disso, o primeiro passo para reflexão do meu objeto vem das peculiaridades que atravessam este assunto e que também se retroalimentam: a ilicitude³, a exclusão⁴ e o estigma⁵. Nesse sentido, foi estabelecido consenso de que estudos sobre essa

³ A ilicitude que representa a maioria das substâncias psicoativas/“drogas” é o resultado de um modelo de abordagem proibicionista. De acordo com Fiore (2012), esse paradigma de guerra mundial contra as drogas fez um século no ano 2011 e sua concepção surge nas resoluções provenientes da Primeira Conferência Internacional do Ópio – 1912 –, mesmo que estas tenham sido praticamente abandonadas entre as duas grandes guerras. Tal ideia é resgatada na Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961, sendo defendida, patrocinada e sediada pelos EUA, já sob a coordenação da ONU. Na ocasião, implantou-se globalmente o paradigma proibicionista no seu formato atual e os países signatários da Convenção se comprometeram à luta contra o “flagelo das drogas” e, para tanto, a punir quem as produzisse, vendesse ou consumisse.

⁴ Foucault (2009) trata intensamente da questão da exclusão na sua obra História da Loucura. Abordando a questão dos espaços de reclusão e afecções que proporcionavam desconforto social, seu pensamento se adapta profundamente a questão das drogas, uma vez que o autor alerta que mesmo após o desaparecimento da primeira

temática podem e devem contribuir efetivamente com este assunto para além da comoção social explorada em muitos espaços da mídia, inclusive favorecendo a qualificação da discussão sobre essa questão.

Exemplo da polarização dos discursos estigmatizantes pode ser percebido na apresentação de Tavares, Scheffer e Almeida (2012), em seu artigo “Drogas, violência e aspectos emocionais em apenados”, os quais por um lado trazem autores como Madruga et al. (2010); Serrat (2001), Laranjeira, Duailibi, & Pinsky (2005); Moraes (2001); Tavares (2008); Carlini, Galduróz, Noto, & Nappo (2002); Carvalho et al. (2006); Laranjeira & Romano (2004) – que relatam uma ligação entre violência e uso abusivo ou dependência de drogas, da relação da droga como fator de risco para comportamento violento (destacando-se homicídio, violência doméstica e acidentes de trânsito) e a afetação dessa relação em diversos campos da sociedade – quando, por outro, Sanceverino & Abreu (2004) referem existir uma dificuldade inegável da identificação de uma relação como única casuística entre drogas e violências uma vez que é muito maior o número de pessoas que usam substâncias psicoativas em comparação com àqueles que cometem assassinatos.

O fenômeno dos usos de drogas e as temáticas que a tornam um tema delicado, demonstram que sua abordagem indiscutivelmente possui uma característica de historicidade próprio dos objetos que transitam no campo das ciências sociais. Assim, tomando como base o pensamento de Minayo (2010) e suas considerações quanto à ciência não poder ser reduzida a uma só forma de conhecer, trago um dos recortes necessários para a conformação do objeto deste estudo: sua situação no âmbito da saúde.

A escolha desse lugar e recorte se dá principalmente por três razões: o primeiro, refere-se ao fato desta pesquisa estar sendo desenvolvida no espaço do mestrado em saúde

doença abordada nesta obra – a lepra – as estruturas permanecerão e os jogos de exclusão acabam retornando, ao qual remete a populações específicas e vulneráveis como “pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’” e, num sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão. Desse modo, a exclusão poderia ser entendida na sua referência em relação à loucura (atualmente situada na mesma área que aborda o uso de substâncias psicoativas), sendo um “movimento de sua supressão: aquilo que, por si mesmo, consegue formular-se em seu aniquilamento ora organizado. E o que vamos encontrar agora é o desdobramento, também este teórico e prático, da verdade da loucura a partir de um ser que é um não-ser, dado que ela não se apresenta em seus signos mais manifestos senão como erro, fantasma, ilusão, linguagem inútil e privada de conteúdo: trata-se agora da constituição da loucura como natureza a partir dessa não natureza que é o seu ser (FOUCAULT, 2009, p. 174)”.

⁵ Conforme GOFFMAN (2013, p. 117), “(...) o estigma envolve não tanto um conjunto de indivíduos concretos que podem ser divididos em duas pilhas, a de estigmatizados e a de normais (...), quanto um processo social de dois papéis no qual cada indivíduo participa de ambos, pelo menos em algumas conexões e em algumas fases da vida. O normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro”.

pública; o segundo, pela compreensão do tempo institucional demandado pelo espaço em que me localizo como pesquisador; e o terceiro, em virtude de minha experiência de trabalho durante oito anos com essa demanda, em serviços de saúde mental.

A delimitação dessa pesquisa, certamente não restringe sua discussão em termos clínico-assistenciais, uma vez que a base do estudo se reporta ao âmbito da epidemiologia social⁶. Não obstante, acrescenta-se a essa discussão uma outra compreensão da palavra “droga”. Entendida como toda e qualquer substância que provoca alterações em funções orgânicas, as drogas as quais nos referimos possui a especificidade de tropismo por funções psíquicas, tanto que a denominação mais utilizada e mais coerente para a clínica da saúde seria substâncias psicoativas. É fundamental situar que tal assunto para a saúde também possui como ponto central os usos realizados de tais substâncias.

O uso de drogas tem para a saúde uma importância no âmbito dos serviços quando se fala em uso, abuso e dependência (toxicomania); em virtude das consequências negativas biopsicossociais que o indivíduo pode enfrentar.

Além disso, o trabalho da saúde no âmbito preventivo tem seu cerne no desenvolvimento de tecnologias leves⁷, tais como ações educativas, grupos e vigilância do território adscrito. Para tanto, entender os aspectos que se apresentam como possíveis riscos para o uso de drogas pode ampliar as possibilidades de planejamento terapêutico. Soma-se a isso, portanto, a relevância de colaborar em parcerias intersetoriais cujo trabalho tenham interface com a saúde das populações/comunidades.

Outro aspecto importante para a saúde é a dimensão quantitativa desse fenômeno no mundo, fato que é acompanhado pela *United Nations Office on Drugs and Crime*

⁶ Hossne (1998) refere que enquanto se discute o conceito da epidemiologia, percebe-se que semanticamente a mesma vem sendo adjetivada quando se fala em “epidemiologia social, moderna, molecular, crítica, ao lado de epidemiologia clássica ou tradicional, clínica, e reducionista”, fato que, na verdade, representa uma busca de inter-relação entre a epidemiologia e os fenômenos culturais, científicos, sociais e filosóficos (vale dizer, éticos). Desse modo, essa epidemiologia social “se distingue pela insistência em investigar explicitamente os determinantes sociais do processo saúde-doença”, sendo diferenciada de outras abordagens epidemiológicas não pela consideração de aspectos sociais, visto que de algum modo todas reconhecem a “importância desses aspectos, mas a explicação do processo saúde-doença. Trata-se, portanto, de uma distinção no plano teórico” (BARATA, 2005, p. 8).

⁷ Tecnologia leve consiste num termo apresentado por Merhy e Feuerwerker quando discutem o modo de estruturação do cuidado contemporâneo e sua interface com o paradigma tecnológico. Destarte, as tecnologias leves estariam relacionadas com “a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança; é a que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico (...)” (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p. 34)”

(UNODC), o qual além da saúde, tem como base as áreas da justiça e segurança pública. Esse escritório guarda a função de implementar medidas que reflitam as três convenções internacionais de controle de drogas e as convenções contra o crime organizado transnacional e contra a corrupção.

Dentre as produções desse órgão, destaca-se o Relatório Mundial sobre Drogas, que traz um panorama dessas substâncias no mundo (uso, tráfico e relação com HIV) e que, por demonstrar a magnitude do tema, também colabora com a justificativa de relevância em se estudar tal tema. De acordo com *United Nations Office on Drug and Crime* (2013), alguns das principais conclusões sobre drogas ilícitas para esse ano são que:

1. Embora a prevalência de pessoas com dependência de drogas e transtornos por seu uso manteve-se globalmente estável, há muitas regiões onde o tratamento desse tipo de dependência é baseada em evidências e os cuidados ainda não estão disponíveis ou acessíveis;
2. Em 2011, estima-se que entre 167 e 315 milhões de pessoas com idade entre 15-64 anos usaram uma substância ilícita no ano anterior. Isto corresponde entre 3,6 e 6,9 por cento da população adulta.
3. A prevalência de uso de drogas ilícitas e o número de consumidores problemáticos de droga - aqueles com transtornos por uso de drogas ou dependência - mantiveram-se estáveis, todavia o uso de drogas tradicionais, como a heroína e a cocaína, parece estar em declínio em algumas partes do mundo;
4. O abuso de medicamentos de prescrição e de novas substâncias psicoativas está crescendo;
5. O mercado de cocaína parece estar se expandindo na América do Sul e nas economias emergentes da Ásia, assim observa-se que o consumo de cocaína tem aumentado significativamente no Brasil, Costa Rica e, em menor medida, Peru, enquanto nenhuma mudança em seu uso foi relatada na Argentina;
6. A prevalência anual do uso de cocaína na América do Sul (1,3 por cento da população adulta) é comparável aos níveis na América do Norte, enquanto permanece muito maior do que a média global na América Central (0,6 por cento) e no Caribe (0,7 por cento).
7. A cannabis continua a ser a substância ilícita mais utilizada, sendo que o uso de cannabis na América do Sul é maior (5,7 por cento) do que a média global, mas menor na América Central e do Caribe (2,6 e 2,8 por cento, respectivamente).
8. A prevalência de pessoas que injetam drogas e também vivem com HIV em 2011 foi menor do que o estimado anteriormente, sendo a estimativa ajustada para cerca de 12

milhões de pessoas entre as idades de 15 e 64 anos que usem drogas injetáveis, enquanto que 864 mil pessoas que injetam drogas também vivem com HIV; e

9. O uso de estimulantes do tipo anfetamínico (ATS, na sigla em inglês), excluindo o ecstasy, continua a ser generalizada a nível mundial e parece estar aumentando na maioria das regiões. Em 2011, cerca de 0,7% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos (33,8 milhões de pessoas) tinham usado ATS no ano anterior;

O cenário pandêmico que demonstra uma existência de uma geopolítica das drogas torna importante estudos sobre a temática. Todavia, a dimensão do tema – uso de drogas – é ainda preocupante pelo volume disponível dessas substâncias, pelo número de pessoas que tem obtido acesso as mesmas e, talvez principalmente, pela falta de compreensão da forma como esse acesso se dá num mundo cujo modelo de redução de oferta provoca muitas vezes a limitação do acesso a espaços de cuidado e de diálogo com as pessoas sobre este assunto.

Considerando os impactos que as drogas provocam no sistema de saúde, o Relatório Brasileiro sobre Drogas produzido em 2009 já nos apontava que a análise do número de internações por uso de drogas no país demonstrou uma flutuação com queda entre os anos de 2003 e 2006 e posterior aumento no ano de 2007 (BRASIL, 2009).

O estudo de Brasil (2009) mostra ainda que ocorreu uma evolução positiva do número de óbitos relacionados ao uso de drogas por 100.000 habitantes no período de 2001 a 2007, cuja causa básica foi envenenamento (intoxicação) ou transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas; assim como o número de afastamentos do trabalho em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes, em igual período, teve uma queda inicial entre os anos de 2001 e 2002, mantendo-se estável até o ano de 2006 e daí até o fim de 2007 apresentou novo e expressivo aumento.

Observando dados atuais de 2013 sobre os benefícios auxílios-doença previdenciários cujo diagnóstico principal era o grupo de transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas, estes representam 2,15% do total de benefícios por qualquer outra causa e 22,59% daqueles cujos diagnósticos estão relacionados a transtornos mentais em geral⁸.

Todavia, mesmo que nos apontem a relevância de estudos acerca dessa temática, é importante lembrar que além de não serem informações atuais para o momento do trabalho

⁸ Dados secundários disponibilizados pelo site <http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/>.

que realizamos, os dados apresentados no relatório também não trazem uma análise de elementos como o uso de conceitos como “envenenamento” e a não diferenciação com situações como os suicídios consumados, sendo necessária parcimônia para seu referenciamento.

Bastos; Reis (2014, p. 119) corroboram com essa observação sobre o relatório quando citam a informação trazida na publicação de que “1,2% de todas as internações que tem lugar no SUS está diretamente associado ao consumo de drogas” não representa o impacto real para o sistema de saúde, subestimando-o, uma vez que não contabiliza outros tipos de atendimentos como emergências, consultas médicas decorrentes de problemas causados pelo uso, ou ainda atendimentos realizados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-ad).

Percebendo a amplitude e complexidade de se trabalhar com a temática, surge a necessidade do segundo recorte do objeto de estudo, que o localiza na fase da adolescência, isso porque a idade consiste num fator de vulnerabilidade associadas a populações específicas que precisam ser pensadas em relação ao uso de substâncias psicoativas.

O recorte etário adotado neste estudo apresenta divergências na definição das categorias das etapas do ciclo de vida focando a infância e a adolescência. O Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) define como criança, aqueles de 0 a 12 anos incompletos e como adolescente, os de 12 a 18 anos de idade. O termo infância associa as populações de criança e adolescentes, por estarem vinculados a fortes indicadores físicos e fisiológicos (WAISELFISZ, 2010). Por sua vez, Assis; Deslandes e Santos (2005, p. 80) referem que:

A delimitação dessa fase da vida não é efetivamente mensurável pela quantidade de anos. Todavia, tentativas de categorização são realizadas, a exemplo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) (1990) e Ministério da Saúde (1989) que a delimitam entre os 10 e os 19 anos e a juventude dos 15 aos 24 anos.

Assim sendo, julgou-se adequado trabalhar com a faixa etária de 10 a 14 e de 15 até os 19 anos de idade, conforme proposto pela OPS e OMS – utilizando agregações quinquenais – em virtude de ser o modo de divulgação das estatísticas internacionais. (WAISELFISZ, 2010).

Fase com características peculiares de desenvolvimento, marcada pela passagem da infância para a vida adulta, a adolescência é caracterizada por intensas transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, além de competências cognitivas e

socioculturais, onde ocorrem experiências que definem escolhas e possíveis comportamentos de risco para a saúde (IBGE, 2012; ASSIS; DESLANDES; SANTOS, 2005).

A adolescência constitui 18% da população Brasileira (IBGE, 2012). Na cidade de Fortaleza de acordo com o levantamento do Censo Demográfico 2010, esse percentual representava 22,6% da população total, em que contava com quase 554 mil crianças e adolescentes (IPECE, 2013).

Trazendo essa população para a discussão do fenômeno do uso de drogas, torna-se relevante reforçar que “falar em epidemiologia do uso de drogas não significa necessariamente que exista uma epidemia desse comportamento no Brasil, significa que estamos interessados em entender como esse fenômeno acontece (BASTOS; REIS, 2014, p. 108)”. Os autores lembram ainda que os diagnósticos da situação de consumo são importantes por permitir que as políticas públicas sejam desenvolvidas e/ou reformuladas, baseadas em evidências científicas atualizadas.

No Brasil, os dados epidemiológicos disponíveis sobre esse ponto ainda são escassos e insuficientes, apesar de ter havido investimentos no sentido de investigar a temática do uso de substâncias psicoativas a partir do final da década de 1980, tendo como públicos-alvo: os estudantes de 1º e 2º graus de capitais do país (que aconteceram sistematicamente em 1987, 1989, 1993, 1997, 2004 e 2010) e as crianças e adolescentes em situação de rua (ocorridas em 1987, 1989, 1993, 1997 e 2003). Além desses estudos, ocorreram outros que abordavam: a população em geral (no ano de 2001 e 2005); universitários (no ano de 2009); e uma pesquisa nacional sobre crack e outras drogas, no ano de 2012 (BASTOS; REIS, 2014).

Percebe-se que crianças e adolescentes tem sido uma população mais frequentemente abordada quanto a relação com o uso de drogas e tal fato é importante pela vulnerabilidade que este público tem em relação ao uso abusivo, pela facilidade de acesso no espaço institucional das escolas, mas principalmente no tocante as sequelas potenciais relacionadas a esta faixa etária e as repercussões para fase adulta.

Pensando nos aspectos epidemiológicos relacionados ao uso de drogas entre escolares, Carlini *et al.* (2010, p. 115) conduziu o último Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, dos quais se obteve como resultados para o município de Fortaleza:

(...) 2 - Apesar de 21,7% dos estudantes terem referido uso na vida de alguma droga (exceto álcool e tabaco), apenas 9,4% referiu uso no último ano e 4,5% referiu uso no mês, sem 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 entre 10 e 12 anos;

3 - 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 10,8% na rede particular. As drogas mais citadas pelos estudantes foram bebidas alcoólicas e tabaco. Em relação às demais, foram: inalantes, ansiolíticos, maconha, cocaína e anfetamínicos.

4 - Em relação às classes de drogas mais citadas, foram observadas diferenças por gênero: maior proporção de meninos relatou uso de drogas ilícitas, enquanto maior proporção de meninas relatou uso de medicamentos sem prescrição. Tais relações de gênero mantiveram-se nas escolas públicas e particulares.

5 - Entre os anos de 2004 e 2010, foi observada redução na quantidade de estudantes que relataram consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, tanto para os parâmetros de uso na vida quanto no ano. Foi observada redução da proporção de estudantes que relataram uso na vida e no ano de qualquer das demais drogas. A redução de uso no ano ocorreu para inalantes, maconha, ansiolíticos e anfetamínicos, enquanto, por outro lado, foi observado aumento para cocaína. (...)

Os achados deste trabalho demonstram que o fenômeno do uso de drogas na fase de escolar é questão para a agenda da saúde pública e necessita ser acompanhado em nível nacional assim como em nível municipal para busca de maiores evidências que favoreçam a qualificação das ações de enfrentamento a essa questão.

Entre impactos relacionados ao adolescente e uso de drogas, CEBRID (2004) relata que desde os primeiros levantamentos sobre drogas com escolares na década de setenta havia se estabelecido uma relação entre uso de drogas e ausência às aulas, fato que também foi considerada positiva para o levantamento desta publicação de 2004. Todavia, eles lembram na pesquisa que, no referido estudo, "(...) 53,6% dos alunos que tinham feito uso na vida de drogas (exceto tabaco e álcool) faltaram às aulas nos trinta dias que antecederam à pesquisa e 49,3% dos que nunca usaram drogas também tinham faltado (CEBRID, 2004, p. 363)". Todavia, o absenteísmo demonstra uma proximidade muito grande entre usuários e não usuários, fato que o estudo só trabalha como uma possibilidade de se pensar a estrutura da educação como não atrativa.

Outro impacto que pode ser referido quanto a relação uso de drogas e atividades escolares é o número de reprovações, associação que Tavares, Béria e Lima (2004) referiram encontrar em seu estudo.

Isto posto, o recorte do uso de drogas é inserido como um tema relevante tanto no entendimento como na discussão que se faz presente acerca da interface com situações de

violência. Minayo e Deslandes (1998) fazem uma discussão mais genérica relacionado ao campo metodológico de investigação entre drogas, álcool e violência. A partir de elementos estatísticos que relacionam os atendimentos por violência e o uso de drogas, elas trazem importantes conclusões que se inter-relacionam com o estudo que ora se propõe, qual sejam: que a conexão drogas e violência é complexa e exige conhecimentos e ações que superem a mera representação e o moralismo simplista; que a “correlação entre uso de substância e violência varia se nós buscamos medir comportamentos ou efeitos (MINAYO; DESLANDES, 1998, p. 40)”; e que “o desafio para a saúde pública, que hoje se preocupa tanto com o uso abusivo de drogas, quanto com a violência, como fatores de risco para a qualidade de vida, é conseguir um quadro referencial para a reflexão e para a ação que inclua ao mesmo tempo o individual, o social e o ecológico (MINAYO; DESLANDES, 1998, p. 41)”.

Tendo como painel um trabalho estruturado a partir da discussão da violência, a proposta de discussão do fenômeno drogas terá como modelo de causas componentes: drogas como variável principal, a violência como covariável e causas associadas ao campo biopsicossocial que envolve a adolescência que frequenta o ambiente escolar.

À vista disso, percebe-se que para qualificar essa contribuição é indispensável que se façam associações entre o fenômeno, os fatores individuais e os contextos mais amplos, sejam eles, sociais, culturais e econômicos – a despeito do que sugere Dahlberg e Krug (2007) em relação à questão da violência. Conseqüentemente, a estruturação de modelos teórico metodológicos relacionados a uma epidemiologia social tem trazido grandes contribuições e, diante disso, o projeto que embasa nossa proposta toma como referência o modelo ecológico.

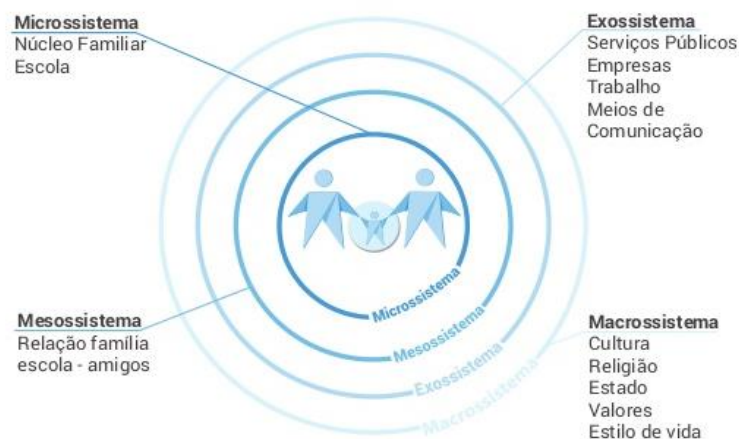
Em relação a perspectiva do modelo ecológico do desenvolvimento estruturado por Bronfenbrenner (1994), deve-se ressaltar a peculiaridade desta teoria em propor análises de contexto para temas que sejam resultados de uma complexa interação de fatores individuais, relacionais (família), comunitários e sociais.

Tal escolha deve-se também ao fato de a Organização Mundial da Saúde utilizar o modelo ecológico introduzido em 1977, por Urie Bronfenbrenner, para auxiliar na compreensão do fenômeno da violência, quando lançou o primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, no intuito de descrever a magnitude e o impacto da violência no mundo (KRUG, *et al.* 2002).

Esse modelo que, para o estudo é percebido como um modelo teórico de compreensão da violência, possui uma adaptação possível e interessante na perspectiva de

compreensão do fenômeno do uso de substâncias psicoativas. Costa (2014) traz uma representação gráfica – Figura 01 – que traduz a ideia de Menéndez para um modelo ecossistêmico de atuação familiar, o qual consiste na síntese entre a Teoria Ecológica de Bronfenbrenner (publicada em 1987) e uma perspectiva da Teoria Sistêmica estruturada por Bertalanffy (datada de 1968).

Figura 1 - Sistemas ecológicos familiares e Mapa mínimo de rede



Fonte: Menéndez (2013), adaptado por NUTE-UFSC.

A partir dos modelos apresentados, observa-se que a estrutura metodológica da teoria de Bronfenbrenner traz subsídios fortes para análise do fenômeno do uso de substâncias psicoativas de modo a compreendê-lo em maior amplitude a partir do campo da saúde.

Assim, parafraseando Abreu *et.al.* (2009), surgem outras duas questões se relacionam como justificativas de relevância para o estudo. Primeiramente, no Brasil observa-se uma história de privação e negação de direitos essenciais à vida de crianças e adolescentes que são vitimizadas por meio de maus-tratos, exploração do trabalho e da sexualidade, privação do lazer, perambulância, abandono, mortalidade, dentre outros problemas sociais. Segundo que tais situações de forma não incomum são transversalizadas pelo fenômeno das drogas e esses adolescentes passam a se deparar com “procedimentos de exclusão” que Foucault (2012) apresenta como mais evidente – a interdição – a qual é lembrada como mais cerrada em relação as regiões da sexualidade e da política; mas também uma outra exclusão que não é mais esta interdição, mas uma separação e uma rejeição – qual seja a oposição entre a razão e o que é relacionada ao campo que reconhecemos na área da saúde como da “saúde mental”/“da loucura”, que pode levar a ocorrência de anulação e não acolhimento do sujeito em sua palavra, levando-o a uma inexistência/invisibilidade.

Acredito que esta dissertação também fornecerá subsídios epidemiológicos para um diagnóstico local e focalizado da realidade do uso de drogas entre adolescentes de escolas públicas, colaborando com a compreensão das dinâmicas de produção deste fenômeno social e disponibilizando evidências para opinião pública e para as autoridades que focalizam sua atuação em torno do tema que o estudo aborda. Isto posto, este documento terá cumprido a sua função se permitir subsidiar o debate em alguns fóruns, levando a ações concretas e a mudanças.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar fatores relacionados ao padrão de uso de drogas por adolescentes de escolas públicas do município de Fortaleza-Ceará e possíveis associações com a violência sofrida ou perpetrada pelos adolescentes.

2.2. Objetivos Específicos

1. Averiguar o perfil sociodemográfico dos adolescentes e sua relação com o padrão de uso de drogas pelos mesmos;
2. Descrever o padrão de uso de drogas dos adolescentes escolares;
3. Identificar fatores do ambiente familiar que se relacionam com o uso de drogas pelo adolescente;
4. Verificar os fatores do ambiente comunitário que se relacionam com o uso de drogas pelo adolescente;
5. Investigar a associação entre situações de violência e o padrão de uso de drogas pelos adolescentes escolares.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. O modelo ecológico do desenvolvimento humano como um olhar para o fenômeno das drogas

A estruturação metodológica de um olhar sobre determinado fenômeno passa primariamente pelo esforço de delineamento no sentido de ontológico e epistemológico, aspectos apresentados e discutidos por Lessard-Hébert; Goyette; Boutin (2012) e Minayo (2010), cuja relação com este trabalho reside em importância no fato de a questão das drogas se tratar de um tema do campo social. A definição ajustada desses elementos é que dará suporte para a compreensão do lugar de onde se parte a fim de investigar tal objeto.

Isto posto, resgata-se que o introdutório deste trabalho apresentou o modelo ecológico do desenvolvimento humano, estruturado por Urie Bronfenbrenner, como a escolha realizada numa perspectiva de projeto ampliado. O exercício que se mostra fundamental, portanto, para iniciar o estado da arte trata-se do entendimento das bases deste modelo.

Não obstante, a justificativa de escolha desta teoria se dê por associação tendo em vista que se trata de uma construção teórica também definida pela OMS para pensar e discutir a violência, cabe esclarecer que a estrutura proposta por este autor não é restrita a este fenômeno, razão pela qual se verifica a possibilidade de adaptação teórico-prática para discussão do assunto drogas, como é trazido por Menéndez (2013).

De acordo com Bronfenbrenner (1994), seu paradigma ecológico foi proposto em meados da década de 1950 (POLONIA; DESSEN; SILVA, 2008) – com obras lançadas nos anos de 1974, 1976, 1977 e 1979 -, e consiste numa reação ao escopo restrito da maioria das pesquisas que até então eram conduzidas por psicólogos do desenvolvimento.

Interessante pensar que a localização temporal das obras de Bronfenbrenner situam-se num mundo pós Segunda Guerra Mundial, época em que se vivia uma crise/transformação traduzida não apenas no desenvolvimento da ciência para o tempo de “Guerra Fria”, na transição epidemiológica de morbimortalidade em que fenômenos biopsíquicos apresentavam evidênciação, mas também pelo aumento da expectativa de vida que leva a um aumento da população mundial e, conseqüentemente, ao destaque das questões sociais resultantes desse aumento. Assim, manifestam-se problemas que transversalizam todas as áreas do conhecimento, inclusive a saúde. Paim (2008) já inferia que as revoluções e reformas que se processam no mundo durante a passagem do século XIX para o XX

interferem sistemicamente no setor saúde gerando desenvolvimento, mas também tensionando mudanças na forma de ver e lidar com o processo saúde-doença (e de modo mais contemporâneo, o cuidado) a ponto de se construir novas políticas para a saúde e uma nova clínica de cuidado.

Recorrendo a Capra (1997), observa-se que esta crise trouxe consigo um potencial de transformação profundo que se desenrola até os dias atuais. Todavia, essa pontuação histórica justifica-se no sentido de apresentar que, à época, o movimento de transformação pelo qual o mundo estava em curso suscita uma nova forma de pensar a vida, numa perspectiva sistêmica. Capra (1997), em sua obra *O ponto de mutação*, debruça-se sobre este cenário e sistematiza as reflexões sobre a concepção sistêmica, definindo-a como uma visão de mundo em termos de relações e integração. Essa percepção constrói-se, destarte, como uma nova visão da realidade baseado numa consciência do estado de interrelação e interdependência essenciais de todos os fenômenos – físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Assim, ela enfatiza mais as relações do que as entidades isoladas e percebe que essas relações são inerentemente dinâmicas, sendo, portanto, um pensamento de processo.

Bronfenbrenner (1996) apresenta sua trajetória de vida trazendo elementos os quais relaciona com a concepção de sua teoria, mostrando que sua infância teve relação com experiências profissionais do seu pai cuja fundamentação, mesmo centradas num método cartesiano de estruturação diagnóstica/de evidências rígidas, eram permeadas por sentimentos e relações que provocavam mudanças impossíveis de não se perceber, uma vez que refletia no âmbito da evidência do diagnóstico através da melhoria do processo saúde-doença vivenciado pelas pessoas às quais eram oportunizadas formas de inclusão social, refletindo no desenvolvimento destes sujeitos.

Paralelamente a estruturação de sua teoria, certamente as intermediações próprias do paradigma sistêmico que à época emergiam como nova referência para se pensar e discutir as realidades, influenciam Bronfenbrenner de tal modo que é possível observar que várias fontes se inter-relacionam na formulação do modelo ecológico do desenvolvimento, tais como: várias correntes teóricas que discutiam desenvolvimento no âmbito da perspectiva *psi*; a antropologia cultural; a estatística e o planejamento experimental; a zoologia; a fenomenologia, entre outras (BRONFENBRENNER, 1996). À vista disso é que se compreende a referência do autor por parte de Gauy; Costa Jr. (2008) quando na conclusão de seu trabalho discutem a visão sistêmica do desenvolvimento.

Nesse sentido, Tudge (2008) situa a teoria de Bronfenbrenner como contextualista⁹ assim como Vigotsky, uma vez que sua teoria responde a critérios de dialética – “visto que ele postulava que as atividades e interações que ocorrem regularmente, referidas como as ‘engrenagens principais do desenvolvimento’ [... e] simultaneamente influenciadas tanto pelos indivíduos envolvidos quanto pelo contexto (TUDGE, 2008, p. 211)” - e enfoca as interações e os eventos cotidianos, premissas básicas do contextualismo. Gauy; Costa Jr. (2008) sistematizam as principais contribuições teóricas sobre desenvolvimento no âmbito da psicologia, organizando-as em teorias maturacionais, cognitivas, de aprendizagem, psicanalíticas; apontam o contexto/ambiente como uma questão polêmica na psicologia, mas corroboram com Tudge acerca do lugar diferenciado de discussão do contexto na teoria de Bronfenbrenner.

Situado nessa nova visão de mundo na qual o homem está inserido historicamente num contexto e que tanto transforma como também é transformado na relação com o mesmo, a teoria ecológica do desenvolvimento humano passa, desde seu modelo original totalmente estruturado a partir de 1977, por um amadurecimento/mudanças durante o período de 1994 e 1999, resultando numa perspectiva atualizada de denominação para modelo bioecológico, conceito que sucede o que se chamou de paradigma bioecológico, reformulado por Bronfenbrenner (POLÔNIA; DESSEN; SILVA, 2008 e COPETTI & KREBS, 2004).

É fundamental entender inicialmente que, para Bronfenbrenner (1977), a ecologia do desenvolvimento humano consistiria no estudo científico da acomodação progressiva e mútua, ao longo da vida, entre um organismo humano em crescimento e as mudanças dos ambientes imediatos em que vive, numa relação tanto de afetação interna como desta com estes ambientes, bem como os contextos sociais, econômicas (tanto formais como informais).

Uma vez que os elementos contextuais que envolvem a teoria de Bronfenbrenner foram apresentados e que o objetivo do estudo em curso situa-se na estruturação metodológica proposta pelo autor sobre como olhar sistemicamente as interrelações existentes na análise de um fenômeno – o contexto das drogas na adolescência – seguimos na apresentação dos conceitos-chave e sua posição no pensamento do método.

⁹ O contextualismo é lembrado por Tudge (2008) como uma das três principais visões de mundo/paradigmas nos quais “é possível se encontrar as mais importantes teorias da psicologia e do desenvolvimento humano”, sendo os outros dois paradigmas – o mecanicismo e o organicismo. De acordo com este autor (2008), Pepper atribuiu uma metáfora básica para cada um desses paradigmas – a máquina no caso do mecanicismo, o corpo humano para o organicismo e o “evento histórico” para o contextualismo.

Brito (1999), Alves (2002), Tudge (2008), Krishnan (2010), Christensen (2010) e Copetti & Krebs (2004) desenvolvem trabalhos em que discutem temáticas a partir do modelo de Bronfenbrenner. De modo geral, os autores costumam trazer como sistematização do modelo bioecológico do desenvolvimento humano dois aspectos principais: os elementos dinâmicos do processo e os sistemas ecológicos aos quais tais elementos se relacionam.

Quanto aos elementos dinâmicos do processo, estes são: pessoa, processo, contexto e tempo. Conceitos fundamentais para a compreensão de seu modelo pessoa-processo-contexto-tempo, eles precisam estar relacionados uns com os outros e para com a natureza do objeto com o qual se trabalha essa visão (COPETTI & KREBS, 2004).

Tendo em vista o entendimento da percepção desses elementos, recorreremos as discussões de Narvaz & Koller (2004) e Copetti & Krebs (2004), das quais é possível apreender os conceitos que seguem:

- **Pessoa** – considerado como um ser biopsicológico, ela tem em sua característica mais intrínseca – potencial genético – atributos para a predisposição a manifestações de competência e/ou disfunção. Essa premissa básica reflete a ferramenta pela qual genótipos se transformam em fenótipos. Todavia, seu conteúdo psicológico passa a ser estabelecido ao interagir com a natureza dos ambientes nos quais tais características ocorrem. É, portanto, nessa relação que se determina a possibilidade de manifestação da competência ou disfunção;
- **Processo** – Passando a um lugar de destaque na reformulação para modelo bioecológico, guardam vínculo com a possibilidade de que condições e processos ambientais influem substancialmente o grau de hereditariedade, na qual este pode ter sua efetividade diminuída ou aumentada (na relação). Em relação aos processos, a expressão singular da interação entre os componentes organismo e ambiente é denominada por Bronfenbrenner como processos proximais, os quais operam sobre um período de tempo e são indicados como os mecanismos primários do desenvolvimento humano;
- **Contexto** – Este elemento compreende a interação de quatro níveis ambientais (denominados: microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema). Tais níveis estão articulados na forma de estruturas concêntricas inseridas uma na outra, formando o meio ambiente ecológico; e
- **Tempo** – Este é o elemento que permite o exame da influência sobre o desenvolvimento humano de mudanças e continuidades que ocorrem ao longo do ciclo de vida. Assim, entende-se que “quanto maior for a duração e o intervalo de ocorrência de um evento com

potencial instigativo, positivo ou negativo, e este permanecer atuando sobre a pessoa, maiores poderão ser as chances de que esse processo de interação seja efetivamente estabelecido (COPETTI & KREBS, 2004, p. 80)”. Nesse sentido, a essência para o fortalecimento ou enfraquecimento de alguma disposição pessoal reside no tempo de intervalo entre os eventos concretos ou fatores de interação (ou duração de ambos). À vista disso, a forma de análise estabelecida pelo modelo bioecológico para o elemento tempo se dá em três níveis, a saber: microtempo¹⁰, mesotempo¹¹ e macrotempo¹².

Os elementos importantes para o âmbito do trabalho que propomos neste projeto, torna fundamental o esclarecimento da compreensão dos sistemas ecológicos estabelecidos por Bronfenbrenner e que, como visto, guarda relação significativa com o elemento de contexto. Em linhas gerais, tais elementos podem ser descritos como:

- **Microsistema** – Trata-se de “um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados pela pessoa em desenvolvimento num dado ambiente com características físicas e materiais específicas (BRONFENBRENNER, 1996)”, na qual a relação íntima/próxima possibilitam o convite, permissão ou inibição do engajamento em interações progressivamente mais complexas com, e ações em, ambiente imediato (BRONFENBRENNER, 1994). Neste âmbito, as atividades molares (compostas por ações contínuas, acontecidas em certo período e reconhecidas/identificadas como significativas e intencionais pelas pessoas envolvidas no ambiente) constituem o aspecto principal, imediato e significativo no processo evolutivo da pessoa, abrangendo requisitos e características do ambiente que provocam, instigam e transformam o desenvolvimento. Cabendo ao reconhecimento a caracterização dessas atividades como do contexto do microsistema (POLÔNIA; DESSEN; SILVA, 2008);

¹⁰ Microtempo é apresentado por Polônia; Dessen; Silva (2008) numa referência à continuidade ou descontinuidade em relação aos processos proximais. Logo, os padrões e frequência das interações que se processam de maneira regular é que determina sua efetividade, tornando-se pouco a pouco mais complexas. Seriam exemplos desse microtempo: atividades desenvolvidas pelas crianças na interação criança-professora ou criança-colegas, ou ainda, a relação em casa entre genitores-bebê.

¹¹ O mesotempo corresponde a periodicidade dos eventos considerando grandes intervalos de tempo, como dias, semanas e meses. Exemplos disso, seriam o tempo de duração do desemprego do pai afetando a vida da família ou a aprendizagem escolar dos filhos; ou o divórcio ou o recasamento de um dos cônjuges interferindo na dinâmica genitores-filhos (POLÔNIA; DESSEN; SILVA, 2008).

¹² Macrotempo consistiria nas transformações dos eventos e expectativas da sociedade que sucedem de acontecimentos mais globais, tais como a introdução da internet no ambiente familiar, o fenômeno da globalização, dentre outros (POLÔNIA; DESSEN; SILVA, 2008)

- Mesossistema – Neste espaço, encontram-se os vínculos e processos que ocorrem entre dois ou mais contextos que contenham a pessoa em desenvolvimento – a exemplo da relação pessoa-família/casa, mas também com escola, trabalho, entre outras. Sinteticamente, ele pode ser entendido como um sistema do microsistema (BRONFENBRENNER, 1996; BRONFENBRENNER, 1994). Narvaz e Koller (2004) lembram que esse nível de sistema é ampliado na medida em que a pessoa passa a frequentar um novo ambiente e os processos que são deflagrados nas relações são interdependentes, influenciando-se mutuamente. Por sua vez, Polônia; Dessen; Silva (2008) reforçam que o autor propõe quatro tipos de ligações entre os microsistemas, a saber: participação em múltiplos ambientes (nas quais podem ocorrer vínculos primários – face a face – ou vínculos suplementares – onde pessoas de um determinado contexto são encontrados em outro cenário onde não mantém relações frequentes com a pessoa); ligação direta (quando mesmo o engajamento já não é mais direto, mas uma terceira pessoa funciona como vínculo intermediário, como uma espécie de rede de segunda ordem); comunicação entre ambientes (resultado de mensagens transmitidas de um ambiente para outro, com o intuito de trocar informações entre as redes dos dois ambientes, podendo ocorrer de forma direta – face a face – ou indiretos – por pessoas da rede social -, de modo bilateral ou unilateral); e conhecimento interambiente (referente as informações, experiências, percepções e expectativas que existem entre um ambiente em relação ao outro, proveniente de fontes distintas de comunicação);
- Exossistema – Inclui os vínculos e processos ocorridos entre duas ou mais opções de cenários, que não envolvem a pessoa em desenvolvimento como um participante ativo. Todavia, os eventos ocorridos aí acabam por indiretamente influenciar (afetando ou sendo afetado) os processos dentro do ambiente imediato em que a pessoa em desenvolvimento vive, a exemplo da relação entre casa e o local de trabalho dos pais – no caso de uma criança – e a relação entre a escola e o grupo de amigos do bairro – para o pai (BRONFENBRENNER, 1996; BRONFENBRENNER, 1994). Polônia; Dessen; Silva (2008) citam como exemplos também de exossistema as políticas públicas locais, nacionais e internacionais.
- Macrossistema – Esse pode ser considerado um modelo para cultura e subcultura particular, consistindo num padrão global de características de micro, meso e exossistemas. Trazendo ênfase *sui generis* para os sistemas de crenças, corpos de conhecimento, recursos materiais, costumes, estilos de vida, estruturas de oportunidades, riscos e opções de cursos de vida que serão associados sistematicamente em sistemas mais amplos

(BRONFENBRENNER, 1994). Ou seja, trata-se de “consistências, na forma e conteúdo de sistemas de ordem inferior que existe (micro-, meso- e exo-) que existem, ou poderiam existir, no nível da subcultura ou da cultura como um todo, juntamente com qualquer sistema de crença ou ideologia subjacente a essas consistências (BRONFENBRENNER, 1996, p. 21)”.

Considerando as observações de Polônia; Dessen; Silva (2008) acerca da historicidade da evolução do modelo proposto por Bronfenbrenner, três elementos são relevantes para esse momento. O primeiro *upgrade* consiste na ampliação da noção de pessoa, de maneira que o olhar sobre as características singulares inclua a forma como o desenvolvimento – na expressão de sua subjetividade – é atravessado pelas crenças, valores, nível de atividade, traços de personalidade, o temperamento, as metas da vida e as motivações, entre outros. O segundo trata-se da importância dada aos processos proximais. O terceiro situa-se na importância do tempo como elemento do desenvolvimento.

Este último fator relevante que caracteriza as mudanças no modelo inicial proposto por Bronfenbrenner, torna-se importante para este momento de apresentação da teoria uma vez que o amadurecimento de tal modelo leva a estruturação de um quinto nível do contexto de desenvolvimento, qual seja o cronossistema (POLÔNIA; DESSEN; SILVA, 2008).

Cronossistema é apresentado por Bronfenbrenner (1994) como uma dimensão estendida do ambiente, como uma espécie de terceira dimensão do mesmo. Esse sentido inicial é discutido por Polônia; Dessen; Silva (2008), os quais referem que o tempo, nesse caso, abarca dois sentidos para o autor: um associado ao processo microgenético de interação (ocorrido entre o indivíduo em desenvolvimento e aqueles que com ele convivem no cotidiano), e o segundo que concerne à passagem de tempo histórico (responsáveis pelo dimensionamento e estruturação dos diferentes sistemas culturais, a exemplo do impacto dos remédios para doenças como Mal de Parkinson e para a qualidade de vida dos pessoas que vivem com HIV). Esse tempo não é mais entendido, portanto, como um tempo cronológico e sim também como uma propriedade do meio ambiente não só ao longo da vida, mas através do tempo histórico (BRONFENBRENNER, 1994). O seguinte pensamento do autor é significativo nesse entendimento:

A chronosystem encompasses change or consistency over time not only in the characteristics of the person but also of the environment in which that person lives (e.g., changes over the life course in family structure, socioeconomic status, employment, place of residence, or the degree of hecticness and ability in everyday life (BRONFENBRENNER, 1994, p. 40).

Levando em consideração o modo de estruturação dos níveis de contexto do desenvolvimento e suas interrelações, é pertinente a lembrança de Coppeti & Krebs (2004) acerca da própria comparação do autor, em relação ao ambiente ecológico, a um conjunto de “bonecas russas”, nas quais a estrutura do modelo encontram-se umas dentro das outras. Inclusive, Bronfenbrenner (1977, p. 514) fala que “the ecological environment is conceived topologically as a nested arrangement of structures, each contained within the next”. Essa visão reflete, conseqüentemente, na estruturação do *framework* do modelo, conforme é possível observar nas figuras apresentadas na introdução do projeto.

Compreendendo a complexidade que o fenômeno das drogas apresenta, sendo determinado por muitos fatores que interagem entre si e que constituem uma singularidade para cada caso, tal como refere Sudbrack (2014), e a necessidade referida por Minayo; Deslandes (1998) acerca da busca por estratégias qualificadas para se pesquisar e discutir tal questão; o modelo bioecológico demonstra características interessantes que merecem consideração como eixo de pesquisa, tais como: atenção ao contexto sociocultural; sensibilidade à diversidade e à pluralidade em diferentes culturas e em determinados períodos históricos; integração entre ciência empírica e teórica; proposta de observação naturalística; valorização das interações face-a-face; e integração dos aspectos políticos ao processo de pesquisa (NARVAZ; KOLLER, 2004).

Nada obstante, é relevante atentar para o fato de que a complexidade do modelo é entendida pelo próprio Bronfenbrenner (1979/1996, 1999), o qual assente que nem sempre é possível garantir e satisfazer todos os requisitos presentes em um delineamento bioecológico em um único estudo e, portanto, é importante que os pesquisadores identifiquem quais deles foram investigados (POLÔNIA; DESSEN; SILVA, 2008).

A base do modelo aqui apresentado, nos leva a necessidade de discussão de três pontos chave para o momento de construção do estado da arte deste trabalho, os quais serão apresentados a seguir, que são: o fenômeno uso de drogas para o adolescente; contextos da família, escola e amigos para compreensão das drogas e do adolescente; e a política relacionada a questão das drogas no contexto contemporâneo.

3.2. A construção do conceito de adolescência: reflexões socioantropológicas

A discussão que se propõe, a partir deste trabalho, é estruturada tendo a epidemiologia como eixo metodológico e assume como estratégia norteadora de investigação o modelo de tríade epidemiológica ou de causas componentes¹³, tendo como vértices – adolescentes, drogas e fatores demográficos e psicossociais.

É fato que o objeto do estudo tem uma raiz epistêmica no campo social. Exige-se, por conseguinte, uma atenção no sentido de evitar a limitação dos conceitos chave no âmbito positivista da saúde, de modo a distorce-lo como um processo patológico tal como as doenças transmissíveis, evitando com isso um olhar reducionista de adoecimento social e da falsa expectativa de cura social.

Nesse sentido, considera-se atenuante a utilização do modelo ecológico do desenvolvimento como teoria que pode dar suporte ao processo analítico ampliado dos achados do estudo, uma vez que discute o indivíduo, suas interrelações com outros indivíduos e os contextos envolvidos, mas também com os aspectos políticos e uma cronologia que o situa em sua historicidade. Outro passo também importante nessa caminhada compreende a situação ontológica do indivíduo sob o qual centraliza-se o levantamento de informações, qual seja, o adolescente.

A palavra ‘adolescência’ tem sua origem etimológica no Latim “ad” (‘para’) + “olescere” (‘crescer’); portanto ‘adolescência’ significaria, *stricto sensu*, ‘crescer para’ (PEREIRA, 2004) e adolescente, nesse sentido, seria “aquele que cresce para”. Por outro lado, Outeiral (2008) refere que haveria uma segunda origem etimológica para a palavra, sendo ela a origem da palavra “adoecer”.

Por outro lado, o olhar sobre a fase da adolescência ainda produz divergências com relação aos discursos de diversas áreas. Essa é uma fase que também não possui um consenso no que diz respeito às sociedades, variando de acordo com as culturas em que estão imersos. Exemplo disso pode ser observado no trabalho de Reis e Zioni (1993), quando realizam um resgate histórico do surgimento da adolescência para a sociedade ocidental.

¹³ De acordo com OPAS (2010, p. 19), “a Tríade Epidemiológica é o modelo tradicional de causalidade das doenças transmissíveis; nesse, a doença é o resultado da interação entre o agente, o hospedeiro suscetível e o ambiente”.

Conforme os autores (1993), mesmo que em períodos que precederam a Idade Média houvesse uma organização da comunidade por classes de idade, a cultura ocidental abolira as distinções etárias no intervalo que vai daí ao Século XVIII. De tal modo, pode-se dizer que, até o referido século, a sociedade possuía uma parca visão acerca da criança e ainda mais incipiente quanto ao adolescente.

Durante a Idade Média, os processos de socialização nas diversas instituições introduziam a criança no mundo adulto, o que permitiu uma processual dissolução das classes de idade, indicador que deixou de ser socialmente significativo. Mudanças ocorridas no campo socioeconômico do Século XVIII levaram a escola e o exército a, paulatinamente, introduzir (a partir de seu papel instrumentalizador e socializante) a noção de criança e adolescência como dimensões sociais com algum significado. As exigências do Estado capitalista neste século inspiram um “movimento disciplinador”, onde a escola e o exército se encarregam de ensinar, vigiar e enquadrar a juventude. Para tanto, ocorre uma sistemática organização e separação das pessoas a partir do critério cronológico em fases posteriores a infância, no qual se prepara para a vida adulta, no caso, a adolescência. Essa fase, contudo, não compreendia ao intervalo etário que se conhece atualmente. Quando da ocorrência da Primeira Guerra Mundial é que o período da adolescência se expande, “empurrando a infância para trás e a maturidade para frente”. Em resumo, a escola e o exército acabam sendo os elementos concretos de formação da concepção de adolescência que figura mais fortemente no Século XIX e no início do Século XX (REIS; ZIONI, 1993). Esse marco histórico de movimento no sentido de definir adolescência e suas características são também corroborados em Ariès (1986) e Lepre (2005).

Além da diversidade desse processo no mundo, os autores Reis e Zioni (1993) referem que no Brasil tal processo de constituição da adolescência ocorre de modo mais lento. “As distinções entre os tempos de vida, notadamente entre a infância e a idade adulta, dos escravos machos e fêmeas, dos homens e das mulheres brancas, ocorreram quase no beiral do Século XX, numa outra cadência e seguindo determinações relativamente diferentes das da Europa, embora guardassem características globais análogas àquelas de lá”.

Sandalowski (2006, p. 108) reforça e complementa essa visão histórica da adolescência ao afirmar que:

A complexificação das sociedades contemporâneas ao longo das décadas desencadeou um processo de mudança social, por meio do qual foram reconfiguradas as relações interpessoais, seja no ambiente de trabalho ou nas diversas relações sociais que ocorrem em espaços públicos ou no âmbito privado/doméstico. Acompanhando este fenômeno, a efetivação de uma série de direitos sociais transpassou as décadas do século XX, mais

especificamente após o período da Segunda Guerra Mundial. Por consequência, há uma ampliação e extensão do conceito de cidadania nas sociedades ocidentais, nas quais a noção de infância, adolescência, identidade étnica e sexual, dentre outras categorias, passam a adquirir importância.

Em relação especificamente a saúde, Aquino *et al* (2003) acrescentam que no âmbito das políticas públicas e da mídia, o interesse pelo tema recebeu a partir de 1985 um incentivo da Organização das Nações Unidas (ONU) em virtude deste ser um marco declarado como Ano Internacional da Juventude. Tal feito provocou um conjunto de iniciativas em todo mundo na direção de levantar as demandas sociais dos jovens que “viriam a constituir as futuras gerações de adultos no terceiro milênio”.

Diante disso, pode-se entender Reis e Zioni (1993) quando afirmam que a adolescência teria passado a constituir objeto de interesse dos mais diversos campos do conhecimento, sendo que é a área da saúde que tem mais fortemente trabalhado diversos temas relativos a este aspecto. Todavia, é mister perceber que ocorre uma pluralidade nessa discussão pertinente as especificidades dos campos profissionais que trabalham com essa população, o que acarreta também em importantes reflexos de dissonâncias na abordagem desse grupo nos diversos espaços institucionais.

Assim, o exercício epistêmico de conceituar adolescência e, conseqüentemente, perceber as aproximações e distanciamentos com o conceito de juventude – mas não só isso, como também perceber o espaço necessário de diálogo das visões de diversos campos da ciência – consiste num trabalho necessário pelo que Bourdieu (2004) apresenta como algo laborioso que pode trazer mais consistência interna a cada saber, resultando em maior autonomia frente às vicissitudes dos contextos político-institucionais, como também no que concerte ao jogo de poder entre os diversos saberes entre si. Esse pensamento é fundamental frente as discussões contemporâneas de interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Em um trabalho sobre *Adolescer*, Ramos, Pereira e Rocha (2001, p. 19) falam que:

Diversos são os parâmetros para identificar os limites de idade que definem adolescência e juventude. Demarcações por faixa etária podem ser questionadas ao se considerar a juventude como um processo social que só pode ser compreendido a partir de condições econômicas, políticas e sociais que determinam comportamentos individuais e grupais, opções de vida, esperanças e desesperanças.

O movimento de estruturação conceitual da adolescência encontra, portanto, o primeiro e grande aspecto de diferenciação, uma vez que não pode ser restrito ao que Ramos, Pereira e Rocha (2001, p. 19-20) lembram se tratar de juventude – “uma categoria

sociológica, que constitui um processo sociocultural demarcado pela preparação dos indivíduos para assumirem o papel de adulto na sociedade, no plano familiar e profissional”.

Abramo (2005), trazendo uma análise sobre a juventude, refere que este é um dos termos que parece óbvio (“dessas palavras que se explicam por elas mesmas e assunto a respeito do qual todo mundo tem algo a dizer”), entretanto a tentativa de precisar o próprio termo faz emergir uma dificuldade característica de imprecisão e instabilidade. Logo, “muito do que se escreve na academia sobre juventude é para alertar para os deslizos, os encobertamentos, as disparidades e mistificações que o conceito encerra (ABRAMO, 2005, p. 37)”.

A aproximação dos termos é explicada ainda por Abramo (2005), para quem houve uma restrição da juventude na circunscrição de jovens escolarizados de classe média, pelo menos até os anos de 1960, o que levava a uma redução do significado da condição juvenil (em virtude da efervescência política desse grupo) e conseqüente polarização do seu debate ao período da adolescência - ainda relativamente misturado com a infância.

A percepção da juventude para além da adolescência em risco, numa direção, e para além dos setores de classe média, em outra direção, é mais recente, emergindo com mais força de uns dez anos para cá [após 1995]. Em certa medida, como ampliação da preocupação vigente com a adolescência, na “descoberta” de que os problemas de vulnerabilidade e risco não terminam aos 18 anos, mas muitas vezes se intensificam a partir daí. Mas também pelo aparecimento de novos atores juvenis, em grande parte dos setores populares, que vieram a público, principalmente por meio de expressões ligadas a um estilo cultural, colocar questões que os afetam e preocupam, diferentes daquelas colocadas pelas gerações juvenis precedentes, e para as quais não havia nem mesmo formulações elaboradas no plano da política (ABRAMO, 2005, p. 39).

É perceptível, conforme lembra Matheus (2012, p. 724), que no momento histórico atual “(...) a imagem da juventude (no sentido sociológico do termo) se tornou um emblema, uma referência do imaginário de diversas sociedades”; assim sendo, consiste no conceito que assume uma posição de destaque inclusive na agenda política mundial.

Tal fato não impede que abordagens do campo da sociologia ou antropologia trabalhem com o conceito de adolescência ou que a saúde se abstenha do conceito de juventude. Exatamente por esta razão, a reflexão sobre esse ponto toma sua importância, principalmente no sentido da realização de análises nos diversos âmbitos.

Pelo que se observa, se por um lado a discussão da juventude tem uma base sociológica, por outro a adolescência costuma ter como principal finalidade a construção de indicadores de risco e vulnerabilidade a serem utilizados principalmente na lógica de

organização formal da atenção à saúde e educação – a partir de evidências epidemiológicas ou relações casuísticas entre determinado fenômeno e fatores do ambiente. Avila (2005), inclusive, traz sua concepção de adolescência de forma claramente biológica como o momento de desenvolvimento no qual ocorrem as maiores mudanças físicas.

Antes de entrar na apresentação das convenções etárias estabelecidas para a adolescência, considero importante a apresentação do trabalho de Peres e Rosenberg (1998), que consiste em parte de sua tese de doutoramento e que propõe um mergulho em relação a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública, como parte de uma Política Internacional de Saúde. Os autores mostram que a discussão ontológica que permeia a adolescência costuma ser secundarizada na construção dos trabalhos e consiste num aspecto de grande relevância por estruturar uma imagem/concepção com a qual se vê e abordará essa população a partir do modelo de saúde/teórico que norteia a atuação dos profissionais em sua área específica. Fato é que:

[...] ao não fazê-lo, não explicitá-lo, em muitos momentos, tende-se a reduzir a compreensão da adolescência ao que se observa em determinados adolescentes, generalizando o observado em seres particulares, singulares, ao universo dos adolescentes e, destes à concepção de adolescência (PERES; ROSENBERG, 1998, p. 55).

Peres e Rosenberg (1998) trazem, a partir disso uma interpretação da adolescência numa visão existencial, por isso, contraditória, não homogênea, em sentidos múltiplos, não linear e amplamente diversa em significados, uma vez que depende das condições objetivas e subjetivas de existência de sujeitos reais. Esse é um olhar que assume um lugar de destaque e deve nortear nosso pensamento durante o processo de abordagem do trabalho proposto, uma vez que se considera o mesmo mais coerente com o eixo teórico de discussão do Modelo Ecológico do Desenvolvimento e também com o sentido trazido pela epidemiologia social.

Ainda de acordo com Peres e Rosenberg (1998), observa-se que o processo de mudança paradigmática na saúde tem sua base no questionamento da perspectiva “limitada” biomédica e discute a inclusão nessa área de aspectos psicológicos e socioculturais. Apesar disso, o discurso presente nos trabalhos científicos costuma não cuidar desses elementos de uma forma horizontal – interdisciplinar e intersetorial – mas de uma forma vertical, onde o que prevalece é uma nova forma de poder do modelo biologicista. Desse modo, os esforços de estudos no sentido da interdisciplinaridade acerca da temática adolescência são ainda usualmente incipientes em análises críticas de aspectos que incluam a construção social do conhecimento sobre adolescência e adolescentes na área da saúde.

Os três últimos elementos reconhecidos na discussão da concepção de adolescência para esses autores, são: a diferença entre tempo de significação e tempo de demarcação (o que alerta para que, mesmo com os esforços de enquadramento da adolescência em uma faixa etária, existe um significado singular de mundo para cada sujeito e uma diversidade de tempos até mesmo no crescimento/desenvolvimento biológico para os adolescentes); a ideia desse momento como um espaço de crise (que leva a uma necessidade de discussão do conceito de crise como potencialidade – negativa ou positiva – que precisam ser visualizados para além do estigma dessa fase que o relaciona intrinsecamente a comportamentos desviantes); e a questão do normal e patológico para a saúde (a qual tem como elemento principal a discussão moderna de ressignificação da lógica positivista dessa área que tem como foco a doença/cura e que traz como consequência “ambiguidades clínicas” a exemplo da estruturação nosológica de uma Síndrome da Adolescência Normal) (PERES; ROSENBERG, 1998).

Assim, a prática de trabalho com a adolescência, mesmo com os novos paradigmas discutidos no mundo para a saúde pós Segunda Guerra Mundial, enfrentam uma ambivalência prática de percepção de sujeitos a-históricos, não empoderados de sua cidadania e limitados quanto a implicabilidade tanto com suas próprias questões existenciais como àquelas que compõem seu contexto.

Nessa conjuntura de diferenciação e caracterização da adolescência, existem divergências inerentes a própria singularidade que a maturidade biológica apresenta de acordo com características como raça, sexo, entre outras. Tendo como base a realidade brasileira, pode-se apresentar dois principais marcos que dão subsídios a fixação de um intervalo etário para a classificação de adolescente. O primeiro é o Estatuto da Criança e do Adolescente, para o qual a fase de criança estaria circunscrita até a faixa etária de doze anos incompletos e, adolescente, de doze a dezoito anos (BRASIL, 2002). A segunda importante referência é a Organização Mundial de Saúde (OMS), para quem a adolescência inclui pessoas entre dez e dezenove anos, compreendendo duas fases distintas: 10–14 anos (pré-adolescência) e 15–19 anos (adolescência propriamente dita) (OPAS/OMS, 1985; 2002).

A categoria faixa etária, entretanto, se por um lado limita e permite didaticamente o estudo de populações que nela estão contempladas, por outro está longe de permitir a compreensão sobre os diversos fenômenos que a esse grupo social está associado, tal como as drogas. Nesse sentido, faz-se mister discutir/entender o que esse sujeito vivencia de forma individual e em seu contexto e que o leva a experienciar a vida.

Isto posto, numa tentativa do estabelecimento de uma dialética acerca desse objeto, acredita-se ser salutar a aproximação de alguns constructos teóricos de Gennep (2012). Este autor, antropólogo francês, tem como uma de suas principais elaborações a descoberta dos ritos de passagem, assim como vem contribuindo sobremaneira também com a utilização da abordagem etnográfica comparativa¹⁴.

DaMata (2000), autor que trabalha com a leitura da linha teórica desbravada por Gennep e que apresenta a obra deste autor na sua versão em português, identifica que o pioneirismo do mesmo reside no rompimento com a universalidade da fisiologia como característica dos conhecidos “ritos de puberdade”, e a partir disso amplia a ideia do plano de estudo individual e descobre uma multiplicidade de formas conscientes ou não que se apresentam em padrões recorrentes do que ele nomeia/resgata como “ritos de passagem”.

Para entendimento da concepção de ritos para Gennep, é interessante lembrar do que são rituais. Rodolpho (2004) apresenta estes como uma maneira de emprestar “formas convencionais e estilizadas para organizar certos aspectos da vida social”, concedendo autoridade e legitimidade para organizar a posição, o valor e as visões de mundo do sujeito. Ocorre, por esse ângulo, uma marca comum é a repetição, a qual tanto é identificável pelas pessoas como também confere uma espécie de segurança/familiaridade. Essa forma permite, ao que diz esta autora (2004) uma celebração de solidariedade, partilha de sentimentos, uma sensação de coesão social; enfim, representa um manifesto contra a indeterminação.

Vale mencionar que:

Se para Lévi-Strauss o ritual coloca em prática o mito, o pensar humano, percebemos facilmente que os rituais não são apenas simples formalidades. As análises rituais, pelo contrário, permitem descortinar um panorama muito mais amplo. As diversas abordagens teóricas demonstram a vitalidade do estudo sobre os rituais, tomados como ferramenta conceitual privilegiada para nos ajudar a entender um pouco mais determinada sociedade, seus valores pensados e vividos (RODOLPHO, 2004, p. 146).

Neste sentido é que Gennep (2012, p. 216), à guisa de conclusões dos ritos de passagem, refere que tanto para indivíduos como para grupos “[...] viver é continuamente desagregar-se e reconstituir-se, mudar de estado e de forma, morrer e renascer. É agir e depois parar, esperar e repousar, para recomeçar em seguida a agir, porém de modo diferente. E sempre há novos limiares a atravessar [...]”.

¹⁴ Informações sobre Gennep disponíveis no site http://pt.wikipedia.org/wiki/Arnold_Van_Gennep, acesso em: 02 abr. 2015.

Alerta-se que os ritos conduzem a uma complementaridade e a uma interdependência, sendo que:

(...) o que está em jogo não é construir um ser psicológica e existencialmente autônomo, mas moldar subjetividades cuja consciência não pode prescindir dos seus companheiros e mestres de iniciação, aqueles que o mortificaram e marcaram o seu corpo, deixando nele o testemunho de seu elo com o grupo na forma de um buraco, um corte e uma cicatriz. A rejeição do mundo, como acentuou Weber, legitima um certo ‘domínio do mundo em virtude dos poderes mágicos obtidos pela renúncia’ (DaMATA, 2000, p. 19).

Silva, Lüdorf e Genep (2012) lembram, não obstante, que “Genep desconsidera a premissa de Durkheim (1996) de que os ritos são condutas que regem absolutamente o comportamento humano, levando o sujeito a determinada situação estática na sociedade”, antes seria um momento intermediário e temporário que possibilita o indivíduo refletir sobre sua existência na sociedade.

De modo prático, Genep (2012) refere que tais ritos podem ser sistematizados em três fases: separação (preliminares), incorporação (margem) e agregação (pós-liminares). A fase liminar (ou soleira) – mesmo com sua característica fronteira, marginal, paradoxal e ambígua – foi destacada, focalizada e valorizada pelo autor por e apesar de produzir efeitos em todas as fases. Os ritos, todavia, tanto podem assumir diferentes interpretações - a depender do ponto de vista de compreensão do fenômeno – como também podem se combinar.

Assim, tais ritos representam um espaço “sagrado” e “profano” tanto na perspectiva individual como do grupo que precisam ser entendidas por ser a partir delas que ocorrem a concretização de entradas e saídas. Para Genep (2012) o mecanismo seria sempre o mesmo – “parada, espera, passagem, entrada, agregação”.

Conforme DaMata (2000), essa concepção de Genep foi interpretada sistematicamente a partir dos anos 60, principalmente por Vitor Turner. Diante disso, duas tendências interpretativas merecem destaque. A primeira que discute os ritos de passagem como “uma resposta adaptativa obrigatória”, prisma sob o qual os ritos assumem o lugar de “elaborações sociais secundárias” com o consequente objetivo de minimizar os conflitos ocasionados pela transição da adolescência à maturidade – “uma passagem postulada inevitável, difícil, problemática e conflituosa em qualquer sociedade humana”. Aqui, o foco é sempre o jovem e os elementos que são arriscados e conflituosos na transição deste no âmbito social.

A segunda linha de interpretação direciona a atenção para o plano coletivo, na qual sua inovação consiste em “tomar o simbolismo dos ritos de passagem como uma

dramatização de valores, axiomas, conflitos e contradições sociais (DaMATA, 2000, p. 12)”. Tendo seu enfoque nas limiaridades dos ritos, ele singulariza e “relativiza” os papéis e processos para além do pecado, patologia e crime (o que é desviante); descobrindo uma positividade dos estados liminares e destacando sua importância para constituir a própria sociabilidade, discussão que abre para possibilidades de enfatizar a “licença ritual”; momentos que fazem oposição às prescrições político-legais e que são importantes para uma outra leitura da sociedade por ela mesma de modo contrário ao instituído (DaMATA, 2000).

A analogia entre os ritos de passagem e o fenômeno das drogas na adolescência, objeto deste estudo, cujas raízes estão inegavelmente no campo social tem na percepção de Gennep uma perspectiva de análise interessante por reconhecer a existência de significados essenciais e relativos quanto a situações como os possíveis ritos que esse uso guarda. Logo, os conteúdos que se apresentam devem ser pensados levando em considerações outros valores que não só a racionalidade do autor/científica ou os critérios sociais, mas também os possíveis códigos que os grupos podem desenvolver a partir de sua experiência comum.

3.3. Uma conjuntura sobre o fenômeno das drogas: convergência de cultura, clínica e política voltada à adolescência

A estruturação do olhar a que se propõe esta pesquisa suscita uma percepção do estado da arte que transita no campo metodológico (apoiado no modelo ecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner), no campo ontológico (compreendendo o sujeito adolescente/na adolescência) e no campo teórico que, alvo deste momento, versa sobre o fenômeno “droga” para discutir os atravessamentos dessa temática com a violência no contexto de adolescentes; violência, esta, que compõe o foco principal do projeto do qual este é um recorte.

Acredita-se, dessa forma, que será possível um conhecimento dessa questão numa lógica teórico-prática como a abordada por Costa (2014) e, consoante citado no momento da introdução, tem como pilar o modelo de desenvolvimento aqui escolhido e adaptado ao trabalho com usuários de substâncias psicoativas – consequentemente, à adolescência em interface com essa questão –, que leva em consideração não apenas a dimensão do objeto droga, como também a do sujeito e do contexto.

Antes que se institucionalize qualquer consideração acerca da temática, é relevante lembrar que as substâncias psicoativas são primariamente elementos existentes na natureza. Como tal, sua presença na Terra e, de modo consequente, sua relação com a espécie humana, faz parte da história conhecida desde sua origem, processualmente modificada pela forma como as relações político-econômicas e científicas vão se estabelecendo.

Aristóteles já referia que “o homem é um animal social” e, segundo essa característica gregária dos homens, é que emergem os elementos culturais (como as formas de organização familiar, religiosa, mágica, os ritos, entre outros), assim como as peculiaridades de temas sociais, os quais tem como elementos característicos: a sociabilidade do fenômeno; os contratos sociais com os quais ele está envolvido; a comunicabilidade e interação social imanente a relação com o objeto observado; os processos sociais que emergem do evento; a cooperação, competição ou conflito decorrente dele; e a acomodação ou assimilação que se efetiva a partir da questão existente (OLIVEIRA, 1994).

Destes aspectos que Oliveira (1994) propõe para diferenciação de uma questão própria da área antropológica ou sociológica, é possível afirmar que o fenômeno do uso de drogas é fundamentalmente um acontecimento do âmbito cultural e social.

Os relatos referentes ao surgimento das drogas, por vezes se apresentam de forma não consensual, como no caso da *Cannabis* (maconha) que tanto é inferida sua “descoberta”

há cerca de 2000 a.C. – com o objetivo terapêutico e ritualístico/espiritual na China, Índia e Egito (NIEL, 2011); como também há 4000 a.C., na China (nas formas mencionadas e como matéria prima para fabricação de cordas e tecidos) (MACRAE, 2014). Fatos como esse igualmente apontam para as diversas possibilidades dos usos dos elementos naturais que dão base a função drogas.

O ópio, por sua vez, Niel (2011) e MacRae (2014) consensuam seu aparecimento pelos idos de 4000 a.C, sendo que o primeiro aponta seu advento restrito a civilização suméria (os quais a batizam como “planta da alegria”) e, para o segundo, sua localização de origem é ampliada para região da Ásia Menor e também da Europa. De acordo com MacRae (2014, p. 31), ela “foi considerada até o século XIX uma dádiva divina para aliviar inúmeras mazelas do ser humano, especialmente a dor”.

Ainda no que concerne a história das drogas ilícitas¹⁵, vale citar três substâncias. A primeira delas é a heroína, que foi sintetizada em 1895 pela companhia alemã Bayer e cujo nome vem do alemão *heorisch* (heroico), o qual foi cedido aos aliados no ano de 1918 como compensação à I Guerra Mundial (NIEL, 2011; NUNES; JOLLUSKIN, 2015). Inicialmente, seu uso estava relacionado a analgesia e às suas propriedades antitussígenas para crianças, prática que ocorreu mesmo que representasse um alto potencial de adicção (NIEL, 2011). Nunes e Jóluskin (2015) lembram inclusive que a mesma foi apresentada no mercado como uma substância cinco vezes mais potente que a morfina (fato que converteu a até então pequena produtora de corantes em uma fantástica produtora de fármacos).

A segunda trata-se do ácido lisérgico dietilamida, mais conhecida por sua sigla em alemão LSD (*Lysergsäurediethylamid*). Sintetizada em 1938 pelo laboratório suíço Sandoz (do grupo Novartis), sua popularidade se deu na década de 1960 e ocorre em grande relação com o movimento *hippie* e das bandas de *rock* da época, levando a um período conhecido como “psicodélico” e a um movimento maior de contracultura, cujas bases estavam situadas na contestação das normas e rebeldia dos jovens (NIEL, 2011; WIKIPÉDIA, 2015).

¹⁵ Quanto ao estudo das drogas, alguns conceitos são processualmente construídos, dentre os quais tem-se o de licitude e ilicitude. Tais termos surgem do campo do direito e da segurança e se referem, respectivamente, a aceitabilidade ou não, sócio jurídica, em relação ao comércio e uso de determinada substância, em determinado lugar. Nessa discussão, coexistem temas extremamente contemporâneos pautados pelo legislativo, quais sejam: a legalização (o qual se refere a inclusão de uma determinada substância na lista de droga lícita) e a descriminalização (que, não tem necessariamente uma relação agregada com a licitude da droga, mas propõe um olhar diferenciado entre tráfico e uso, sendo deslocado o lugar do sujeito usuário de drogas do campo jurídico de infrator para o da saúde como pessoa que necessita de cuidados).

A terceira consiste na cocaína, cujo nome Ferreira e Martini (2001) lembram derivar da palavra aimará *khoka* (árvore) e, desse modo, suas raízes estão relacionadas a grandes civilizações pré-Colombianas dos Andes e datam de mais de 4500 anos. Os autores referem seu significado sagrado para os incas conectado a uma lenda que une artes e agricultura, além de ter sido de uso privilegiado da nobreza daquela civilização. No entanto, Niel (2011) fala que a sintetização da cocaína, doravante o isolamento da substância ativa, ocorre apenas por volta de 1580 e seu uso passa a ser bem difundido a datar de 1800 em função de suas propriedades analgésicas e anestésicas. Convém apontar que, tendo como base a cocaína, surge uma nova droga cuja inferência midiática é forte – o crack.

Em relação ao crack, Perrenoud e Ribeiro (2012) reportam que seu advento ocorreu em regiões vulneráveis de três Estados americanos entre 1984 e 1985. De acordo com os autores, sua forma precursora irrompe no princípio dos anos 80 a partir do processo de refino da cocaína e cuja atração se deve ao menor preço absoluto em relação a matéria-prima (sendo utilizada tanto por usuários de cocaína refinada, como também de maconha e/ou poliusuários).

A concepção de ilicitude de drogas remete, em contrapartida, a um conjunto de substâncias aceitas para o uso social – as drogas lícitas. Considerando a cultura brasileira, aquelas que suscitam principal menção nesta classificação são o álcool e o tabaco. O álcool é citado como medicamento em documentos de 2200 a.C. no Oriente Médio, assim como também tem seu uso bastante referido no antigo Testamento (MACRAE, 2014). Já desde a descoberta do Brasil, os portugueses perceberam o costume indígena de produzir o *cauim*, bebida fermentada a partir da mandioca e, mais tardiamente, a cachaça foi descoberta com o processo de produção de açúcar, surgindo dos resíduos desta fabricação e dispensada à princípio aos animais e escravos (ANDRADE, 2011).

Quanto ao tabaco, este é originário da América e já era utilizado pelos povos indígenas com objetivo terapêutico (NIEL, 2011), sendo levado pelos espanhóis para o continente Europeu no século XVI e utilizado na forma mascada ou aspirada (conhecida como rapé) com proposta de combate a enxaqueca (NIEL, 2011; WIKIPÉDIA, 2015). Niel (2011) conta que aproximadamente em 1800 é que o produto começa a ser utilizado de maneira fumada e passa a ganhar popularidade.

É preciso também lembrar que na perspectiva da discussão sobre drogas, outro fenômeno contemporâneo que tem assumido destaque no âmbito da saúde consiste no uso abusivo de fármacos, dentre eles os medicamentos utilizados comercialmente como psicofármacos. Por esse ângulo, substâncias como os benzodiazepínicos tem grande

expressividade, mas traz-se aqui o exemplo da morfina que é abordada por Nunes e Jólluskin (2015). Esta “foi usada indiscriminadamente entre os feridos da Guerra de Cesseção nos Estados Unidos da América, entre 1861 e 1865, vindo a originar a então designada ‘doença do exército’, pelas graves situações de dependência então criadas (NUNES; JOLLUSKIN, 2015, p. 235)”. De acordo com estes autores, nesta época até missionários religiosos levavam consigo essa substância, a qual era igualmente conhecida como “ópio de Cristo”.

Diante dessa historicidade apresentada do uso de drogas, dois aspectos introdutórios merecem alusão: o nome atribuído a cada droga e o fenômeno de disseminação das substâncias psicoativas no mundo. O primeiro torna-se importante em virtude do entendimento de que, uma vez parte da cultura dos povos, a inclusão da prática de uso em uma nova cultura tende a produzir expressões singulares para designação da mesma substância. Este fato leva a necessidade de atenção quanto ao estudo das drogas de modo a evitar que se construa a falsa impressão do surgimento de novos compostos químicos a serem incluídos nessa discussão. Nesse sentido, a ciência tem colaborado no estudo e sistematização de nomenclaturas universais a partir da linguagem instituída por esse campo.

O segundo compete ao entendimento da forma como substâncias antes naturalmente encontradas em uma região e harmonizada em práticas culturais, com destaque para os usos em contextos relacionados a espiritualidade e saúde, disseminam-se e provocam uma crise nesse modo de uso. Nunes e Jólluskin (2015, p. 235) citam que “os mecanismos de generalização do consumo de substâncias foram vários, incluindo modas e até guerras”. Nessa lógica, MacRae (2014) também menciona a maneira profana de utilização das substâncias quando se reporta ao hábito de ingestão de produtos como a coca, guaraná, mate, café, chá, noz-moscada, entre outros conhecidos por aumentar energia e diminuir a fome. MacRae (2014) mostra ainda que, como processo histórico, esse uso pode variar numa mesma cultura “do sagrado ao profano, da tolerância do seu uso à sua intolerância”.

Da mesma forma, processos como o expansionismo imperialista, a mercantilização (início do capitalismo) e a globalização são fenômenos que promovem a disseminação das substâncias psicoativas no mundo. Por conseguinte, essa forma abrupta de introdução de usos de drogas demonstra disparidade com o tempo necessário para construção cultural deste uso, o que acaba por levar a uma assimilação das drogas muitas vezes destoante dos costumes locais e, isto posto, resultando em descompasso com as produções de organização social do lugar. Destarte, tais eventos interferem na cultura de cada povo promovendo crises e ressignificações de práticas culturais, o que pode refletir também sobre a

simbologia dos usos já estruturados por uma civilização e favorecendo novos usos, inclusive excessivo, fato que pode resultar numa mudança no cenário de abuso associado a determinada droga.

Essa sutileza apresentada sobre os limites para o uso no contexto das drogas é tema de discussão de várias áreas da ciência, conforme nos fala Carneiro (2009, p. 14):

O excesso é sempre uma fronteira difícil de se calcular precisamente nas idiossincrasias de cada um e de cada sociedade em particular, nas fases da vida, nas formas de se autoconhecer (...). Diante dos riscos dos maus usos das coisas em geral, e dos prazeres em particular, seja do vinho ou do ópio, da comida, da bebida ou da luxúria, abriu-se um intenso e interminável debate entre os filósofos, os médicos e os teólogos, funções que em muitas épocas eram difíceis de separar.

No sentido até então apresentado, em que o fenômeno dos usos de drogas constitui uma prática que é tomada socialmente como demanda, importa perceber que seu contexto é permeado por crises, as quais abrem possibilidades (positivas e/ou negativas), constituem fissuras, mobilizam afetos, alimentam e são alimentados por agenciamentos. Isso leva a escolhas sociais, determina o estabelecimento de poder – num plano organizativo –, num emaranhado de linhas duras, flexíveis e de fuga, promovendo movimentos de desterritorializações e reterritorializações. Enfim, constituem uma política a que Deleuze e Parnet (2004) trabalham como debate de uma micropolítica existente e que em sua sutileza representa o real cotidiano de constituição do devir dos sujeitos sociais. Essa perspectiva atravessa e se embrinca nos diversos modos de uso de drogas e de trabalho empírico ou assistencial sobre esse tema, sendo uma forma de ser/lidar com o mundo por parte dos sujeitos usuários e dos sujeitos que estão em relação com estes, o que dinamiza as discussões da temática nos espaços institucionais, assim como nas sombras da “invisibilidade” das drogas e no cotidiano de relações que se estabelecem na sociedade.

Os reflexos institucionais em espaços que representam o poder – incluindo-se aqui tanto o Estado como regulador e figura de poder na sociedade, como as Religiões – levam a diversos desenrolares, sendo um dos mais comuns o trazido por Carneiro (2009), qual seja, o de influência no mundo anglo-saxão “de correntes puritanas do metodismo e de outros grupos religiosos, [... onde] uma frente política passou a defender, desde o século XIX, uma atitude extrema: a proibição do álcool, do tabaco, e de muitas outras drogas de uso recreativo (CARNEIRO, 2009, p. 15)”.

MacRae (2014) complementa acerca desses movimentos de proibicionismo do uso de drogas, citando: a cristianização do império romano no século IV (em que o significado de mortificação e o colapso do paganismo levaram a uma estigmatização das

substâncias anteriormente utilizadas) – que provocou mais à frente no século X a resignificação do uso de drogas como um ato de bruxaria ou heresia e merecedora de punição; e a decadência do poderio islâmico, a partir do século XIV, fato que levou a atos de intolerância de movimentos fundamentalistas que perseguiram inclusive usuários de álcool e *Cannabis*.

Essas iniciativas despontadas localmente pelo mundo e posteriormente percebidas em todo ele, lembram a discussão de Castels (1999) que colabora com uma leitura conjuntural referente a “Era da Informação”, marcadamente característica do período pós-moderno. Nesse sentido, o autor argumenta que a comunicação assume um diferencial exponencial no contexto social do século XXI – com o advento das tecnologias de informação e comunicação – consolidando o fenômeno de globalização, constituindo uma sociedade em rede e que, todavia, representa um movimento bem mais amplo de um processo sócio-econômico-cultural (de multietnicidade; de multiculturalismo; de novas formas de comunicação de massa; de uma nova relação entre espaço e tempo; de dissociação do espaço em lugares e fluxos; de complexificação das relações em rede; e de dissociação da ideia de tempo – que se amplia em uma perspectiva temporal, atemporal e glacial). Tais fenômenos se relacionam dialeticamente com os usos de drogas, na medida em que a sociedade busca e necessita de novos olhares para lidar com o que o autor chama de “tempos confusos”, ou “períodos de transição entre diferentes formas de sociedade”.

Logo, além do entendimento das microrrelações vigentes quando se pauta a discussão do cenário de proibicionismo ou liberalização do uso de drogas, que estão adequadas à realidade sociocultural no âmbito das diversas nações do mundo, é identicamente de fundamental importância perceber os elementos macropolíticos que determinam uma linha de condução institucional do Estado globalizado quanto a esse tema.

Por esse ângulo, mesmo concebendo-se a soberania das nações no desenvolvimento de suas leis alusivas ao tema, é possível perceber nessa sociedade em rede – a que remete Castells (1999) – direcionamentos de âmbito internacional que tanto interferem politicamente no modo como os governos tratam o enfrentamento às drogas, assim como no significado das drogas para as várias sociedades e que, durante muito tempo, esteve apontado estritamente a uma postura de guerra/supressão.

O entendimento desse fato avoca, outrossim, uma aproximação entre os fenômenos drogas e violência. Isto ocorre por diversos fatores, tais como: o citado uso de droga assumindo a função de apoio para lidar com as síndromes produzidas pelas guerras; as

situações limites enfrentadas pelas pessoas frente a outras questões que envolvem disputa de poder, tal como a perversa desigualdade social produzida pelo modelo socioeconômico do capital; o processo de ressignificação das instituições que balizam o Estado-nação; e as relações invisíveis e de margem em que são colocadas as drogas no âmbito do tráfico.

Tendo em vista a conexão declarada entre uso de drogas e guerras, abre-se aqui um espaço para conduzir o raciocínio dos direcionamentos instituídos sobre o tema drogas a partir do contexto violento das guerras.

A guerra, apesar de caracterizar desde tempos imemoriais, a vida internacional, é uma situação-limite. Representa a abolição, durante a sua vigência, de um dos mais antigos tabus da espécie humana – a proibição do homicídio, base do direito à vida, hoje considerado o mais intangível dos direitos humanos. Com efeito, a guerra converte a ação de matar outros seres humanos não apenas em algo permitido e legitimado, como também em algo comandado. É esta exceção ao mandamento do *não matarás* que insere a guerra na agenda ética do problema do mal no mundo. Com efeito, considerando-se, como sugere Bobbio, as duas dimensões do mal - o mal ativo, associado à vontade de poder, à prepotência, ao exercício da violência em todas as suas formas, e o mal passivo, que se refere à perspectiva das vítimas, que sofrem uma pena sem culpa, pode-se dizer que a guerra representa a combinação destas duas dimensões do mal em grande escala. Não é por acaso que *projetos de paz*, como o do Abbé de Saint-Pierre, ou o de Kant, foram elaborados depois de guerras européias. Não é igualmente por acaso que a perspectiva das vítimas de guerra, a perspectiva *ex parte populi*, introduzida na agenda política pelos processos de democratização, tenha levado a diversas formas de pacifismo. (LAFER, 1995, p. 169)

Adaptada tal citação ao contexto das drogas, a perspectiva de um olhar sobre o fenômeno do uso a partir de uma metáfora de guerra pode levar a sensação de que aja uma permissividade aos homicídios reais e sociais (aqui entendido no sentido também de direitos humanos e jurídico) como ameaças presentes cotidianamente na existência dos usuários de drogas e a enviesamentos compreensivos acerca dessa temática, onde a descontextualizada vitimização do sujeito frente a droga – objeto representativo do ato violento – também direciona atitudes do poder instituído no sentido da tutela e sujeição dessas pessoas em favor de um suposto “próprio bem” sob a égide do “bem coletivo”. Talvez disso, surja o modelo de “guerra às drogas”, simultaneamente lógico – como estratégia de um mundo pacificado – e incongruente – como proposta de um mundo democrático.

Seguindo na visão sobre guerras e violência, observa-se que estratégias de formulações de alianças políticas são propostas desde muito tempo no sentido de auferir um objetivo comum no espaço das guerras, prioritariamente por meio de apoio armamentista para imposição de um poder maior. Todavia, processualmente essa estratégia passa por transformações. Exemplo disso foi a Liga das Nações, estabelecida com o fim da Primeira

Guerra Mundial (1914-1918) e cujo foco era a “manutenção da paz”. No entanto, sua derrocada é precipitada pela incapacidade de agregação de novos componentes, pelo seu foco de paz ser balizada em uma corrida armamentista e pela sobreposição de interesses individuais de desenvolvimento industrial de algumas nações europeias.

Xavier (2007) noticia que já em 1914, mesmo antes da I Guerra Mundial, percebia-se uma razão para “a ideia de se institucionalizar uma O.I. [Organização Internacional] com fins políticos, numa base de continuidade e permanência, que gerisse conjuntamente interesses comuns sem se ficar refém de jogos inconstantes de alianças militares que mantivessem os frágeis equilíbrios de poder”.

O processo histórico de pactos entre nações e de organização de estratégias de enfrentamento ao cenário de guerra tinha como destaque a conscrição, ao que Ferraz (2008) declara apresentar uma evolução peculiar no período moderno, determinando duas transformações básicas: a cristalização do culto à pátria; e a profissionalização dos exércitos a partir do século XIX (levando tanto a um modelo educacional voltado a sensibilização de sujeitos preparados para o “sacrifício patriótico”, na mesma medida em que se torna um mercado aberto como oportunidade capital).

Os resultados preliminares dos esforços de organização internacional contra a violência no período entre as duas grandes guerras demonstraram sua limitação na medida em que não se conseguiu atingir uma ampla adesão de nações, do mesmo modo em que se mostra incapaz de mediar outra saída para os conflitos mundiais que não a II Grande Guerra (1939-1945).

Por ocasião do desenrolar da II Guerra Mundial e das reconfigurações do campo político-econômico e social gerado por ela, uma outra estratégia de Organização Internacional entra em pauta e tem grande importância no contexto político atual para a discussão sobre drogas e violência, a Organização das Nações Unidas. Sardenberg (2013) menciona que sua concepção se dá pelos idos de 1945, na cidade de São Francisco, tendo como objetivo atuar diante dos macroproblemas internacionais de natureza política, militar, econômica, social, ambiental e jurídica. Observa-se que em 2007, ela já contava com 192 integrantes. Esta organização “funciona seja como instância de mediação ou interveniência em situações críticas, isto é, altamente conflituosas, seja como foro para a paulatina construção da ordem internacional (SARDENBERG, 2013, p. 15)” e demonstra aceitabilidade tendo em vista o aumento de signatários, circunstância que legitima a atuação por meio de sanções frente àqueles que violam seus princípios.

A Carta das Nações Unidas¹⁶ consiste no documento que reúne, portanto, a estruturação do pacto instituído entre as nações, sendo alicerçado pelos propósitos de: manutenção da paz e segurança internacionais; desenvolvimento de relações amistosas entre as nações, baseadas no respeito ao princípio de igualdade de direitos e de autodeterminação dos povos; alcance de uma cooperação internacional para resolver os problemas internacionais de caráter econômico, social, cultural ou humanitário, e para promover e estimular o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais; e harmonização da ação das nações para a consecução desses objetivos comuns (SITE DAS NAÇÕES UNIDAS).

Sardenberg (2013) analisa que a Carta demonstra clara simbiose entre as dimensões políticas e econômicas, e entre o curto e o longo prazos. Obviamente, essa conjuntura não apregoa a abolição da corrida armamentista, antes desloca a forma de articulação mundial e a tensão centrada no poderio militar, tema este que é aglutinado na institucionalização da carreira militar e tratada de forma sutil como parte das questões mundiais. Todavia, o que merece maior destaque é a consolidação, desse momento em diante, de um sistema de governança internacional, ou seja, “um sistema de ordenação que depende de sentidos intersubjetivos, mas também de constituições e estatutos formalmente instituídos (...) [isto é,] um sistema de ordenação que só funciona se for aceito pela maioria (ou pelo menos pelos atores mais poderosos do seu universo) (ROSENAU, 2000, p. 16)”.

A estrutura da ONU tem como base seis órgãos principais: a Assembleia Geral; o Conselho de Segurança; o Conselho Econômico e Social (ECOSOC); o Conselho de Tutela; a Corte Internacional de Justiça (Tribunal de Haia); e o Secretariado. Sua atuação se dá em diversas áreas por meio de 25 organismos intergovernamentais – ou programas – dos quais vale ressaltar, pela relação com nosso tema, a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e a Organização Mundial de Saúde (OMS). Ademais, existem 10 programas específicos para determinadas regiões, dos quais compete lembrar o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Escritório das Nações Unidas contra Drogas e

¹⁶ Por sua vez, os princípios que o regem são: igualdade de todos os seus Membros; cumprimento das obrigações assumidas na Carta; resolução de controvérsias internacionais por meios pacíficos; abstenção a ameaça ou ao uso da força contra a integridade territorial ou a dependência política de qualquer Estado, nas relações internacionais; dar assistência às Nações Unidas em qualquer medida que a Organização tomar em conformidade com os preceitos da Carta; expansão dos princípios da Carta das Nações Unidas a todas as nações não signatárias; respeito a jurisdição dos Estados, assim como isenção de obrigatoriedade na submissão de assuntos a uma solução (SITE DAS NAÇÕES UNIDAS).

Crime (UNODC). Ela conta ainda com uma Universidade das Nações Unidas (UNU), o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH) e diversas outras instituições de pesquisa e treinamento.

Os pactos estabelecidos a partir da Carta das Nações Unidas foram reforçados pela Declaração do Milênio, assinada em 2000, determinando que os valores fundamentais para as relações internacionais são: a liberdade, a igualdade, a solidariedade, a tolerância, o respeito pela natureza e a responsabilidade comum (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2000).

Diante dessa discussão de guerras e violência e, ao pensar a Organização das Nações Unidas como uma instituição que representa a governança no âmbito mundial, os temas violência e drogas dialogam no âmbito dessa instituição como parte de uma agenda política, seja sobre o ângulo da vigilância assim como no desenvolvimento de pactuações internacionais na resolução de problemas como o tráfico (tema extremamente delicado que traz em sua dimensão interfaces de violência e drogas).

A ligação feita, a partir do tráfico de drogas, entre violência e drogas precisa ser contextualizada nos ganhos secundários dos mercados armamentistas (que aí encontram grande espaço), na invisibilidade produzida pela situação de ilegalidade desse “mercado” de substâncias psicoativas (que desloca a análise de interesses a uma marginalidade do tema) e a uma tendência inicial a aglutinação da ideia de guerra também ao tema das drogas. Talvez por isso, o pensamento primário no âmbito político seja o de extinção das drogas, centrada na judicialização e criminalização dessa prática.

Ademais, olhar o cenário do uso de drogas na contemporaneidade, necessita pensar que a crise pós-moderna traz algumas contingências para a sociedade no sentido de reflexão, como a que representada na fala de Castells (1999, p. I):

A urgência de uma nova abordagem para que compreendamos o tipo de economia, cultura e sociedade em que vivemos é intensificada pelas crises e conflitos que caracterizaram a primeira década do século XXI. A crise financeira global; as mudanças drásticas nos mercados de negócios e mão-de-obra; o crescimento irrefreável da economia criminosa global; a exclusão social e cultural de grandes segmentos da população do planeta das redes globais que acumulam conhecimento, riqueza e poder; a relação dos descontentes sob a forma do fundamentalismo religioso; o recrudescimento de divisões nacionais, étnicas e territoriais, prenunciando a negação do outro e, portanto, o recurso à violência em ampla escala como forma de protesto e dominação; a crise ambiental simbolizada pela mudança climática; a crescente incapacidade das instituições políticas baseadas no Estado-nação em lidar com os problemas globais e as demandas locais; tudo isso são expressões diversas de um processo de mudança multidimensional e estrutural que se dá em meio a agonia e incerteza.

Para fins de esclarecimento dessa violência a que se faz menção, vale recorrer a definição da OMS, apresentada por Dahlberg; Krug (2007, p. 1165), em que declara esta como “o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. Os autores complementam a percepção desse fenômeno, a partir dessa definição, lembrando que há uma associação entre intencionalidade e o ato, além de que o conceito de “poder” aí posto amplia a concepção do ato que não precisa se apresentar necessariamente identificável visualmente e que podem representar até mesmo uma atitude de não agir. A violência tem sua tipologia mais ampla classificada em: auto infligida, interpessoal e coletiva (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Com base na apresentação da Organização das Nações Unidas e suas instituições componentes, retorna-se ao foco do uso de drogas observando que este tema – como parte da agenda política mundial – é direcionada pelo UNODC e outras instituições que o dão apoio, como a Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE) ou a International Narcotics Control Board (INCB) – órgão estabelecido em 1968, de acordo com a Convenção de Drogas de 1961, cujo propósito é a fiscalização independente para a implementação das Convenções Internacionais das Nações Unidas de controle de drogas.

Os marcos legais internacionais produzidos pela ONU para tratar do tema drogas são três, sintetizados por Maximiano e Paiva (2014, p. 214) no quadro seguinte.

Quadro 1 - Principais assuntos das Convenções da ONU.

Convenção (ONU)	Ano	Principais assuntos
Convenção Única sobre Entorpecentes (Nova Iorque, EUA) ¹⁷	1961	Definem substâncias que devem ficar sob o controle da comunidade internacional, estabelecem regras para garantir a disponibilidade de tais substâncias para uso médico e científico, e para evitar o desvio para o comércio ilícito.
Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (Viena, Áustria)	1971	
Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas (Viena, Áustria)	1988	Estabelece diretrizes para o controle e punição do tráfico ilícito de entorpecentes e define estratégias de colaboração entre países.

¹⁷ Esta convenção sofre uma emenda que é conhecido como Protocolo de 1972.

A UNODC, enquanto instituição responsável pelas discussões e direcionamentos relacionados a temática drogas – como já referido na introdução deste trabalho –, reúne um conjunto de pesquisas com a finalidade de vigilância da questão drogas, tráfico e crimes no âmbito mundial. Ela tem divulgado relatórios mundiais desde o ano de 1997 (sendo que a partir de 2004, tais relatórios são publicados anualmente) e, de 1999 a 2003, publicou as tendências globais de drogas ilícitas. No mais, apoia e divulga os inquéritos sobre crimes e drogas; boletins sobre narcóticos (com artigos técnicos e científicos, sendo o último divulgado online no ano de 2008); e a revista “Perspectivas” que tem como objetivo “trazer os seus leitores mais perto das pessoas por trás das questões gerais de drogas, crime e terrorismo” (site UNODC).

Alguns modelos vão, então, surgindo no sentido de estruturar estratégias de se abordarem às drogas, formas essas que influenciam e pressionam as diversas nações. Logo, o primeiro modelo adotado internacionalmente – focado na “guerra às drogas” – tem como pilares a redução de oferta e redução de demanda.

A redução de oferta e demanda consistem em estratégias alicerçadas na compreensão da droga como uma questão fortemente direcionada no âmbito jurídico/legal e de segurança pública. Dessa forma, as práticas deveriam ser apoiadas tendo como fundamento o combate ao tráfico (evitando, portanto, a oferta da substância no mercado) e o posicionamento do usuário normalmente no lugar de infrator, na medida que adquire um produto ilegal para uso/consumo. Considerando-se esse binômio, sua influência sobre os serviços de saúde oferecidos aos usuários costuma ser percebido centrado na concepção moral e com foco na abstinência, sendo reconhecidas como espaços de vigilância em saúde (como também de segurança). Brasil (2001) sistematiza a ideia apresentada sobre redução de oferta a partir das ações de erradicação das plantações, destruição dos princípios ativos, combate à lavagem de dinheiro e fiscalização e controle da produção, comercialização e uso; quanto a redução da demanda, é incluído o propósito de tratamento dos usuários e dependentes.

Tal dimensão do problema – drogas, violência e tráfico – é tratada no panorama da Comissão Latino-Americana sobre Drogas e Democracia quando abordam também considerações sobre os limites dos eixos de trabalho sobre a oferta e a demanda:

A violência e o crime organizado associados ao tráfico de drogas ilícitas constituem um dos problemas mais graves da América Latina. Frente a uma situação que se deteriora a cada dia, com altíssimos custos humanos e sociais, é imperativo retificar a estratégia de “guerra às drogas” aplicada nos últimos trinta anos na região (COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA, 2011, p. 7).

Em vista disso, esta Comissão (2011, p. 7) apresenta a limitação dessa proposta quando fala que “as políticas proibicionistas baseadas na repressão à produção e de interdição do tráfico e da distribuição, bem como a criminalização do consumo, não produziram os resultados esperados. Estamos mais distantes que nunca do objetivo proclamado de erradicação das drogas”.

Weingardt e Marlatt (1999), discutindo a realidade da política norte-americana (que representa o grande ícone defensor desse modelo de abordagem a questão das drogas), apresenta uma avaliação realizada pela *General Accounting Office – GAO* sobre os programas do país que visavam o combate aos narcóticos, em que a agência aponta os esforços do país como de ganhos parciais, sendo informado que ‘(...) embora esses esforços tenham tido certo êxito, incluindo o aprisionamento de traficantes e a erradicação, confisco e desmantelamento do transporte de drogas ilegais, não reduziram substancialmente a disponibilidade de drogas (U.S. GAO, 1997 *apud* WEINDARDT e MARLATT, 1999, p. 252)’.

A proposição do modelo de saúde pública que demonstra semelhança com essa lógica, se não está associado ao que Foucault (2010) apresenta como um primeiro movimento na história da medicina – cujo foco está numa espécie de policiamento do social, focado na morbidade e na normalização dessa prática profissional –, mas certamente guarda intimidade com o que o autor considera a segunda direção desta profissão – uma medicina urbana, com métodos estruturados de vigilância e hospitalização, um controle dos corpos e das coisas, da medicalização, e da higiene pública.

Contudo, outro modelo irrompe paralelamente – não vinculado anteriormente aos órgãos das Nações Unidas – e é denominado redução de danos. Ele tem como fundamento o aspecto do cuidado (nas diretrizes de promoção e prevenção) sem pretensões de atingir obrigatoriamente a oferta ou consumo (BRASIL, 2001).

Marlatt (1999) informa que a proposta de redução de danos possui cinco princípios básicos: “A redução de danos é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas”; “A redução de danos reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos”; “A redução de danos surgiu principalmente como uma abordagem de ‘baixo para cima’, baseada na defesa do dependente, em vez de uma política de ‘cima para baixo’ promovida pelos formuladores de políticas de drogas”; “A redução de danos promove acesso a serviços de baixa exigência como uma alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência”; e “A redução de danos baseia-se nos princípios do pragmatismo empático *versus* idealismo moralista”.

A concepção de uma estratégia do campo da saúde, como a redução de danos, que demonstra maior factibilidade no trato com a questão das drogas, surge em Liverpool (na Inglaterra de 1929) a partir do entendimento particular da medicina como a profissão capacitada a incluir drogas no tratamento do uso de drogas. Sua sistematização ganha espaço na associação entre duas questões para a saúde pública – drogas e DST/Aids – na década de 1980. Nessa época, tal propositura se justifica em virtude da associação entre disseminação do vírus e uso de heroína injetável, contudo, processualmente agregam-se outras ações: como a distribuição e troca de agulhas e seringas na Holanda e na Inglaterra, entre 1986 e 1987 (NIEL, 2011; BRASIL, 2001).

A associação entre o estigma do uso de drogas e a política internacional centrada no combate a oferta e a demanda, levam a uma discussão complexa que tende inicialmente a discriminar a redução de danos pelo que Marlatt (1999) refere como alegações ilegítimas de uma suposta ligação restrita dessa proposta com a apologia às drogas, como movimento de legalização. Nada obstante, cada vez mais a proposta de redução de danos tem conquistado espaço e demonstrado efetividade.

As controvérsias políticas quanto à temática são corroboradas por Boiteaux (2011, p. 107) quando fala que:

Em que pese seus bons resultados, a redução de danos continua sofrendo oposição direta de órgãos internacionais de controle de drogas, que consideram que sua utilização pelos países implicaria violação por “estimular o consumo de drogas”. Contudo, em outras esferas das Nações Unidas, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Unaid, tais estratégias, paradoxalmente, são recomendadas como modelo de prevenção.

Na sessão “caminhos e contextos” da Revista Diálogos (2009), é anunciado que no mesmo ano desta publicação, o ECOSOC, em Genebra, havia aprovado uma resolução relacionada com o trabalho do Programa Conjunto de Aids das Nações Unidas (UNAIDS) em que continha “moção de apoio à Redução dos Danos – primeira declaração oficial a falar de redução dos danos deste órgão da ONU”.

Desse modo, os avanços que se observa na última década com relação a discussão das drogas inclui o processual aumento de aceitabilidade da redução de danos – no âmbito de das Nações Unidas –, mas também a inclusão de discussões mais ampliadas para o desenvolvimento de estratégias em que a realidade social é encarada na sua interface com esse fenômeno.

Até a presente ocasião deste texto, é evidente que a temática do uso de drogas demonstra interface entre várias práticas (da saúde, da segurança, da cultura, da economia, do trabalho, entre outras), demandando uma interdisciplinaridade relativa ao fenômeno. Observa-

se, no entanto, que duas áreas têm polarizado historicamente a discussão – a segurança e a saúde. Esta última toma um espaço particular na perspectiva desse estudo, tendo em vista ser a área de que parte a experiência do autor e demanda ser refletida como campo e como processo em contínua modificação, sendo importante como prática. Além disso, tanto guarda proximidade com o sujeito usuário de drogas, como se configura enquanto elemento importante para a macropolítica, e interfere de modo vital na micropolítica representada pela *práxis* da abordagem à questão das drogas.

Olhar no sentido da saúde e da abordagem ao usuário é importante ainda na qualificação do prisma de análise do sujeito referente ao endossistema e mesossistema do modelo de desenvolvimento de Bronfenbrenner.

Nessa acepção, opta-se por apresentar aspectos da história da abordagem ao processo saúde-doença no mundo ocidental, o qual exhibe uma relação íntima com o movimento de constituição da medicina no espaço da ciência. Tal enfoque é trabalhado nos estudos de Foucault (2009; 2010), o qual inclui aliás o processo paralelo de instituição do hospital como cenário para o contexto das doenças – sobretudo o adoecimento mental – e construindo uma percepção acerca da genealogia do poder existente também na realidade do trabalho na saúde. A saúde-doença mental assume destaque nos escritos do autor pela singularidade do fenômeno, distintos em intensidade e invisibilidade, a que os indivíduos eram sujeitados nos espaços dos serviços constituídos para o “cuidado”. Assim, no trabalho voltado à doença é possível se entender relações metafóricas com o que Foucault (2009a) expõe relativo a uma abordagem de vigilância e punição no espaço das prisões, onde o sofrimento amargado pelo sujeito permitiria o disciplinamento dos corpos e seu adestramento para adequação a uma norma. Nesse espaço é que se situa a discussão da abordagem às drogas e, não é à toa, que para o campo da saúde essa questão tenha sido introduzida exatamente neste recorte.

Nada obstante, o período da modernidade tem aberto espaços de análise e crítica que são favorecidas pelo desenvolvimento da própria ciência e do processo democrático. Capra (1997) pode ser citado como exemplo dessa reflexão quando propõe uma análise do contexto da modernidade e inclui a compreensão do modelo instituído na saúde por ocasião da lógica positivista – que norteia o modelo biomédico –, assim como as perspectivas de mudanças a partir de teorias como a concepção sistêmica da vida. Por esse ângulo, duas questões fundamentais e interdependentes merecem ser observadas: a clínica da abordagem ao processo saúde-doença e a questão sobre o que é normal e patológico.

Segundo Michaelis (2015), a palavra clínica vem do grego *kliniké* e refere-se ao campo da medicina, como uma “preleção de instrução médica feita em um hospital ao lado da cama de pacientes que servem de objeto de estudo” ou “prática ou exercício da medicina”.

Foucault (2013), em sua obra “O nascimento da clínica”, aborda historicamente este conceito, reconhecendo tal discussão no campo linguístico como uma forma de construção do discurso científico da medicina, representando o ato do diálogo que desloca a relação indivíduo – doença externa a ele, ao indivíduo – doença interna a ele; e teatralizado a partir do corpo. Ademais, associa-se com a forma como se olha para o binômio vida – morte/finitude. Isso é incorporado na questão das drogas, determinando ao usuário a condição de doente com quem se pode experienciar a descoberta empírica de um desenho que se busca objetivo/colorido e que metaforicamente é representado por Foucault (2013) quando o mesmo infere a mudança para o estatuto da clínica conforme um jogo no qual significativamente substitui-se a questão “o que é que você tem?”, pela pergunta “onde lhe dói?”.

O modelo de clínica remete, inclusive, a um olhar sobre a antropologia da doença, tema a que se dedicou Laplantine (1991) e que, entre as várias reflexões sobre modelos que se constituem na evolução histórica da profissão médica, interessa aqui ponderar sobre a relação etiológico-terapêutica. Nesse âmbito, a clínica médica é representada não por uma, mas por algumas possibilidades descritas pelo autor (1991), como:

- a representação etiológica pautando-se sobre a descoberta de uma causa/uma clareza do adversário, responsabilizado e combatido (sendo “o mais tranquilizador tanto para o espírito humano quanto para o grupo social”);
- o ato terapêutico anterior à pesquisa de causas – prática observada de forma mais comum – e que está fundamentada tanto na representação da agressão patogênica como numa lógica pragmática desenvolvida pelos profissionais (numa espécie de trabalho sobre sintomas), sendo direcionada numa lógica de especialidade e no imaginário construído em que o ato do tratamento precede o do diagnóstico e, ainda mais precisamente, no tratamento de vanguarda, do impacto da última inovação;
- o rompimento entre a lógica de causa e efeito, em que se colocam de distintos lados a “imputação etiológica” (da ordem da decodificação ou interpretação do lugar etiológico da doença) e a terapia (da ordem da intervenção); e
- “(...) situações em que vários modos de resposta terapêutica são possíveis a partir de uma única determinação etiológica (LAPLANTINE, 1991, p. 209)”.

Quanto a discussão do binômio normal-patológico, recorre-se ao mais difundido ensaio traçado por Canguilhem (2014). O autor propõe uma análise sobre estes conceitos, em determinado momento de sua obra, como sistematizada a partir de três pontos chave: do social ao vital, das normas orgânicas do homem, e do biológico. O normal-patológico nesse primeiro prisma consiste em uma convenção que emerge do social, ou seja, enquanto exigência coletiva. Assim, essa compreensão aflora da experiência cientificamente antropológica, no qual se compara o real a valores, estabelece-se polaridades (positivo x negativo) – aqui cabendo a ideia de crise / CAOS e que indica potencialidade –, sendo determinada uma “imobilidade temporária”. Tais normas criam as necessidades/demandas (CANGUILHEM, 2014).

No segundo, aponta-se para uma divergência básica entre a questão médica e a questão social – onde, respectivamente, o “mal” já possui um *a priori* de normalidade e se trabalha na restauração deste – como um processo saúde-doença. Nesse ponto de vista, a singularidade dos indivíduos – como sofrendo influências do social – precisa ser vista numa relativização de “conceito e proposição”, uma vez que a estatística entra aí como influente na determinação dessa normal – conforme a curva de Gauss –, mas, e por essa razão, precisa ser relativizada, ou seja, não enquanto ponto e sim como uma faixa flexível que permite a inclusão de uma diversidade até o reconhecimento do que excede a isso. Logo, as diferenças são reconhecidas como importantes no processo de sobrevivência e exprimem “morfológica e fisiologicamente os efeitos da seleção natural” e, portanto, de adaptabilidade. Constitui-se, então, uma diferença entre normal fisiológico e normal estatístico, havendo uma insuficiência deste último e gerando a necessidade de estabelecer uma maior flexibilidade do mesmo, reconhecendo as variabilidades que fogem de uma “curva normal”, mas a faixa normal com potencial adaptabilidade. Assim, os termos adaptabilidade, variabilidade e equilíbrio devem estar presentes no conceito de normalidade e tais “normas” são determinadas como possibilidade de agir de um organismo em situação social, e não como funções de um organismo encarado como mecanismo vinculado ao meio físico. Isso introduz a possibilidade de discussão de um adoecimento na interpretação da psicossomática e do psicossocial (CANGUILHEM, 2014).

O terceiro ponto é encenado no domínio do biológico. À vista disso, o fenômeno da doença é possível ser incluído na discussão igualmente como possíveis erros existentes a partir da ideia de funcionalidade de corpo na relação organismo-meio, não no sentido de adaptação – como uma aceitação incondicional do indivíduo dever adaptar-se à sociedade –, como se isso fosse “um bem”. Logo, reconhecendo-se a parcialidade da sociedade, tanto ela

não poderia ser reconhecida valorável para definir a que se deve adaptar, como isso remete a uma relatividade individual e cronológica das normas, representando uma tolerância diante da variedade. Essa normatividade, portanto, estaria na capacidade biológica de questionar as normas usuais por ocasião de situações críticas, em que se mede saúde pela gravidade das crises orgânicas superadas e em que se instaura uma nova ordem fisiológica. No homem normal existe uma capacidade de adoecer dialeticamente ligada a certeza de afastar essa eventualidade (CANGUILHEM, 2014).

À vista das peculiaridades que a discussão da clínica e do processo saúde-doença trazem para o modo como as profissões estruturam sua atuação, talvez o mais relevante da questão – para este momento – consista em sintetizá-la de modo prático no seu reflexo para o sistema de saúde, numa perspectiva de gestão – de serviço e da clínica – e que representamos aqui pela fala de Campos *apud* Franco e Merhy (2010, p. 187), quando este trata que:

‘A história da formação dos modelos tecnoassistenciais já foi contada por inúmeros autores, mas no fundamental interessa o fato de que, durante o século XX, se desenvolveu uma clínica centrada nos conceitos flexnerianos – ou seja, com base na pesquisa biológica e restrita ao desenvolvimento de uma *expertise* de intervenção no corpo anátomo-fisiológico. Houve assim um reducionismo da prática clínica simplificando a ideia de produção do cuidado em saúde. Por outro lado, os modelos alternativos que se construíram nesse período estiveram centrados na ideia de vigilância à saúde e não conseguiram operar uma potente reforma da clínica (CAMPOS, 1992)’.

Ao se promover um diálogo entre Camargo Jr. (2010) e Franco e Merhy (2010), ambos demonstram que o principal reflexo desse processo consiste na demanda. Camargo Jr. (2010) foca sua reflexão no sentido do conceito de normalidade – no sentido do binômio saúde-doença – como questão indispensável para promover a análise do recorte das necessidades a que competem a intervenção da área da saúde. Por sua vez, Franco e Merhy (2010) complementam essa ideia quando apresentam a produção imaginária desse fenômeno que é a demanda, a qual não necessariamente constitui um problema do âmbito da saúde.

Desse modo, os autores trazem – entre necessidade de saúde e problemas de saúde – uma reflexão epistemológica sobre a construção social da demanda, a qual é atravessada pela lógica do mercado, pela tecnização do cuidado e pela medicalização. Essas interações constituem “demandas” (‘reais’, ‘falsas’ ou fabricadas), que associadas a falta de respostas pautadas na interatividade entre usuários-serviços, resulta em incapacidade “(...) de produzir sujeitos, autonomizar o usuário, e o torna ‘sujeitado’ à lógica da dependência de procedimentos (FRANCO; MERHY, 2010, p. 185).

Exemplos de reflexos possíveis podem ser observados também como a excessiva demanda de exames em contraposição à incapacidade de os serviços de diagnóstico conseguirem absorver toda a necessidade; e a tensão entre usuários e profissionais de saúde, pela divergência entre a construção imaginária da demanda e a percepção de necessidade tecnicamente orientada pelo profissional, a partir de uma escuta qualificada e responsabilização por seu problema de saúde (FRANCO; MERHY, 2010, p. 188)”. O entendimento da questão da necessidade como uma “negociação sociotécnica” tem importância, aqui, no sentido de permitir “distinguir pautas de ação intersetorial” (CAMARGO JR., 2010) e interdisciplinar.

Tomando como base Deleuze e Guatarri (2011), pode-se inferir que, enquanto produção social, a demanda é percorrida pelo desejo, ou seja, por uma produção desejante (do sujeito e do coletivo) em determinadas condições. Fato que leva a compreender o que refere Camargo Jr. (2010) quando diz que os critérios puramente técnicos possuem suas limitações (tendo em vista a perspectiva do direito do cidadão) no processo de construção de demanda e oferta, sendo, na verdade, uma arena de discussão política.

Infelizmente, indicadores de avaliação do impacto desse fenômeno no sistema de saúde brasileiro ainda não conseguem expressar com qualidade a necessidade nessa área, conforme apresentado na introdução, uma vez que: a saúde mental apenas recentemente vem se integrando a uma rede descentralizada de serviços (estruturada em níveis de complexidade), indicadores relacionados a essa clínica não costumam ser fáceis de serem elaborados, o uso de drogas ainda vem sendo adaptado à agenda institucional da saúde e os indicadores comumente existentes na saúde estão relacionados a internação, urgência e mortalidade (que representam apenas parte desse fenômeno).

Entretanto, o fato é que as discussões epistemológicas que envolvem o processo saúde-doença-cuidado alcançam o fenômeno do uso de drogas e o afetam de modo peculiar, no sentido de compreender tal prática – localizada no social/cultural, na qualidade de uma demanda/necessidade no âmbito da saúde e enquanto desequilíbrio no processo, ou desvio do “normal” – e requer intervenções de saúde desta área.

Para tanto, algumas estruturas nosológicas são montadas para dar conta de tal contexto, dos quais – recorrendo a imagem do médico como uma das primeiras profissões a tratar da questão da doença – merecem destaque: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM), e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID). Sendo irrelevante o contexto específico encenado por tais publicações, vale lembrar ambas as

publicações encenam discussões políticas e de crítica no contexto da profissão que as utiliza; mas também que se observa que a primeira tem seu uso mais comum em pesquisas científicas, enquanto que a segunda tem um uso frequente na prática clínica.

O DSM sofre algumas alterações foram no ano de 2013. Dentre as mudanças acerca da temática do uso de drogas, o capítulo “Transtornos relacionados ao uso de substâncias” passa a ser nomeado como “Transtornos relacionados a substâncias e adição”, portanto, havendo uma convergência entre os diagnósticos de abuso e dependência – considerando apenas níveis de dependência. Exclui-se o critério diagnóstico “história de problemas com a lei” e se inclui a fissura (craving) (ARAÚJO; LATUFO NETO, 2014).

A partir de então, onze critérios diagnósticos (uso em quantidades maiores ou por mais tempo que o planejado; desejo persistente ou incapacidade de controlar o desejo; gasto importante de tempo em atividades para obter a substância; fissura importante; deixar de desempenhar atividades sociais, ocupacionais ou familiares devido ao uso; continuar o uso apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais; restrição do repertório de vida em função do uso; manutenção do uso apesar de prejuízos físicos; uso em situações de exposição a risco; tolerância; e abstinência) determinam a existência de: dependência leve (dois ou três dos onze critérios por um período de um ano); dependência moderada (quatro ou cinco dos onze critérios por um período de um ano); ou dependência grave (mais de seis dos onze critérios por um período de um ano). Além disso, inclui-se a síndrome de abstinência de maconha e de cafeína entre os transtornos induzidos pelo uso de substâncias; reorganiza-se a remissão de sintomas em “Precoce” (quando não existem critérios para o uso da substância por um período de pelo menos três meses – exceto o desejo) e “Sustentada” (quando o período é superior a doze meses) (ARAÚJO; LATUFO NETO, 2014).

No que se refere a CID, vem em processo de discussão para sua décima primeira revisão. A edição atual – CID 10 – tem a temática de uso de substâncias psicoativas distribuídos no seu capítulo 5 (num grupo que vai do F10 ao F19). Nela, observa-se a categorização do diagnóstico pela substância de uso e há uma subcategorização que representa padrões de uso, ou seja: intoxicação aguda, uso nocivo, síndrome de dependência, síndrome de abstinência (com e sem *delirium*), transtorno psicótico, síndrome amnésica, transtorno psicótico residual ou de instalação tardia, outros transtornos mentais ou comportamentais e transtorno mental ou comportamental não especificado) (SILVEIRA; DOERING-SILVEIRA, 2014)

A importância da menção de tais publicações reside no fato de as definições organizadas nessa nosologia serem costumeiramente utilizadas pelas principais agências internacionais para descrever as evidências relativas ao adoecimento e caracterização do indivíduo que faz uso de drogas – tais como dependência, uso nocivo, abstinência, entre outros.

Segundo Silveira e Doering-Silveira (2014) existem outras classificações que auxiliam na identificação de padrão de uso que ou são divulgados pela OMS – divididos em frequência (uso na vida, uso no ano, uso recente ou no mês, e uso frequente) e relacionado ao usuário (não usuário, usuário leve, usuário moderado ou usuário pesado) – ou são aceitos por tal agência indicando uma frequência (uso experimental, uso ocasional, uso habitual, uso recreativo, uso controlado, uso social, uso nocivo, uso em *binge*) e a relação que o sujeito estabelece com o uso (escalada, tolerância, poliusuário e *overdose*).

Nesta ocasião, há de se questionar em que medida essa discussão dos aspectos clínicos da saúde atravessam a temática proposta por este estudo. Se por um lado, a lógica da clínica psiquiátrica se adapta ao tratamento aos usuários de drogas, compreendendo que as medicações comumente usadas nessa área afetam fundamentalmente padrões comportamentais – nicho em que se encontra o diagnóstico do uso de substâncias – e, nesse sentido, a categoria adolescência não reúne substanciais diferenças para tratamento que não no nível farmacológico da dosagem medicamentosa.

Por outro lado, movimentos mais amplos na perspectiva das neurociências – aqui entendendo-se a neuropsiquiatria – buscam explicar e ampliar o escopo de entendimento dessa questão na categoria patológica. Nesse âmbito, as alusivas à fase da adolescência encontram um espaço novo e amplo de discussão que, de acordo com a obra “Neurociências do abuso de drogas na adolescência”, percebe-se quatro indicativos principais:

1. Reconhece-se a adolescência como uma fase singular que se diferencia de adultos e crianças, na qual ocorrem modificações no sistema neurológico (em níveis estruturais, moleculares, genéticos e epigenéticos) e alterações hormonais que se relacionam com várias áreas, como: as relacionadas ao planejamento e regulação do comportamento emocional (em desenvolvimento até aproximadamente os 20 anos); a aquisição de comportamentos motivados pela busca de riscos, sensações e novas experiências; e a habilidades verbais e controle de impulso (VITALLE, 2014; ANDRADE *et al*, 2014; LACERDA, 2014);

2. Entende-se esta fase particularmente vulnerável a influências exógenas sobre o sistema neuroendócrino, como: uso de medicamentos, drogas, sono, exercícios, distúrbios emocionais, estado nutricional, entre outros (VITALLE, 2014);
3. Percebe-se a incipiência em estudos na área e nesta fase de vida, principalmente pela dificuldade que as diferenciações de conceitos trazem para a realização de estudos comparativos (SAMPAIO, MESQUITA e GONÇALVES, 2014); e
4. Concorda-se que tanto o uso de neuroimagens pode trazer resultados positivos em estudos padronizados (não sendo invasivos) sobre o efeito do uso de drogas nessa fase (TAKAGI, YOUSSEF e LORENZETTI, 2014), como da necessidade de uso de modelos pré-clínicos (GIPSON, KALIVAS, 2014), para entendimento dos mecanismos neurobiológicos da dependência.

Diante dessa lógica neurobiológica é que se entende que o potencial de afetação das drogas é maior quanto mais cedo o início da relação do adolescente com drogas. Esse fator, associado com a existência de uma lógica proibicionistas, levam a reflexos que Ribeiro (2014) relata como: incipiência na educação para o uso responsável de drogas, exclusão dos sujeitos que vivenciam essa questão, desatenção quanto a estudos como no campo da neurociência (que aqui referimos particularmente para a adolescência), desentendimento dos contextos sociais e aumento do sofrimento associado às drogas.

À despeito dos reflexos negativos do uso de drogas pelo adolescente, é importante pensar que o neurodesenvolvimento dessa fase de vida aponta também para uma plasticidade ainda existente que habilita esse sujeito na adolescência – a partir de sua tendência a experimentação – ao desenvolvimento de interesses e novas motivações, fundamentais para o momento de se pensar o cuidado aos mesmos.

Outra lógica, cujo referencial é fundamental para as diretrizes atuais da saúde mental, é o deslocamento do olhar sobre do indivíduo/doença para o sujeito/processo. Isso potencializa os aspectos contextuais, a que a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (2003) explicita como: comunidade, religião, estigma, família, equipe de trabalho. Conseqüentemente, favorece-se uma análise multiprofissional e intersetorial no enfrentamento a questões como as drogas.

Tal perspectiva se refere a atenção psicossocial, que se trata, “(...) na verdade, [de] um conceito: articular possibilidades para melhor cuidar. Relaciona-se ou confunde-se às vezes com outro conceito, o de reabilitação psicossocial. Na verdade, podemos englobá-los

todos sob a premissa do que se convencionou chamar de ‘clínica ampliada’ (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003, p. 166)”.

A clínica ampliada é apresentada por Gastão Wagner de Sousa Campos, no final da década de 1990, tendo a mesma capacidade sendo de cuidar da singularidade sem se eximir da atenção às doenças (suas possibilidades de diagnóstico e intervenção) e entra como diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) no ano de 2003 como uma forma de enfrentar a fragmentação do conhecimento e das ações de saúde com o objetivo de equilibrar danos e benefícios proporcionados pelas práticas em saúde (DELZIOVO, PEDEBÔS e MORETTI-PIRES, 2012).

O mais importante nessa concepção é o lugar de protagonismo em que se coloca o sujeito, todas as profissões que compõem a área da saúde, assim como a corresponsabilidade de outras áreas na atenção à saúde. Isso traz um grande diferencial para ampliação do olhar na saúde para além da centralidade médica (justificada em momento anterior como historicamente forte no âmbito da promoção de cuidado) e fortalece uma visão holística que, no que tange a abordagem a questão das drogas, tanto no sentido interdisciplinar como intersetorial.

Cruz (2014) reflete essa possibilidade da atenção psicossocial como uma abordagem integral necessária referente ao uso que deve ser pautado no acolhimento, na construção de vínculos e na estratégia de construção de projetos terapêuticos singulares, que devem encontrar suporte de serviços em diversos níveis que melhor se adequem a complexidade do caso – na atenção primária, secundária ou terciária – e que Garcia (2014) remete a também constituição de redes de cuidado e proteção.

Desse modo, ao que remete Costa (2014), a atenção psicossocial deve ter em conta um cuidado que inclua os múltiplos níveis de relação do sujeito: família, comunidade e redes sociais significativas.

Na tessitura entre o que se produz dialeticamente entre o macrossistema e o microssistema na perspectiva da temática drogas e adolescência, acredita-se que chega o momento de entender tal fluência no âmbito das políticas públicas brasileiras. Isto posto, toma-se por base a estrutura metodológica que Howlet, Ramesh e Perl (2013) organizam para entender a construção de uma política pública e que remete a um ciclo para resolução de um problema, conforme quadro a seguir:

Quadro 2 - Cinco estágios do ciclo político e sua relação com a resolução aplicada de problemas

Resolução aplicada de problemas	Estágios do ciclo político
1. Reconhecimento do problema	1. Montagem da agenda
2. Propostas de solução	2. Formulação da política
3. Escolha da solução	3. Tomada de decisão política
4. Efetivação da solução	4. Implementação da política
5. Monitoração dos resultados	5. Avaliação da política

No que concerne a montagem da agenda de enfrentamento da questão de drogas no país, reconhece-se que tal temática é reconhecida como um problema desde que o Estado brasileiro é signatário das Nações Unidas, acolhe as diretrizes estruturadas pela UNODC e publica o reconhecimento de validade no país das Convenções Internacionais pertinente a temática, por meio dos Decretos: Nº 54.216, de 27 de agosto de 1964 (que promulga a Convenção Única sobre Entorpecentes), Nº 76.248, de 12 de setembro de 1975 (que promulga o Protocolo de Emendas à Convenção Única sobre Entorpecentes) e Nº 79.388, de 14 de março de 1977 (que promulga a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas) e o Nº 154 de 26 de junho de 1991 (que promulga a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas).

Observando-se que o conteúdo das Convenções – consequentemente, dos Decretos – tem como enfoque principal a coerência com o modelo de guerra às drogas, havia uma restrição do tratamento da questão das drogas ao âmbito do Ministério da Justiça. Nesse sentido, mesmo tendo como foco a redução de oferta e demanda, o nível dos serviços de saúde que atenderiam a demanda de uso de drogas não teve maiores investimentos em termos de estruturação. Ademais, além da repressão, outra ação realizada consistia na vigilância à situação do uso de drogas no país que, conforme já mencionado na introdução, foi realizado por meio de levantamentos epidemiológicos tendo como foco inicial estudantes de 1º e 2º graus (realizados sistematicamente a partir de 1987), crianças e adolescentes em situação de rua (realizados a partir de 1987), da população em geral (no ano de 2001 e 2005), universitários (em 2009) e um específico para usuários de crack (em 2012).

Maximiano e Paiva (2014) falam que uma nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) foi aprovada no Brasil em 2005 e articula redução de oferta, redução de demanda e abre caminho a redução de danos, incluindo-a como uma diretriz de ação. O autor apresenta a

aprovação da Lei nº 11.343/2006 (que afeta intensamente o entendimento jurídico na diferenciação entre usuários e comerciantes de drogas, diferenciando a compreensão de crime e as punições) como um passo importante para implementação da PNAD.

Com a política, institui-se o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), a partir do qual a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) passa a centralizar o norteamento de ações para que a PNAD seja efetivada e constitui-se a lógica de conselhos de políticas sobre drogas, também da perspectiva descentralizada (MAXIMIANO e PAIVA, 2014). Vale ressaltar que na história dessa instituição, a perspectiva de trabalho transita do anti-Drogas – fortemente centralizada na Justiça – para o sobre drogas – no qual há uma maior equiparação entre as diversas áreas compõem a secretaria.

Maximiano e Paiva (2014) enumera como ganhos direto para o público usuário foi a instituição de penalidades alternativas (como medida educativa) para o porte de substâncias, reforço no compromisso por gratuidade de tratamento em nível ambulatorial. Todavia, é importante salientar que no âmbito das penalidades, percebeu-se que havia ainda uma limitação no que tange a Lei nº 11.343 em virtude da subjetividade a qual fica submetido o entendimento do que configura o padrão quantitativo de porte de substância que configura tráfico ou uso.

Esclarece-se, além disso, que: as deliberações acerca da definição sobre drogas de uso, de comércio controlado e proibidas permanecem sob responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e não da política sobre drogas; que dois outros marcos regulatórios foram constituídos – o Decreto nº 6.117/2007 (que institui a Política Nacional sobre o Álcool) e a Lei Nº 11.705/2008 (conhecida como “Lei Seca”); e o Estatuto da Criança e do Adolescente, desde 1990, proíbe a venda de bebidas para este público (MAXIMIANO e PAIVA, 2014).

Vários acontecimentos, principalmente midiáticos, colaboram para a instituição de um programa voltado ao enfrentamento ao uso abusivo de drogas, chamado “Crack, é possível vencer”. Maximiano e Paiva (2014) e Garcia *et al.* (2014) discorrem sobre o mesmo, referindo que é estruturado em três eixos – prevenção, cuidado e autoridade – e que prevê uma rede de atenção às pessoas usuárias de drogas.

Garcia *et al.* (2014) lembram que esse programa tem como objetivo articular, de modo permanente, diversos setores para integração de ações de forma descentralizada. Assim, o eixo prevenção tem como ação principal a formação de profissionais de diversos setores que

de algum modo se relacionem com pessoas que façam uso de drogas e lideranças comunitárias com interesse no tema; o eixo cuidado propõe qualificar as redes de atenção a esse público para realização de um cuidado ampliado, sendo definidas como prioridades o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS); e o eixo autoridade tem como foco a repressão das organizações criminosas, a segurança pública em relação a questões que envolvam tráfico e violência.

A estrutura do SUS que dará suporte a esse cuidado tem como base normativa o Decreto nº 7.508/2011 (que integra a rede de atenção psicossocial álcool e outras drogas no sistema de serviços de saúde) e a Lei nº 10.216/2001 (que afirma os direitos das pessoas que apresentam algum sofrimento/transtorno mental e que traz como premissa fundamental a desinstitucionalização – deslocando o lugar de cuidado antes restrito ao hospital psiquiátrico, para uma lógica de linha de cuidado de base territorial/ambulatorial). Nesse sentido, o programa “Crack, é possível vencer” foi importante para alavancar a ampliação do número de serviços como ação prioritária numa agenda política de enfrentamento ao uso abusivo de drogas.

Baseado em Garcia *et al* (2014), alguns aspectos ainda são importantes de mencionar sobre essa rede, a saber:

1. A atenção primária é incluída como um ponto de cuidado e tem como objetivo principal o cuidado e o trabalho com base na redução de riscos e danos. Ela é apoiada por meio de projetos como o “Academia na Comunidade”; o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com profissionais sensíveis ao trabalho com saúde mental, equipes de Consultório na Rua e Centros de Convivência e Cultura;
2. A atenção secundária permanece tendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como articulador principal das ações da política de saúde mental territorial. Esses CAPS são organizados em modalidades relacionadas à clientela e ao quantitativo de pessoas da região a que deve atender – assim classificados em CAPS tipo I, CAPS tipo II e CAPS tipo III, CAPS infantil, CAPS álcool e outras drogas. Lembra-se aqui que em locais onde não exista um CAPS específico álcool e outras drogas, aquele que houver na região deve também atender a essa demanda. Fazem parte ainda nesse nível: a atenção residencial de caráter transitório, as unidades de acolhimento;
3. A atenção terciária, conforme foco das normativas legais relacionadas à saúde mental, tem como foco a atenção aos usuários em hospitais gerais, sendo incluídos nessa rede também

as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e o Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU).

Mesmo não estando estritamente no âmbito do que define a regulamentação da saúde, é relevante salientar o espaço das Comunidades Terapêuticas (CTs) pelo seu acolhimento a demanda de usuários e que tem recebido financiamento público. Elas são constituídas por organizações não governamentais que destoam do conjunto de serviços de saúde por comumente ter um direcionamento religioso (lembrando que existem CTs classificadas como religiosas, científicas ou mistas) e não trabalham baseadas na redução de danos, isto é, tem seu foco exclusivamente no sentido da abstinência.

Importa também inferir a existência de programas específicos instituídos nos níveis primário e secundário de atenção com grande potencial para auxiliar na tessitura da micropolítica do cuidado, se bem aproveitados, tais como: o Programa Saúde na Escola (PSE), o matriciamento em saúde mental, o Programa Nacional Telessaúde Redes e o Programa de Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas em escolas e comunidades (este instituído numa parceria Ministério da Saúde e Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes).

Para o município de Fortaleza, observa-se pelo menos nos últimos três anos um processo de fragilização dos serviços de saúde mental, mesmo no enfoque de álcool e outras drogas. Todavia, considerando-se a existência de serviços, o município só não conta com atenção residencial de caráter transitório. A existência dos serviços certamente tem sua limitação ligada a fragilização de vínculos trabalhistas, reduzido número de profissionais, incipiência de alguns serviços para adequação ao que é previsto na legislação (na lógica serviço/território-população) e na fragilidade das comunicações da rede para uma atenção integral.

Conseqüentemente, as ações intersetoriais também sofrem com essas limitações e geram incertezas quanto ao trabalho apoiado e conjunto que pode/deve ser realizado para uma efetiva atenção à qualidade de vida dos sujeitos, principalmente ao público de adolescentes – a quem se dedica o presente estudo.

A menção ao público de adolescentes lembra a fala de Moraes (2014) que remete a vulnerabilidade enfrentada por esse público no contexto social, mas principalmente na relação desta com a esfera do tráfico. Contudo, o autor propõe atentar antes para os avanços paralelos a história da política sobre drogas, conquistados por esse grupo. Discussões e

mudanças ocorrem na década de 1980, introduzindo novos pensamentos relacionados a proteção integral às crianças e adolescentes e que tem reflexos no marco legal, o qual sai de um Código de Menores, datado de 1927 (cujo conteúdo se associa a uma ideia de “menor” como estigma, a uma lógica higienista e voltado àqueles indivíduos que não se encontravam encaixados na norma social), para a Lei 8.069/1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (incluído na Constituição Federal e construído com ampla participação de educadores, juristas, representantes dos movimentos sociais, representantes de igrejas e, inclusive, as próprias crianças e adolescentes, articulados por entidades comprometidas com o protagonismo infantojuvenil).

Nele, instituições como escolas e família assumem destaque como espaços protetivos e que precisam servir de apoio ao desenvolvimento de crianças e adolescentes; discutindo-se a superação do pátrio poder pelo poder familiar; e com a escola assumindo um papel singular na formação de cidadãos, subsidiando a construção de um saber crítico e criativo e numa perspectiva de desenvolvimento com democracia (MORAES, 2014).

Conclui-se que historicamente muitas políticas têm sido estruturadas em um espaço de tempo relativamente atual e, esse conjunto que se constituem de referenciais legais e de práticas em áreas distintas, guardam entre si princípios constitucionais constituídos num período pós-ditatorial e tendo como base um processo histórico mundial em que se discutia fortemente a democracia e o modelo de bem-estar social. Destarte, o volume de produções normativas na mais diversas áreas (integrando ideias políticas diferentes), as discussões epistemológicas sobre adolescência que levam a diferentes concepções (numa tentativa de conceituação e diferenciação entre criança, adolescente e jovem), a complexidade que envolve o uso de drogas e a situação estrutural a que serviços de instituições da saúde que visam esse público; apresentam como desafios: a garantia de acesso, a potencialização de ações intersetoriais, o direcionamento com entendimento compartilhado relativo a esse público, o protagonismo desses adolescentes na construção das ações em que são público alvo, enfim, uma coleção de questões para construção de uma agenda política que efetivamente permitam a posição consciente dos adolescentes no enfrentamento a questão das drogas.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1. Tipo e local do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, exploratório-descritivo e analítico transversal. Entende-se por estudo transversal um método que permite descrever características de uma população em uma definida época, sendo útil para determinar a prevalência de fatores de risco, a frequência dos casos prevalentes de uma doença para uma população definida e a medição de situação de saúde vigente, podendo amparar o planejamento de serviços de saúde (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005). Autores como Freire e Pattussi (2005) também têm classificado os estudos transversais como analíticos, pois permitem investigar associações entre fatores de risco.

A Pesquisa de campo tem como foco as escolas estaduais e municipais escolhidas mediante sorteio, na cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará, cidade situada na Região Nordeste do Brasil. Fortaleza ocupa uma área de 314,930 km² (IBGE, 2014), e de acordo com os dados do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE (2012) possuía em 2010, a 5^o maior população residente do Brasil, totalizando 2.452.185 habitantes.

Para este mesmo período que data o último censo, em relação ao sexo, verifica-se um maior percentual de mulheres (53,19%) do que de homens (46,81%), sendo a 9^a maior proporção do país. Quanto à faixa etária, 70,84% da população residente de Fortaleza tinha entre 15 a 64 anos de idade, enquanto que 22,57% tinham entre 0 a 14 anos e 6,58% tinham 65 anos ou mais de idade. A densidade demográfica da cidade liderou o ranking dentre as capitais que tinham as maiores densidades demográficas (7.786,52 habitantes por km²) do país (IPECE, 2012).

A população de adolescentes de Fortaleza é de 454.927, divididos em 208.505 de 10 a 14 anos de idade e 224.153 de 15 a 19 anos de idade. Os percentuais das faixas etárias em questão são semelhantes para o país, o Estado do Ceará e Fortaleza, variando entre 8,5% e 10,0% (TABELA 1).

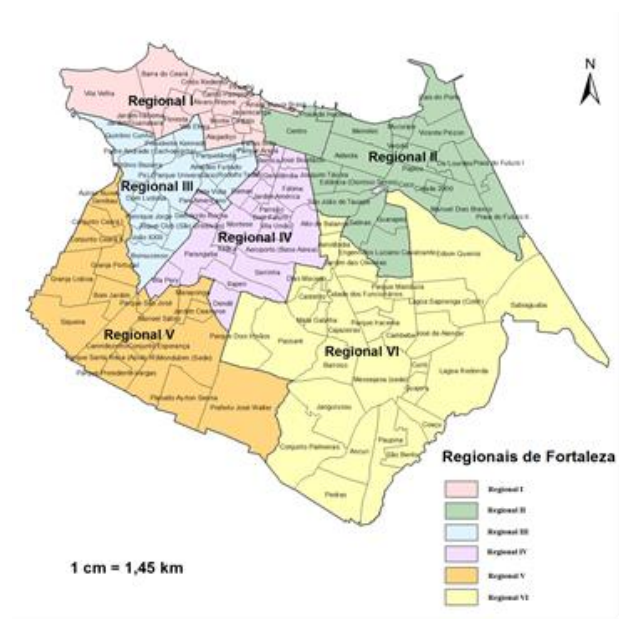
Tabela 1 - Censo do IBGE para 2010 em Fortaleza, no Ceará e no Brasil voltado para a população de 10 a 14 e 15 a 19 anos de idade, e seus respectivos percentuais com relação a população geral.

Grupos de idade	Fortaleza		Ceará		Brasil	
	N	%	N	%	N	%
10 a 14 anos	208.505	8,5	847.307	10,0	17.166.761	9,0
15 a 19 anos	224.153	9,1	846.841	10,0	16.990.870	8,9
Total	432.658	17,6	1.694.148	20,0	34.157.631	17,9
População Geral	2.452.185	100,0	8.452.381	100,0	190.755.799	100,0

Fonte: IBGE - Censo Demográfico, 2010.

Quanto a sua regionalização, Fortaleza é subdividida em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), as quais agrupam os bairros adjacentes. Trata-se de uma divisão técnica que tem como finalidade facilitar a administração e favorecer o acesso da população aos serviços públicos (FIGURA 2).

Figura 2 - Mapa das seis Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza-Ceará (SER)



Fonte: Fortaleza, 2010.

Os mais de dois milhões de habitantes de Fortaleza, estão distribuídos em 114 bairros das seis SER. A SER mais populosa é a VI, com 600 mil habitantes, que contém, por exemplo, Messejana, Jangurussu e Curió. A menos populosa é a SER IV com os bairros de Parangaba, serrinha e Montese, dentre outros, com 280 mil habitantes (FORTALEZA, 2010).

As Escolas da Rede Municipal e Estadual estão distribuídas pelas SER de acordo com o número populacional, existem em Fortaleza 334 Escolas Municipais de Ensino Fundamental e 177 são de Ensino Médio, conduzidas pela Secretaria de Educação do Estado do Ceará - SEDUC (FORTALEZA, 2009). O Sorteio das escolas Municipais e Estaduais para aplicação do estudo ocorreu utilizando-se o Sistema EPIINFO versão 6.1b.

4.2. População do estudo

A população do estudo foi composta por adolescentes do sexo feminino e masculino, matriculados nas escolas públicas municipais e estaduais na cidade de Fortaleza.

Para garantir melhor representação da população estudada e permitir maior segurança na análise inferencial utilizou-se amostra do tipo probabilística aleatória simples para o sorteio das escolas e dos estudantes, sendo estratificada por faixa etária, sexo e escolaridade. Após estratificação, em cada escola houve o sorteio em média de 30 adolescentes por meio das listas de frequências, seis por cada faixa etária, ano a ano, sendo equiparado sexo feminino e masculino.

Como critérios de inclusão consideraram-se os adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, regularmente matriculados. O critério de exclusão para análises consistiu nos casos em que não foi possível a completude da entrevista.

Para definição do tamanho da amostra utiliza-se o Programa EPIINFO versão 6.1b, adotou-se o nível de confiança de 95% e uma prevalência mínima de 20%, que teve como base o estudo de Castro, Cunha e Souza (2011) sobre o comportamento de violência e fatores associados entre adolescentes de escolas da rede pública urbana de Barra do Garças - MT, em que a prevalência da violência foi de 20,2% na faixa etária de 12 aos 19 anos.

Desse modo, para realização dessa pesquisa obteve-se uma amostra de 300 adolescentes, sendo acrescidos 20% de reposição para compensar eventuais perdas, o que representou um total de 360 adolescentes.

Como plano estratégico para coleta dos dados, subdividiu-se as escolas em dois grupos contemplando a rede Municipal e Estadual de ensino de Fortaleza, da seguinte forma:

Grupo 1: 180 adolescentes (10 a 14 anos) da Rede Municipal de Educação, de escolas sorteadas, uma de cada SER.

Grupo 2: 180 adolescentes (15 a 19 anos) da Rede Estadual de Educação, sorteadas uma escola de cada SER.

4.3. Coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2014 a fevereiro de 2015. Após o sorteio das escolas realizou-se contato telefônico com os diretores e/ou coordenadores das mesmas agendando-se reunião para explicação da pesquisa, apresentação das anuências, termos de consentimento livre e esclarecido, e realização de sorteio, por meio das listas de frequência dos alunos de diferentes turmas a serem convidados para a entrevista. Apenas uma escola necessitou ser substituída, pois o diretor referiu ser inviável a aplicação da pesquisa naquele período devido atividades do calendário escolar. Nas demais escolas, houve excelente receptividade tanto dos profissionais da escola que auxiliaram e facilitaram processos para ocorrência do estudo, como dos alunos que se demonstraram, na grande maioria, acessíveis e colaborativos.

Os dados foram coletados por meio de entrevistadores previamente treinados e supervisionados, sendo cinco alunos graduandos em enfermagem, uma mestranda em saúde pública e o pesquisador principal desta pesquisa.

Aplicou-se o pré-teste com 60 adolescentes em duas escolas públicas distintas de Fortaleza, com o objetivo de adaptar o formulário de acordo com a realidade do objeto de estudo, ocorrendo posteriormente às entrevistas definitivas.

Utilizou-se na pesquisa de campo um formulário com perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE 1), formatado pelo Programa EpiData versão 3.1 e adaptado dos seguintes estudos: “Pesquisa Defesa Técnica. O olhar do adolescente sobre o acesso à justiça”, organizada pelo Centro de Defesa da Criança e do Adolescente do Ceará (CEDECA) em Fortaleza, em 2008; “Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua”, realizada pelo Meta Instituto de Pesquisa de Opinião em 2008 (BRASIL, 2008); e o “Diagnóstico Sócio-Econômico de Crianças, Adolescentes e Adultos Moradores de Rua na Cidade de Fortaleza, Pesquisa Anual Sobre a Vivência de Crianças e Adolescentes em Situação de Moradia nas Ruas de Fortaleza” (ABREU; XAVIER, 2008); “Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA): 2009, 2010 e 2011” (BRASIL, 2013), do qual se observou aspectos apresentados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e a Ficha de Notificação/ Investigação Individual, Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências. Por fim, a referência para pensar os dados sobre drogas tem como base os instrumentos de triagem geral e detecção do uso abusivo em adolescentes (CAGE, AUDIT, ASSIST, DUSI e T-ASI) (RONZANI, 2011)

Para condução dessa pesquisa, definiu-se como variáveis de desfecho: a experiência com uso de drogas, utilização de drogas no último ano e utilização de drogas no último mês pelos adolescentes.

Quanto as variáveis preditoras, o formulário contempla blocos que abordam questões quanto ao perfil sociodemográfico, atividades de vida produtiva e de lazer (consideradas como medidas de proteção), questões sobre a saúde do adolescente, experiência com drogas, dados referentes à família e a moradia, violências sofridas e perpetradas (psicológica, física e sexual) e envolvimento em conflitos com a lei (APÊNDICE 1).

As variáveis preditoras concernentes ao bloco de conflitos com a lei e violências psicológica, física e sexual, sofridas e perpetradas só foram analisadas com os desfechos utilização de drogas no último ano e no último mês.

4.4. Análise dos dados

A análise dos dados procedeu-se de forma descritiva e inferencial por meio do *Software* STATA 13. Na análise univariada foram apresentadas todas as variáveis investigadas nas entrevistas, por meio de frequência absoluta e relativa.

Consequente, na análise bivariada utilizou-se os testes de Qui-Quadrado e Exato de Fisher para identificar possíveis associações entre co-variáveis e os desfechos, e devido o delineamento do estudo ser do tipo transversal com desfecho binário utilizou-se a Razão de Prevalências (RP) como medida de associação, sendo esta a mais adequada para essa proposta de acordo com que afirmam Fletcher e Fletcher (2006), sendo também calculados os intervalos de confiança adotando-se 5% como nível de significância padrão.

4.5. Aspectos éticos

Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará- CEP/ UFC, com o ofício nº 131/10 (ANEXO 1).

Assinaram os respectivos Termos de Compromisso e Anuência para a realização da pesquisa a Secretaria Municipal de Educação de Fortaleza (APÊNDICE 2) e a Secretaria Estadual de Educação do Ceará (APÊNDICE 3).

Para realização das entrevistas foi apresentado e utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do sujeito (maiores de 18 anos) e por se tratar de uma pesquisa que também envolve menores de idade, o TCLE foi assinado pelo diretor ou

coordenador de cada escola (APÊNDICE 4). Portanto, para a aplicação dos formulários os entrevistados e seus representantes legais receberam explicações a respeito do estudo. Ao concordarem com a participação, assinaram o TCLE, o qual reza sobre a natureza da pesquisa, seu objetivo, método e benefícios indiretos. Consta ainda sobre o caráter da participação voluntária, bem como sobre o direito de retirar-se no momento em que assim o desejar.

Os casos de violência detectados durante as entrevistas foram encaminhados à coordenação da escola por não haver uma comissão de maus-tratos nas mesmas.

Esses procedimentos estão de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde que rege a ética da pesquisa em seres humanos (BRASIL, 2012).

Foi garantido aos sujeitos: acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa, dirimiu-se eventuais dúvidas; liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo; salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade; as informações coletadas permanecerão sendo utilizadas somente para os objetivos da pesquisa e ficarão em sigilo, com garantia do anonimato do participante; em nenhum momento houve prejuízo financeiro.

Tendo o pesquisador a função de analisar os riscos e benefícios relativos ao estudo, quanto aos riscos destacamos que este é mínimo e pode referir-se ao fato da exposição de informações que podem ter trazido constrangimento ao adolescente durante a entrevista. Quanto aos benefícios o estudo pôde levantar elementos para o desenvolvimento de ações estratégicas de promoção da saúde.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Tendo em vista a peculiaridade da forma como se buscou desenvolver esta pesquisa, os resultados serão tratados em dois momentos, a saber: o primeiro, de apresentação dos dados; e o segundo, de discussão dos achados. Desse modo, acredita-se poder desenvolver um diálogo mais linear em cada uma das partes.

Este momento, portanto, trata-se da exposição dos dados quantitativos e optou-se por norteá-lo em categorias que foram construídas tendo como base a teoria de Bronfenbrenner, mais especificamente tendo como suporte o reconhecimento dos distintos elementos que interagem sistemicamente na discussão dos sistemas que compõem sua estrutura metodológica – teoria ecológica do desenvolvimento – que são: a pessoa, o processo, o contexto e o tempo.

Considerando a categoria tempo – na perspectiva de Bronfenbrenner – este estudo possui uma limitação importante, tendo em vista que o estudo se fundamenta no método transversal e traz como suporte principal o formulário. Assim, os conceitos de pessoa, de processo e de contexto assumem evidência e permitiram a elaboração de categorias relacionadas ao adolescente, à família, ao território e à violência (sofrida e perpetrada pelo adolescente).

Outro aspecto que assume importância na forma de apresentação dos resultados consiste na proposta de análise metodológica referida – univariada e bivariada. Tais padrões de análise serão considerados na categorização da apresentação dos resultados, tendo em vista a singularidade das interpretações dos dados para cada uma delas.

5.1. Análise Univariada

5.1.1. O adolescente

O adolescente, como a pessoa chave sobre a qual se busca observar o fenômeno que é objeto deste estudo e em consonância com a ideia de sistema, possui uma interface de certo modo rizômica (utilizando-se conceituação Deleuziana) que representa o mundo de relação que costura um cenário de elaboração do seu desenvolvimento. Em virtude da forma como nos propomos olhar esse processo, resolvemos dividir essa categoria em dois momentos “características dos adolescentes” e “o uso de drogas pelo adolescente”.

5.1.1. Características dos adolescentes

A forma de seleção de participantes foi estruturada de modo que predisponha um equilíbrio entre participantes do sexo masculino e feminino e entre faixas etárias, fato que pode ser evidenciado na Tabela 2, onde se encontra 50,6% (182) adolescentes do sexo feminino e 49,4% (178) do sexo masculino; além de 50,6% (182) na faixa etária de pré-adolescência e 49,4% (178) no período da adolescência propriamente dita. A categorização da faixa etária respeita a linha teórica escolhida para a definição de adolescência.

A Tabela 2 também nos mostra que a maioria 62,5% (225) dos adolescentes se considera de cor parda. A afirmação da cor da pele sempre foi um elemento não apenas relacionada a condição fenotípica, mas também discutida enquanto fenômeno socioeconômico e assume mesmo uma posição política de afirmação em muitos casos. Nesse sentido, torna-se interessante observar a não afirmação de alguns adolescentes sobre essa característica, mesmo em pequena porcentagem 1,1% (4).

No que concerne a discussão de espiritualidade, a maioria dos estudantes disseram ser evangélicos 38,6% (139) ou católicos 35,0% (126). Chama a atenção a referência ao agnosticismo 23,1% (83) – mesmo não compreendendo maioria – e ressalta-se que entre a categoria outros apareceram referenciados: adventistas, espíritas, mórmons e testemunhas de jeová. Associado a questão religião, outro fenômeno intrinsecamente relacionado é a prática da mesma, uma vez que não é incomum o acolhimento da prática religiosa familiar. Nesse sentido, observou-se que 72,6% (201) consideraram-se praticantes da religião a qual referiram pertencer.

Tabela 2 - Número e proporção de variáveis sociodemográficas de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Feminino	182	50,6
Masculino	178	49,4
Faixa Etária		
Pré-adolescente	182	50,6
Adolescente	178	49,4
Raça/Cor		
Parda	225	62,5
Branca	56	15,6
Negra	50	13,9
Amarela	22	6,1
NSR	4	1,1
Indígena	3	0,8
Estado Civil		
Solteiro	354	98,3
Casado/União consensual	6	1,7
Religião		
Evangélico	139	38,6
Católico	126	35,0
Nenhum	83	23,1
Outros	12	3,3
Praticante (N = 278)		
Sim	201	72,6
Não	76	27,4

*NSR: Não soube responder

Seguindo nas características gerais dos adolescentes, dois aspectos relacionam-se com temas comumente trabalhados por essa área: os adoecimentos e a gravidez na adolescência. Nesse sentido, a Tabela 3 reúne essas duas variáveis pesquisadas e pode-se observar que a maioria dos adolescentes traz uma percepção da sua situação de saúde-doença, restando um percentual – 1,1% (4) – de adolescentes que expressam não possuir uma opinião/compreensão sobre esse fenômeno em relação a si mesmos. De todo modo, 56,7% (204) referiram não apresentar problemas de saúde.

A gravidez nesse período foi informada por 1,1% (2) das adolescentes, sendo relevante informar que destas, uma se encontrava grávida do namorado e a outra adolescente vivenciava essa gravidez em uma relação com esposo/companheiro.

Tabela 3 - Número e proporção das variáveis relacionadas à saúde autorreferida de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

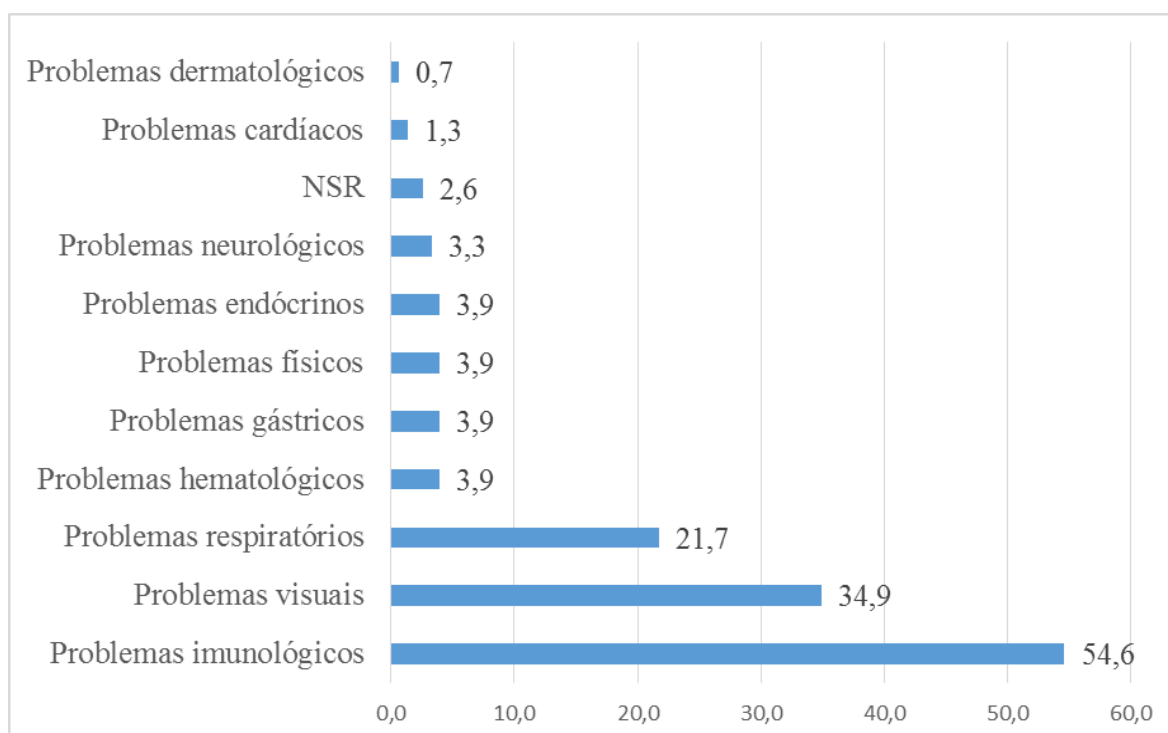
VARIÁVEIS	N	%
Adolescente com problema de saúde		
Sim	152	42,2
Não	204	56,7
NSR	4	1,1
Adolescente grávida (N=182)		
Sim	2	1,1
Não	180	98,9

*NSR: Não soube responder

Questionando aos adolescentes que informaram apresentar algum problema de saúde, foi possível construir o Gráfico 1, no qual está distribuído os problemas de saúde autorreferidos por agrupamento clínico conforme os sistemas biológicos afetados.

Observa-se neste gráfico que, dos que autorreferiram apresentarem problemas de saúde, a maioria 54,6% declararam sofrer de problemas imunológicos (normalmente ligados a quadros alérgicos), seguido de problemas visuais 34,9% (cujo principal problema relaciona-se a déficits de acuidade visual). Todavia, o mais interessante é a observação que nenhum dos adolescentes referiram questões ligadas a saúde mental, isto mesmo considerando aqueles adolescentes que referiram uso de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas).

Gráfico 1 - Distribuição das frequências relativas dos problemas de saúde autorreferidos (N=152) de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).



A relação do adolescente com o ambiente escolar é inicialmente evidenciada no âmbito das características relacionadas a pessoa – adolescente – por meio das variáveis apresentadas na Tabela 4.

Conforme apresentado na tabela, ocorre uma pequena variação percentual entre os níveis de escolaridade com uma predominância 41,1% (148) adolescentes do nível médio. Essa pequena variação está relacionada também ao modo como foi captado a amostragem em campo. Importante perceber na tabela que a maioria tanto não refere interrupção nos estudos, na ordem de 88,1% (317); como também não informam expulsão da escola, num percentual de 96,7% (348).

Quanto a interrupção dos estudos, este foi categorizado, sendo encontrado que a maior frequência se encontra entre 12 e 24 meses, 44,2% (19). Considerando a grande discrepância de extremos referidos, é relevante referir que a mediana de tempo interrompido de estudos corrobora com o período de 12 meses.

No que concerne aos motivos relacionados a expulsão escolar, os dois principais referidos foram agressões físicas e agressões verbais. Levando em consideração o objeto deste estudo e sua relação com a questão das drogas, cabe lembrar que nenhum adolescente referiu sua expulsão relacionada ao envolvimento com álcool ou outras drogas.

Tabela 4 - Número e proporção das variáveis relacionadas à educação de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

VARIÁVEIS	N	%
Escolaridade		
Ensino fundamental I	96	26,7
Ensino fundamental II	116	32,2
Ensino médio	148	41,1
Interrupção dos estudos		
Sim	43	11,9
Não	317	88,1
Tempo de interrupção dos estudos (N=43)		
01 — 12	12	27,9
12 — 24	19	44,2
24 —	10	23,3
NSR	02	4,7
Expulsão da escola		
Sim	12	3,3
Não	348	96,7

*NSR: Não soube responder

A relação do adolescente com a questão da vida produtiva é descrita na Tabela 5. Nela é possível observar que 34,7% (125) adolescentes participam de projetos ou programas sociais para a qualificação profissional. Considerando a classificação etária adotada aqui, pôde-se observar que dos adolescentes que participam de programas/projetos sociais, 83,2% (104) são adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos.

Ainda em relação àqueles adolescentes que se encontram em processo de qualificação profissional, a maior parte está em curso técnico profissionalizante 28,1% (101). Chama-se atenção para o pequeno espaço que atividades artísticas – 1,9% (7) – e esportivas – 0,8% (3) – assumem nesse espaço.

A última informação trazida pela Tabela 5 apresenta que 30% (108) adolescentes se ocupam de alguma atividade para fins ganhar dinheiro. As informações coletadas sobre o valor da renda média mensal desses adolescentes demonstrou uma mediana de R\$ 200,00 (duzentos reais)/mês.

Tabela 5 - Número e proporção das variáveis relacionadas à vida produtiva de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

VARIÁVEIS	N	%
Participação em projetos/programas sociais para qualificação profissional		
Sim	125	34,7
Não	235	65,3
Qualificação profissional		
Nenhuma	235	65,3
Curso técnico profissionalizante	101	28,1
Outros	14	3,9
Atividade artística	7	1,9
Esporte	3	0,8
Ocupação para ganhar dinheiro		
Sim	108	30,0
Não	252	70,0

A tipificação da ocupação para fins de ganho financeiro é descrita no Quadro 3, onde foram sistematizadas as atividades referidas pelos adolescentes em três partes: atividades informais, ocupações relacionadas a processo formativo e ocupações formalmente descritas pela CBO (Classificação Brasileira de Ocupações).

De acordo com o Quadro 3, a maior parte das ocupações informais 22,2% (24) realizadas por adolescentes que informaram desenvolver alguma atividade para ganhar dinheiro está relacionado a acompanhar os pais em alguma atividade de atividade de pequeno empreendimento familiar. No tocante as ocupações relacionadas a processos formativos, a principal atividade apontada foram os estágios, 16,7% (18). Por fim, agentes, assistentes e auxiliares administrativos 6,5% (7) apareceram com maior frequência no segmento cujas ocupações estão formalmente descritas na CBO, sendo a função de auxiliar administrativo a principal referenciada. Outras atividades

Observando-se o número de respostas presentes no Quadro 3, é possível perceber que alguns adolescentes (num total de cinco) informaram realizar mais de uma atividade para ganhar dinheiro, sendo interessante o caso da ocupação informal de furto/assalto ser uma função realizada concomitantemente ao trabalho como vendedor em comércio varejista (incluído na categoria “Operadores do comércio em lojas e mercados”).

Quadro 3 - Número e frequência relativa dos tipos de ocupação com fins de ganho financeiro (N=108) de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

Tipos de ocupação com fins de ganho financeiro	N	%
OCUPAÇÕES INFORMAIS		
Acompanha os pais	24	22,2
Atividades domésticas	7	6,5
Faz bicos	4	3,7
Atividade informal de ensino	3	2,8
Artesanato	1	0,9
Furto/assalto	1	0,9
Segurança	1	0,9
OCUPAÇÕES RELACIONADAS A PROCESSO FORMATIVO		
Estágio	18	16,7
Jovem aprendiz	3	2,8
OCUPAÇÕES FORMALMENTE DESCRITAS NA CBO		
Agentes, assistentes e auxiliares administrativos	7	6,5
Operadores do comércio em lojas e mercados	6	5,6
Outros trabalhadores dos serviços	6	5,6
Ajudantes de obras civis	5	4,6
Cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos	4	3,7
Trabalhadores auxiliares nos serviços de alimentação	3	2,8
Trabalhadores de carga e descarga de mercadorias	3	2,8
Modelos	2	1,9
Músicos intérpretes	2	1,9
Trabalhadores no atendimento em estabelecimentos de serviços de alimentação, bebidas e hotelaria	2	1,9
Trabalhadores nos serviços de manutenção de edificações	2	1,9
Alimentadores de linhas de produção	1	0,9
Caixas e bilheteiros (exceto caixa de banco)	1	0,9
Operadores de telefonia	1	0,9
Padeiros, confeitadores e afins	1	0,9
Reparadores de aparelhos eletrodomésticos	1	0,9
Técnicos em operação e monitoração de computadores	1	0,9
Trabalhadores da preparação da confecção de roupas	1	0,9
Trabalhadores de embalagem e etiquetagem	1	0,9
Trabalhadores de estruturas de alvenaria	1	0,9

* O valor de N relativo deste gráfico refere-se àqueles que informaram ter uma ocupação para ganhar dinheiro.

** Os entrevistados responderam afirmativamente mais de uma opção, o que explica os valores discrepantes do tamanho da amostra.

A última variável das características gerais relacionadas aos adolescentes consiste nas atividades realizadas no seu tempo livre. Essa informação é apresentada no Quadro 4.

As atividades mais prevalentes no tempo livre dos adolescentes são a televisão – 63,9% (230) – e a internet, 56,1% (202). A permanência na rua e as atividades esportivas são as atividades empastadas imediatamente na sequência de atividades, mas vale observar os espaços ocupados por leitura e atividades lúdicas relacionadas a arte no cotidiano de seu tempo livre. Há que se considerar em relação a este ponto que as atividades que apresentam maior referência foram descritas e inquiridas a cada participante diretamente; por outro lado, as de menor número apareceram como expressões descritas em “outras” atividades realizadas em seu tempo livre (espaço aberto de livre no qual o adolescente poderia sugerir outras atividades não contempladas no instrumento).

Quadro 4 – Número e frequência relativa das atividades realizadas no tempo livre por uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

Atividades realizadas no tempo livre	N	%
Televisão	230	63,9
Internet	202	56,1
Fica na rua	157	43,6
Atividade esportiva	156	43,3
Leitura	142	39,4
Casa de amigos	139	38,6
Passeio no shopping	133	36,9
Praia	123	34,2
Casa de familiares	112	31,1
Assistir cinema	105	29,2
Videogame	86	23,9
Atividades lúdicas relacionadas a arte	17	4,7
Auxilia em atividades domésticas	10	2,8
Brincadeiras	10	2,8
Frequentar a igreja	9	2,5
Dormir	7	1,9
Estudo formal e/ou profissionalizante	6	1,7
Namoro	3	0,8
Trabalho	2	0,6
Festas	2	0,6
Outros entretenimentos relacionados a tecnologia	1	0,3

* Os entrevistados responderam afirmativamente mais de uma opção, o que explica os valores discrepantes do tamanho da amostra.

Apesar de fazer parte de variáveis relacionadas ao adolescente, optou-se por descrever separadamente esse tópico em virtude da importância desse tópico para este trabalho e o objetivo de caracterização do uso de drogas pelo adolescente.

5.1.2. O uso de drogas pelo adolescente

O olhar sobre o uso de drogas pelo adolescente foi estruturado no instrumento baseado fundamentalmente em uma tipologia relacionada a frequência de uso de drogas, não sendo pretensão diagnosticar quadros de dependência de drogas, uma vez que esta categoria nosológica é destinada a função do profissional médico e não contribui para o tipo de discussão proposto neste estudo.

Para tanto, inicia-se a discussão com a Tabela 6. De acordo com ela, a experimentação de drogas foi relatada por 34,4% (124) dos adolescentes e, daqueles que experimentaram, a maioria 98,4% (122) relataram ter feito de drogas lícitas enquanto que 17,7% (22) de drogas ilícitas. Ainda sobre esse aspecto, a faixa etária de maior frequência para experimentação do uso de drogas foi de 10 a 15 anos – 47,6% (59).

Daqueles que referiram ter experimentado drogas, a maioria 68,5% (85) informaram ter feito uso de drogas no último ano, dos quais 95,3% (81) fizeram uso de drogas lícitas e 12,9% (11), de drogas ilícitas.

Considerando os adolescentes que referiram ter usado drogas no último ano, 26,6% (33) a utilizaram no último mês. Destas pessoas, 84,8% (33) utilizaram drogas lícitas e 21,2% (7) fizeram uso de drogas ilícitas.

A maior frequência de uso de drogas no mês está concentrada entre 1 e duas vezes, ou seja, 63,6% (21). Para efeitos de estruturação da Tabela 6, categorizou-se os adolescentes como tendo feito uso 10 vezes ou mais, no mês; todavia o instrumental indicou no questionamento desta frequência, duas faixas: entre 10 e 20 vezes e mais de 20 vezes. Desse modo, convém informar que os dois respondentes categorizados na tabela como mais de 10 vezes, na verdade, referiram ter feito uso mais de 20 vezes no mês.

Tabela 6 - Número e proporção das variáveis relacionadas ao uso de drogas pelos adolescentes de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

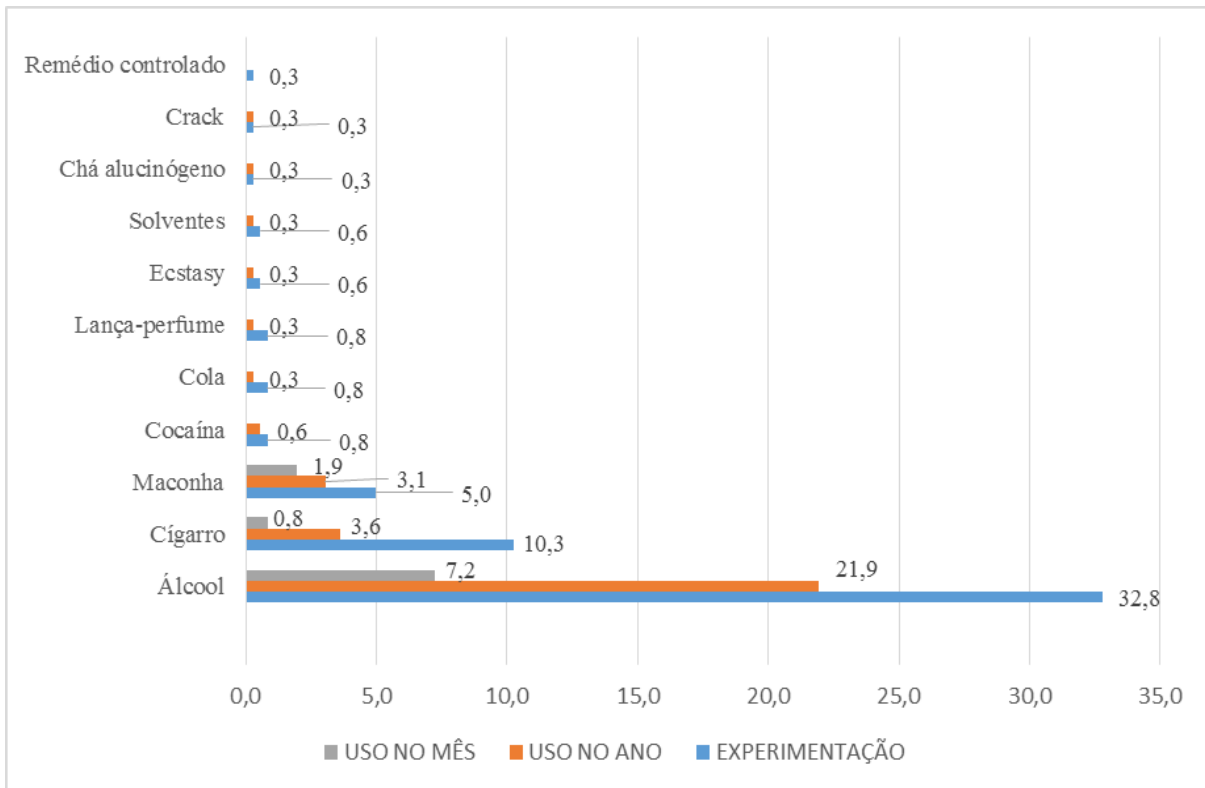
VARIÁVEIS	N	%
Experimentou alguma droga		
Sim	124	34,4
Não	236	65,6
Experimentou droga lícita (N=124)		
Sim	122	98,4
Não	2	1,6
Experimentou droga ilícita (N=124)		
Sim	22	17,7
Não	102	82,3
Primeira experiência com uso de drogas (N=124)		
5 — 10 anos	6	4,8
10 — 15 anos	59	47,6
15 — 19 anos	56	45,2
NSR	3	2,4
Uso de drogas no ano (N=124)		
Sim	85	68,5
Não	39	31,5
Uso de droga lícita no ano (N=85)		
Sim	81	95,3
Não	4	4,7
Uso de droga ilícita no ano (N=85)		
Sim	11	12,9
Não	74	87,1
Uso de drogas no último mês (N=124)		
Sim	33	26,6
Não	91	73,4
Usaram droga lícita no último mês (N=33)		
Sim	28	84,8
Não	5	15,2
Usaram droga ilícita no último mês (N=33)		
Sim	7	21,2
Não	26	78,8
Frequência de uso de droga no último mês (N=33)		
1 — 2 vezes	21	63,6
3 — 9 vezes	9	27,3
10 —	2	6,1
NSR	1	3,0

*NSR: Não soube responder

Tendo em vista o intuito de melhor percepção do uso relacionado a cada tipo de droga, foram construídos os Gráficos 2 e 3 em que se trabalha, respectivamente, a frequência do uso de cada substância em relação a amostra estudada (dando uma ideia da representação de cada substância no universo estudado) e a frequência relativa do uso de cada droga relacionada a cada tipo de uso (dando uma ideia da representação de cada substância no contexto de quem utiliza drogas).

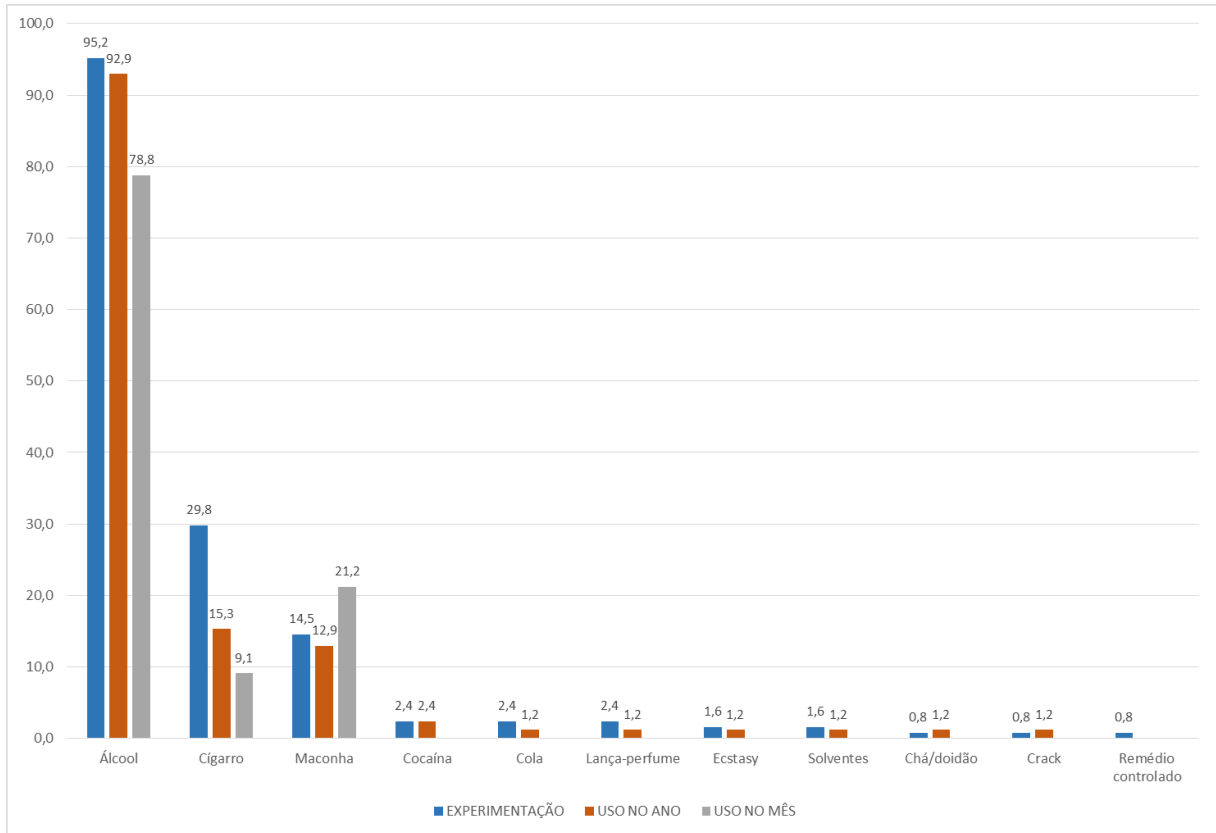
O Gráfico 2 apresenta que, considerando o contexto do universo da amostra, observa-se uma redução substancial entre quem experimenta algum tipo de droga e quem faz uso. O álcool e o cigarro são as drogas mais experimentadas (representando, respectivamente, 32,8% e 10,3%) e mais usadas no ano (respectivamente, 21,9% e 3,6%). Dentre as drogas ilícitas, a maconha é a que representa maior percentual de experimentação (10,3%) e uso no ano (3,1%), contudo, o grande diferencial nela refere-se ao uso no mês que supera o cigarro, representando 1,9% de pessoas usando. Além da maconha, nenhum dos adolescentes referiram terem usado qualquer outra substância ilícita no mês. Os medicamentos controlados não parecem uma droga de uso entre os adolescentes, aparecendo apenas como droga experimentada (0,3%). O crack foi referido pelos adolescentes na mesma frequência relativa a experimentação (0,3%) e uso no ano (0,3%), devendo lembrar que até a ocasião da entrevista todos os que disseram tê-la usado no ano, não a utilizaram no mês.

Gráfico 2 - Distribuição das frequências do uso de drogas por tipo de substância utilizada em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).



Por sua vez, o Gráfico 3 (que permite observar o comportamento do uso de cada droga entre aqueles que dizem fazer uso) confirma o lugar do álcool como principal droga de experimentação (95,2%), uso no ano (92,9%) e uso no mês (78,8%). Em termos relativos, as pessoas que referiram utilizar maconha no mês (21,2% dos que usaram drogas no mês) supera a proporcionalidade desse uso entre os que fizeram uso no ano e entre os que referiram experimentar-la. O crack – como já referido – não teve referência de uso no mês, mas proporcionalmente seu percentual é baixo entre os que referiram ter experimentado (indicando 0,8% daqueles que experimentaram alguma droga) como também entre os que informaram ter usado drogas no último ano (compreendendo 1,2% destes).

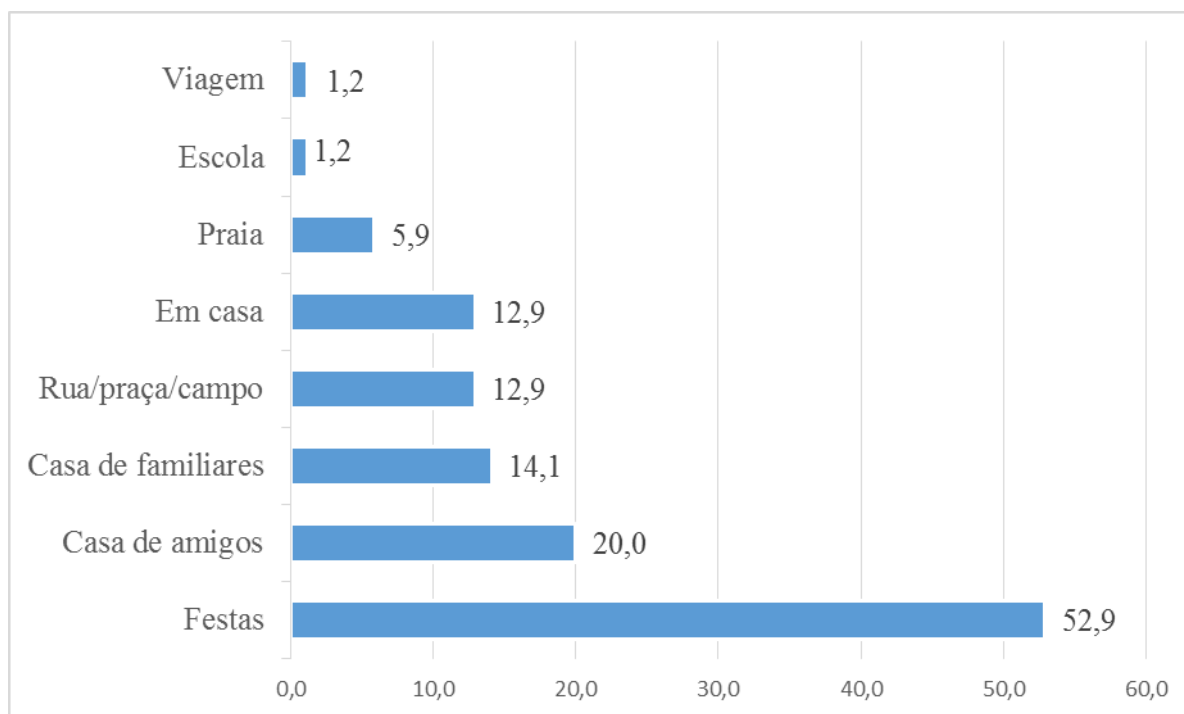
Gráfico 3 - Distribuição das frequências relativas do uso de drogas por tipo de substância utilizada e experimentação (N= 124), uso no ano (N= 85) e uso no mês (N= 33) em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).



Uma vez observada a frequência do uso de drogas pelos adolescentes, buscou-se investigar entre àqueles que fazem uso de drogas (a partir dos que usaram no último mês), quais os locais principais em que o mesmo faz esse uso. Esses dados podem ser observados no Gráfico 4.

O local mais referido pelos adolescentes foram as festas (52,9%), seguido pela casa de amigos (20,0%). Interessante ressaltar também a escola utilizada como espaço de uso de drogas (1,2%) e as referências a espaços domiciliares (casa de familiares, casa de amigos e sua própria casa).

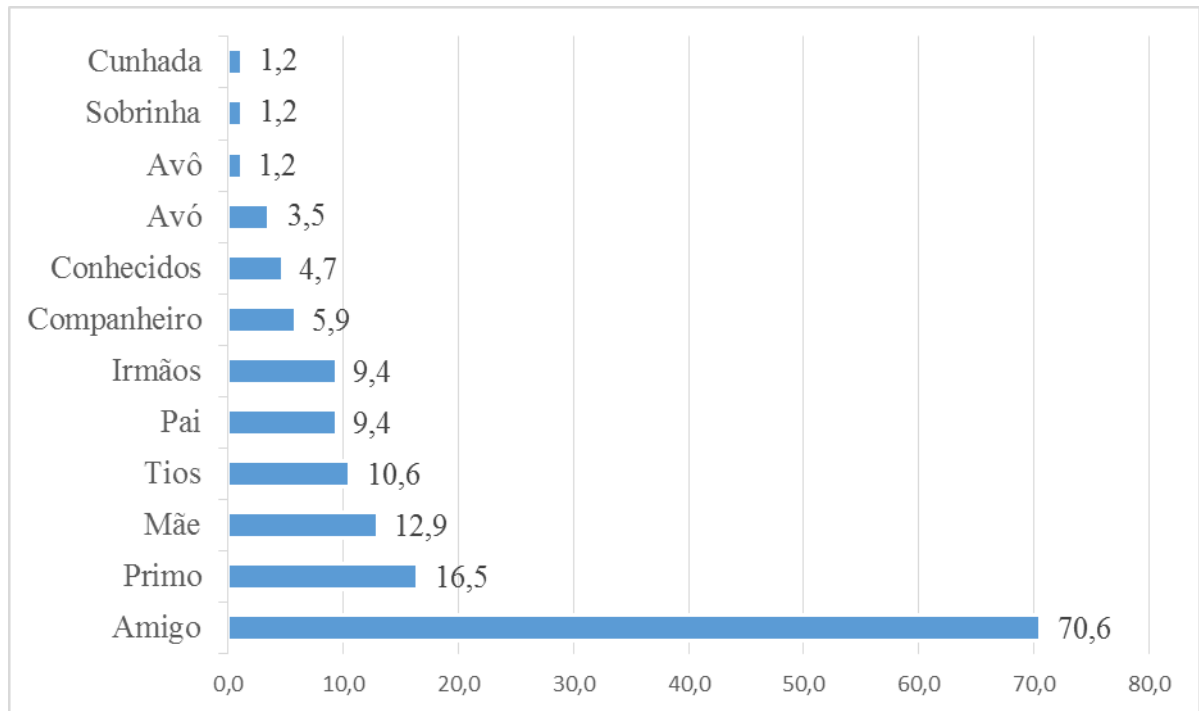
Gráfico 4 - Distribuição das frequências relativas ao local de uso entre adolescentes que referiram fazer uso de drogas (N= 85) em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).



Para qualificar a observação dos espaços onde o adolescente usa drogas, apresenta-se o Gráfico 5, no qual é possível identificar as pessoas com quem mais comumente o adolescente costuma fazer uso de drogas. Salienta-se aqui que 89,4% (76) dos adolescentes que fizeram uso de drogas no último ano informaram fazê-lo normalmente acompanhado, sendo que 7,1% (6) não costuma estar acompanhado e 3,5% (3) não quiseram responder.

Evidenciou-se que a principal companhia para o uso de drogas do adolescente são os amigos (70,6% dos respondentes). A família, se não em percentual, mas em sua extensão atinge número absoluto semelhante a referência dos amigos, advertindo-se que os adolescentes puderam citar mais de uma companhia, caso a ocorrência fosse frequente.

Gráfico 5 - Distribuição das frequências relativas pessoas da família que costumam acompanhar o adolescente que faz uso de drogas em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).



5.2. A família

Apresentado por Garcia-Roca (2001, p.39) como um conceito que não é “unívoco para todas as épocas e culturas”, a família tem uma relação com sentimento de pertencimento – ou de estar incluído – no qual as pessoas possuem papéis e funções individuais e coletivas. O autor (2001) lembra ainda que desde a Revolução Industrial essa instituição tem sofrido alargamento em seus limites e assumido para a sociedade ocidental uma representação de proteção (principalmente dos filhos), que em virtude do processo de superação da normatividade nuclear, tem favorecido a tolerância e a valorização da diversidade.

Nesse sentido, a família assume na teoria ecológica um papel muito importante tendo em vista ser um espaço em que todo indivíduo inicia seu processo de desenvolvimento e constitui-se num dos elementos que compõem o micro, meso e exossistema.

Diante dessa relevância, ela também assume posição de destaque no instrumento de coleta de dados deste estudo.

5.2.1. Características gerais relacionadas à família

Considerando a ideia de que na perspectiva ecológica cenário e pessoas interagem construindo uma relação que só é possível ser contextualizada numa análise conjuntural, inicia-se este ponto com a apresentação do cenário estrutural das famílias dos adolescentes pesquisados, conforme observa-se na Tabela 7.

A informação sobre renda média mensal demonstrou não ser consistente para tratamento estatístico, tendo em vista que a maioria dos adolescentes disseram não saber responder – 55,8% (201) – a esta questão. Todavia, é possível observar que, entre os que sabiam, a maior parte possui uma renda mensal média acima de dois salários mínimos, 18,1% (65).

A maioria das famílias possui moradia própria 67,5% (243) e construída, também em sua maioria 99,2% (357), de alvenaria/tijolo. Acerca dessas duas variáveis, acredita-se ser importante referir que: os maiores percentuais de famílias vivendo em moradias alugadas estão nas Regionais I (6,4%) e IV (5,3%); os adolescentes que disseram habitar moradias cedidas localizam-se nas Regionais I (0,8%), II (0,6%), V e VI (0,3%, cada); a referência da moradia em casa de taipa/barro situa-se na Regional V; e a família que reside em casa de madeira, na Regional VI.

Quanto ao número de cômodos na casa, a maior parte 46,7% (168) possui seis ou mais, sendo que a média de cômodos na casa – por família – é na ordem de 5,88. Nestes, são descritos principalmente casas com: sala, quarto (1 a 2), cozinha e banheiro. Nessa estrutura básica de casa, observa-se que residem – em sua maioria 58,6% (211) – de quatro a seis pessoas. Desse modo, observou-se que as famílias possuem uma média de 5,52 pessoas/residência.

Tabela 7 - Número e proporção de variáveis socioeconômicas da família de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

VARIÁVEL	N	%
Renda média mensal familiar		
0 — 1	40	11,1
1 — 2	54	15,0
2 —	65	18,1
NSR	201	55,8
Tipo de moradia		
Alugada	98	27,2
Própria	243	67,5
Cedida	11	3,1
NSR	8	2,2
Tipo de construção da moradia		
Alvenaria-tijolo	357	99,2
Taipa-barro	1	0,3
Madeira	1	0,3
NSR	1	0,3
Número de cômodos na casa		
2 — 3	34	9,4
4 — 5	156	43,3
6 —	168	46,7
NSR	2	0,6
Número de pessoas que residem na casa		
1 — 4	88	24,4
4 — 7	211	58,6
7 — 10	50	13,9
10 — 12	8	2,2
NSR	2	0,6
NQR	1	0,3

*NSR: Não soube responder

** NQR: Não quis responder

Uma vez apresentados os aspectos estruturais das famílias dos adolescentes, seguimos na exposição das características das famílias exibindo as pessoas com quem o adolescente refere morar (Quadro 5).

A mãe (82,5%) e os irmãos (76,7%) são as principais pessoas referidas que compõem a família dos adolescentes pesquisados. O pai está presente em apenas metade das famílias dos adolescentes estudados.

Quadro 5 - Número e frequência relativa das pessoas que residem com o adolescente de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

PESSOAS QUE RESIDEM COM O ADOLESCENTE	N	%
Mãe	297	82,5
Irmãos	276	76,7
Pai	182	50,6
Avó	60	16,7
Tios	58	16,1
Padrasto	46	12,8
Avô	27	7,5
Outras pessoas da família	25	6,9
Familiares do cônjuge/companheiro(a)	10	2,8
Companheiro	8	2,2
Madrasta	3	0,8
Outros	2	0,6
Conhecidos	1	0,3

Avançando na qualificação das informações sobre as famílias dos adolescentes, constrói-se a Tabela 8. Nesta tabela, é perceptível que as famílias nucleares ainda apresentando maior percentual – 38,6% (139) – divide espaço com o conjunto de famílias monoparentais e ampliadas.

Apesar de 21,1% (76) dos adolescentes não saberem informar a escolaridade do chefe da família, a maior parte dos chefes de família demonstram ter ensino médio completo/superior incompleto – 23,9% (86).

Tabela 8- Número e proporção de variáveis sociodemográfica da família de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

VARIÁVEL	N	%
Tipo de composição familiar		
Monoparental	74	20,6
Nuclear	139	38,6
Ampliada	91	25,3
Reconstituída	56	15,6
Escolaridade do chefe da família		
Analfabeto/ Fundamental I Incompleto	56	15,6
Fundamental I Completo/ Fundamental II Incompleto	76	21,1
Fundamental Completo/Médio incompleto	59	16,4
Médio Completo/Superior incompleto	86	23,9
Superior completo	7	1,9
NSR	76	21,1

*NSR: Não soube responder

Ainda no que concerne à chefia da família, o Quadro 6 apresenta a distribuição das chefias referidas pelos adolescentes. O principal chefe de família mencionado foi o pai/padrasto – 44,7% (161) – seguida pela mãe, 36,1% (130). Todavia, considera-se importante observar que o pai é normalmente o chefe em famílias nucleares, mas numa proporção menor que 50,0%. Além disso, percebeu-se que quatro famílias foram apontadas pelos adolescentes como possuindo chefia compartilhada.

Quadro 6 - Número e frequência relativa da chefia da família de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

CHEFE DA FAMÍLIA	N	%
Pai/padrasto	161	44,7
Mãe/madrasta	130	36,1
Avô/Avó	45	12,5
Tio/Tia	10	2,8
Irmão/irmã	9	2,5
NSR	2	0,6
Esposo/companheiro	2	0,6
Esposa/companheira	2	0,6
Padrinho	1	0,3
O adolescente	1	0,3
Sogra/sogra	1	0,3

*NSR: Não soube responder

Como as duas pessoas normalmente encontradas nas famílias, conseqüentemente também nas famílias dos adolescentes pesquisadas, a Tabela 9 e a Tabela 10 vem trazer algumas informações acerca do pai e da mãe.

A Tabela 9 aponta que a maioria dos adolescentes tem o nome do pai no registro de nascimento, 85,3% (307); que 94,4% (340) conhecem o pai, sendo que 90,0% (324) dos pais estão vivos. Considerando os adolescentes cujo pai está vivo, 61,4% (199) destes falam que o vê diariamente, sendo que apenas 2,8% (9) nunca o viu. No que se refere aos adolescentes que estão a mais de um ano sem ver o pai, a maior parte 43,8% (14) informa que ele abandonou a casa, sendo também comum o fato de o pai morar em outra cidade, 21,9% (7).

Questionando-se o motivo de falecimento do pai, o informado em maior frequência 26,9% (7) foi assassinato. De acordo com a tabela, pode-se inferir também que a principal causa de falecimento do pai é devido a causas externas. Cabe ressaltar que houve menção ao uso de drogas lícitas (álcool e cigarro) como motivo da morte, não sendo informado o fato de uso de drogas ilícitas. De todo modo, não constava no formulário questão que permitisse qualificar o motivo do assassinato.

Tabela 9 - Número e proporção de variáveis relacionadas a informações sobre o pai de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

VARIÁVEL	N	%
Nome de seu pai no registro de nascimento		
Sim	307	85,3
Não	42	11,7
NSR	11	3,1
Conhece o pai		
Sim	340	94,4
Não	20	5,6
Pai é vivo		
Sim	324	90,0
Não	26	7,2
NSR	10	2,8
Frequência com que vê o pai (N=324)		
Diariamente	199	61,4
Semanalmente	37	11,4
Quinzenalmente	11	3,4
Mensalmente	26	8,0
Anualmente	19	5,9
Mais de um ano sem vê-lo	23	7,1
Nunca viu	9	2,8
Motivo de não ver o pai a mais de um ano (N=32)		
Abandonou a casa	14	43,8
Mora em outra cidade	7	21,9
NSR	6	18,8
Outros	3	9,4
Pais separados	1	3,1
Adolescente saiu de casa	1	3,1
Causa falecimento do pai (N=26)		
Assassinato	7	26,9
NSR	7	26,9
Doença	6	23,1
Acidente de trânsito	5	19,2
Acidente doméstico	1	3,8

*NSR: Não soube responder

Passa-se a verificar os dados levantados sobre a mãe (Tabela 10). Nela, observa-se que 96,9% (349) dos adolescentes informaram ter mãe viva. Das que faleceram, o principal motivo foi doença 77,8% (7), principalmente doenças crônicas (sendo mais referido

o diagnóstico de câncer). Por sua vez, no que concerne as mães vivas, a maioria dos adolescentes 88,8% (310) dizem que as veem diariamente.

No tocante ao motivo de não ver a mãe a mais de um ano, a separação dos pais 40% (2) foi a principal apontada pelo adolescente.

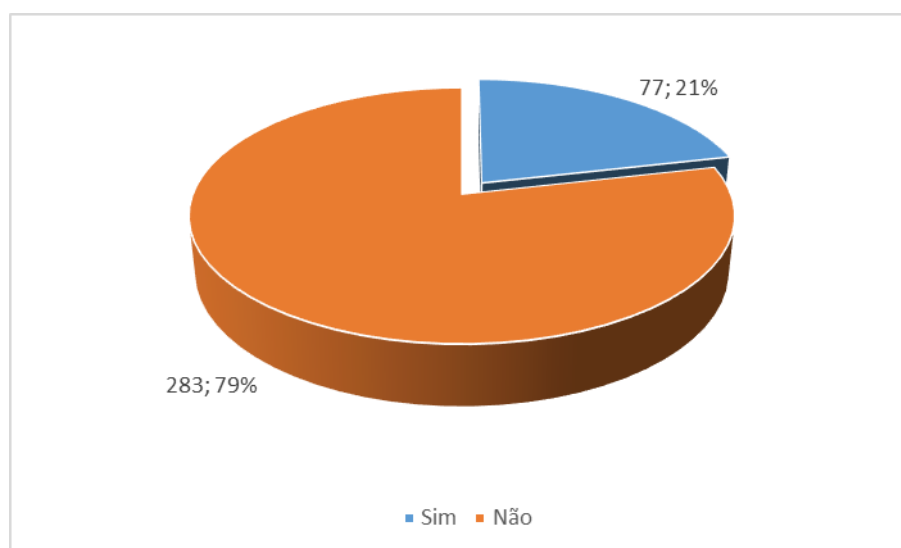
Tabela 10 - Número e proporção de variáveis relacionadas a informações sobre a mãe de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

VARIÁVEL	N	%
Mãe viva		
Sim	349	96,9
Não	9	2,5
NSR	2	0,6
Causa do falecimento da mãe (N=9)		
Doença	7	77,8
Acidente de trânsito	1	11,1
NSR	1	11,1
Frequência com que vê a mãe (N=349)		
Diariamente	310	88,8
Semanalmente	20	5,7
Quinzenalmente	1	0,3
Mensalmente	4	1,1
Anualmente	9	2,6
Mais de um ano sem vê-la	4	1,1
Nunca viu	1	0,3
Motivo de ver a mãe a mais de um ano (N=5)		
Pais separados	2	40,0
Abandonou a casa	1	20,0
Mora em outra cidade	1	20,0
NSR	1	20,0

*NSR: Não soube responder

A última questão relacionada a família/relação familiar consiste na investigação de o adolescente presenciar cenas de violência em sua residência. Os achados demonstraram que a maioria 79% (283) dizem não presenciar cenas de violência em sua casa (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Distribuição das frequências relativas ao adolescente presenciar cenas de violência em casa em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).



Uma vez tendo sido finalizada a apresentação dos dados gerais sobre as famílias dos adolescentes, prossegue-se na discussão buscando-se abordar especificamente o uso de drogas que o adolescente relata sobre a família.

5.2.2. Uso de drogas na família dos adolescentes

O ponto inicial para a descrição do fenômeno das drogas percebidas pelos adolescentes em suas famílias surge no questionamento das variáveis descritas na Tabela 11.

A maioria dos adolescentes 70,3% (253) reconhecem o uso de drogas no seu ambiente familiar, além do que a maior parte 44,3% (112) das pessoas que usam algum tipo de droga na família o faz quando o adolescente está por perto.

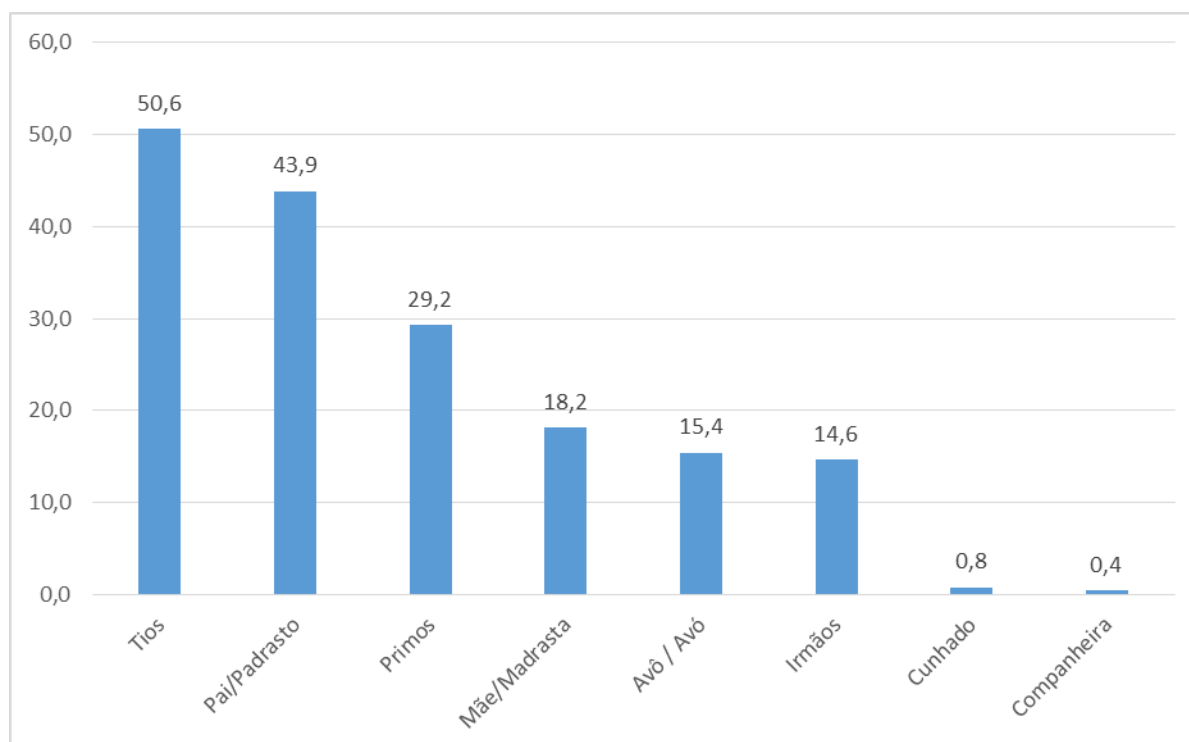
Tabela 11 - Número e proporção de variáveis relacionadas ao uso de drogas por familiares de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

VARIÁVEL	N	%
Familiar utiliza drogas		
Sim	253	70,3
Não	103	28,6
NSR	4	1,1
Familiar usa drogas na presença do adolescente (N=253)		
Sim	112	44,3
Não	141	55,7

*NSR: Não soube responder

Isto posto, investigou-se quem são os familiares que o adolescente reconhece como usuário de drogas na família (Gráfico 7). A maioria dos adolescentes (50,6%) reconhece tios como usuários de drogas, seguido pelo pai/padrasto (43,9%).

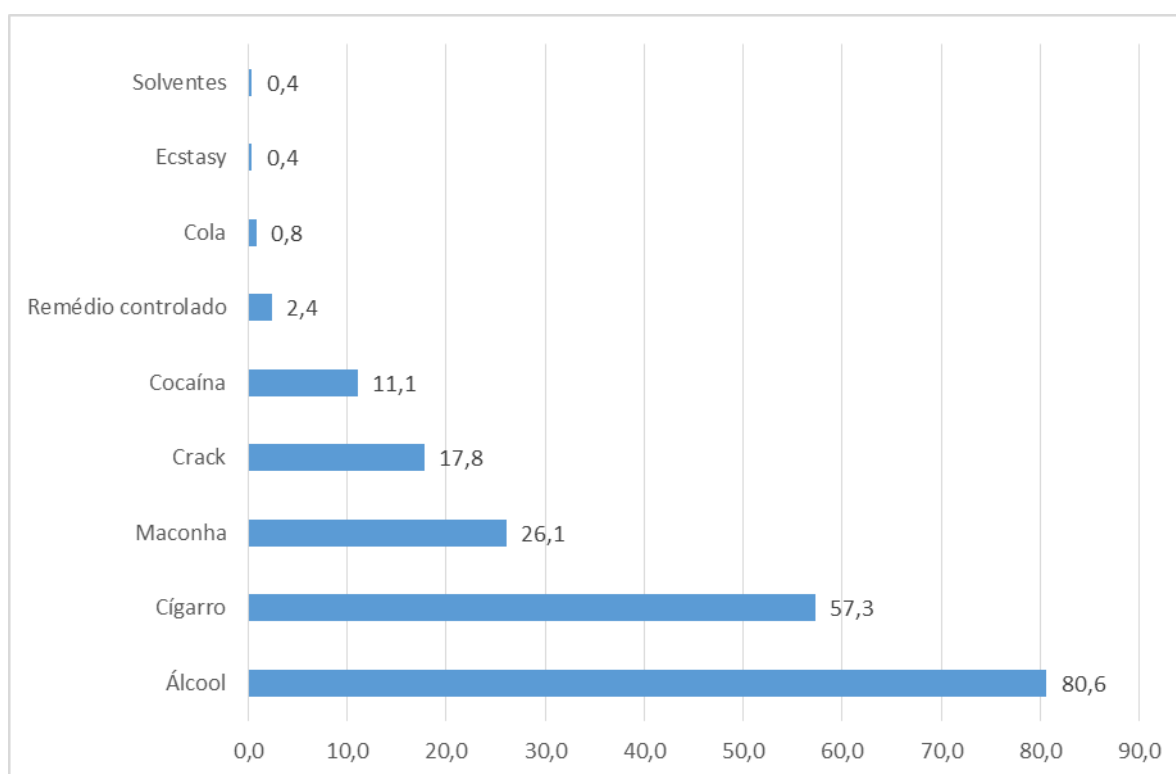
Gráfico 7 - Distribuição das frequências relativas pessoas da família que o adolescente refere usar drogas em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).



O último passo na apresentação da família dos adolescentes consiste no panorama das principais drogas que o entrevistado relata serem utilizadas pelos familiares (Gráfico 8). A

partir desse gráfico, observa-se que o álcool (80,6%) é o tipo de droga de uso mais comum pelos familiares dos adolescentes, seguindo um padrão similar ao gráfico das drogas utilizadas pelos adolescentes, no qual estão em maior porcentagem as drogas lícitas e tem como droga ilícita mais utilizada, a maconha.

Gráfico 8 - Distribuição das frequências relativas aos tipos de drogas utilizadas por familiares de adolescentes em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).



O próximo tema abordado consiste na percepção dos adolescentes sobre elementos do seu território, constituindo o que Bronfenbrenner chama de contextos. Por ocasião do estudo, os elementos do contexto não são aprofundados e remetem aos processos proximais vivenciados pelo adolescente.

5.3. O território: cenário relacionado a expressões de violência e tráfico/uso de drogas

Inicia-se essa apresentação com a constatação de que a maioria – 96,4% (347) – dos adolescentes são moradores da capital, Fortaleza. O maior número 21,1% (76) deles reside na Regional I. Estes dados são sistematizados na Tabela 12. Cabe lembrar, também, que há uma tendência da própria estruturação da amostragem em manter um equilíbrio entre

moradores das diversas regionais da capital, tendo em vista o fato de que se tem estruturada uma descentralização regional do sistema de serviços educacionais municipais e estaduais.

Outro aspecto trabalhado nessa categoria de análise é a percepção da criança/adolescente acerca da relação entre suas atividades cotidianas com contextos geográficos que envolvam cenas/cenários de violência. Nesse recorte, a referência de espaços de violência que se teve como imagem foram: cenários de violência pelo tráfico de drogas (incluindo aqui o comércio propriamente dito e o conflito entre tráfico e segurança pública), violência referente a crimes de furto ou roubo mesmo que não relacionado a tráfico de drogas. Observou-se que 25,8% foram os adolescentes que reconhecem a existência de cenas/cenários desse tipo no seu contexto de atividades cotidianas.

Tabela 12 - Número e proporção de variáveis sociodemográficas de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

VARIÁVEL	N	%
Cidade de moradia do adolescente		
Fortaleza	347	96,4
Caucaia	11	3,0
Horizonte	1	0,3
Maracanaú	1	0,3
Regional de moradia do adolescente (N=347)		
Regional I	76	21,1
Regional II	54	15,0
Regional III	34	9,4
Regional IV	44	12,2
Regional V	71	19,7
Regional VI	61	16,9
NSR	7	1,9
Atividades cotidianas relacionadas a cenas/cenários de violência		
Sim	93	25,8
Não	267	74,2

*NSR: Não soube responder

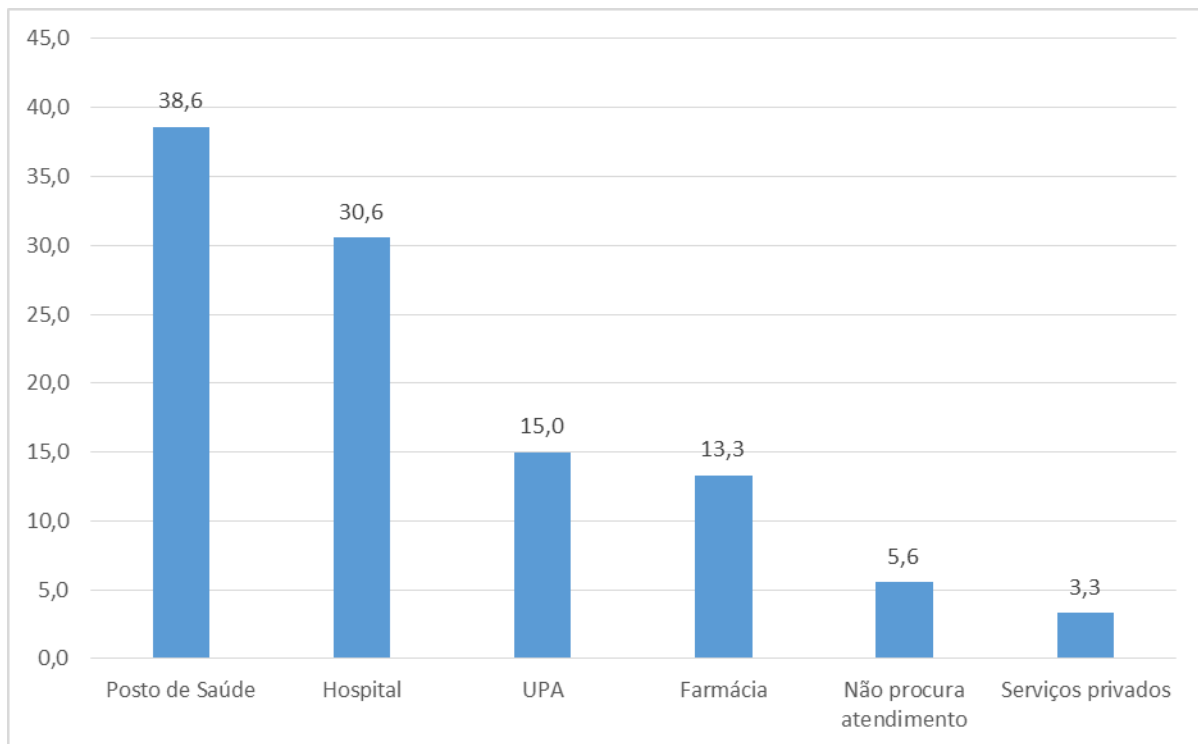
As relações institucionais estruturadas por políticas públicas que deveriam ser ofertadas numa perspectiva de universalidade são: a escola (sendo esta uma política mundial e considerada por Bronfenbrenner em sua teorização) e a saúde. O estudo traz como elementos relacionados a escola algumas variáveis que estão incluídas nas características sociodemográfica dos adolescentes – como a escolaridade – assim como na frequência dos

mesmos a esta instituição (que pelos limites de amplitude foram incluídos na categoria adolescente). A saúde, apesar de não ser contemplada em profundidade no instrumento, possui uma característica singular em que – mesmo de caráter universal – ainda costuma ter seu lugar no cotidiano dos indivíduos relacionado a sua outra face, ou seja, a doença. Desse modo, optou-se por também perceber a relação do adolescente com o sistema de serviços de saúde como parte da conexão do adolescente com o território. A saúde no Brasil, tendo em vista seu caráter único e seu sistema público descentralizado em territórios, deve por meio da Estratégia de Saúde da Família acompanhar áreas adscritas e atuar principalmente em caráter preventivo junto a essas famílias.

Desse modo, duas perguntas foram consideradas para efeito deste estudo: que serviço de saúde o adolescente procura no momento em que está doente; e se ele conhece algum serviço de saúde que tenha o adolescente como foco. Os resultados são observados nos Gráficos 9 e 10.

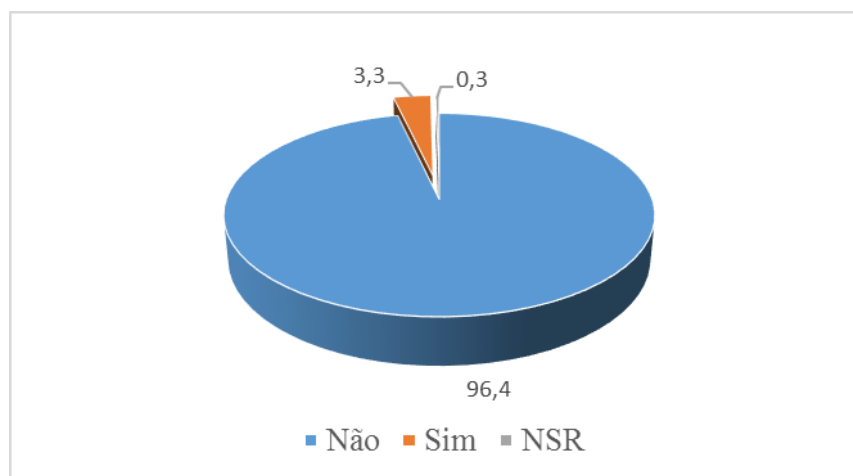
De acordo com os Gráfico 9, a menor porcentagem (3,3%) dos adolescentes demonstra ser usuário de serviços privados de saúde. O principal serviço procurado por eles é o posto de saúde (38,6%); todavia, no conjunto de serviços públicos, a instituição hospitalar demonstra ser a mais acessada (juntando-se os hospitais secundários e terciários).

Gráfico 9 - Distribuição das frequências relativas aos tipos de serviços procurados por adolescentes em caso de adoecimento por amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360)



O Gráfico 10, por sua vez, demonstra que a maioria dos adolescentes (96,4%) não reconhece nos serviços de saúde existentes uma atuação com foco para o adolescente.

Gráfico 10 - Distribuição das frequências relativas sobre o reconhecimento de serviços de saúde que abordem a adolescência em sua rotina de trabalho por amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).



Outro aspecto que se relaciona com o território consiste na relação de pertencimento construído e que envolve o desenvolvimento de ações que socialmente fazem

interface com o tempo “livre” do adolescente. A estes momentos, costuma-se referir ao lazer/esporte/cultura que é construída com e por estes jovens. Desse modo, a Tabela 13 exhibe que a maioria dos adolescentes 74,7% (269) confirmaram possuir locais públicos para lazer, realização de práticas esportivas ou atividades de expressões culturais em seu território.

Tabela 13 - Número e proporção de variáveis socioculturais relacionados ao uso de drogas por familiares de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

VARIÁVEL	N	%
Locais públicos para lazer/práticas esportivas/expressões culturais no território		
Sim	269	74,7
Não	91	25,3
Locais de uso ou de tráfico de drogas na comunidade		
Sim	235	65,3
Não	97	26,9
NSR	28	7,8

*NSR: Não soube responder

Diante da primeira informação da Tabela 13, considerou-se importante apontar que espaços seriam esses para lazer/práticas esportivas/culturais. Conforme se observa no Quadro 7, os espaços públicos com objetivo de socialização foram referidos por 100,0% (269) dos adolescentes que informaram possuir algum lugar para lazer em seu território. Nele, incluem-se praças, calçadões e polos de lazer (no qual o foco principal do local não seja a prática de esporte de quadra ou campo).

Quadro 7 - Número e frequência relativa dos tipos de locais públicos para lazer/práticas esportivas/expressões culturais existentes no território (N=269) de amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

Tipificação dos locais públicos para lazer/práticas esportivas/expressões culturais no território	N	%
Espaços públicos com objetivo de socialização	269	100,0
Espaço público com objetivo da prática de esporte	204	75,8
Serviço público com foco esportivo/cultural	31	11,5
Outros espaços públicos	3	1,1

* Os entrevistados responderam afirmativamente mais de uma opção, o que explica os valores discrepantes do tamanho da amostra.

Conforme situado no momento introdutório do trabalho, o presente estudo consiste num recorte de outro que tem como foco pesquisar a violência entre escolares. Nesse sentido e considerando o objeto no qual circunscrevemos esta pesquisa, reuniu-se neste último tópico dos dados descritivos um olhar sobre a relação do adolescente com a violência e a percepção destes do uso de drogas na relação com atos violentos.

5.4. Interface entre violência sofrida e perpetrada por adolescentes e o fenômeno das drogas

A violência é um fenômeno que afeta os indivíduos e a sociedade, sendo atribuído a ele causas múltiplas. Não é incomum, portanto, a referência entre uma associação midiática do uso de drogas com a violência. Desse modo, este tópico busca focar na apresentação das violências sofridas e perpetradas (nas tipologias psicológica, física e sexual), referenciados a partir da realidade do adolescente, relacionada principalmente ao envolvimento do uso de drogas com essas práticas.

Inicia-se com a violência sofrida, apresentada na Tabela 14. A partir dela, observa-se que a maioria dos adolescentes 61,1% (220) sofreram violência psicológica no último ano. Destes, é informado que 10,9% (24) dos agressores estariam sobre o efeito de drogas, enquanto que 0,6% (2) dos adolescentes que sofreram esse tipo de violência reconheceram estar sobre o efeito de drogas no momento da violência.

No que se refere a violência física, 36,1% (130) adolescentes terem sofrido este tipo e dizem ainda que: 8,5% (11) foram reconhecidos sobre efeito de drogas, ao passo que 1,5% (2) dos que sofreram essa violência física mencionaram estar sobre o efeito de drogas no momento da agressão.

A questão sexual foi outro aspecto abordado no tocante a violência. Sobre ela, 16,7% (60) adolescentes contaram que tiveram relação sexual consentida até os 14 anos; 10,6% (38) disseram ter sofrido violência sexual, dos quais 28,9% (11) alegaram que o agressor estava sobre o efeito de drogas e que 2,6% (1) dos adolescentes estava sobre o efeito de drogas quando aconteceu a violência.

Perguntou-se a todos os adolescentes se já haviam feito sexo como um trabalho para ganhar dinheiro, presentes ou drogas. Observou-se que 0,6% (2) deles referiram já o ter feito e, destes, um informou que estava sobre efeito de drogas e o parceiro sexual, não. O outro adolescente informou que não estava sobre o efeito de drogas e não sabe responder se seu parceiro estava (Tabela 14).

Tabela 14 - Número e proporção de variáveis relacionadas à violência sofrida por adolescentes de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

VARIÁVEL	N	%
Sofreu violência psicológica		
Sim	220	61,1
Não	140	38,9
Agressor sob o efeito de droga (N=220)		
Sim	24	10,9
Não	184	83,6
NSR	11	5,0
NQR	1	0,5
Adolescente sob efeito de droga (N=220)		
Sim	2	0,6
Não	217	60,3
NSR	1	0,3
Sofreu violência física		
Sim	130	36,1
Não	230	63,9
Agressor sob o efeito de droga (N=130)		
Sim	11	8,5
Não	113	86,9
NSR	6	4,6
Adolescente sob o efeito de droga (N=130)		
Sim	2	1,5
Não	128	98,5
Adolescente até 14 anos completos teve relação sexual consentida		
Sim	60	16,7
Não	299	83,1
NQR	1	0,3
Sofreu violência sexual		
Sim	38	10,6
Não	322	89,4
Agressor sob o efeito de droga (N=38)		
Sim	11	28,9
Não	24	63,2
NSR	3	7,9
Adolescente sob efeito de droga (N=38)		
Sim	1	2,6
Não	37	97,4

* NSR: Não soube responder

** NQR: Não quis responder

Tabela 14 (cont.) – Número e proporção de variáveis relacionadas à violência sofrida por adolescentes de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

VARIÁVEL	N	%
Fez sexo como um trabalho para ganhar dinheiro, presentes ou drogas		
Sim	2	0,6
Não	358	99,4
Pessoa com quem o adolescente teve relação estava sob efeito de droga (N=2)		
Não	1	50,0
NSR	1	50,0
Adolescente sob efeito de droga (N=2)		
Sim	1	50,0
Não	1	50,0

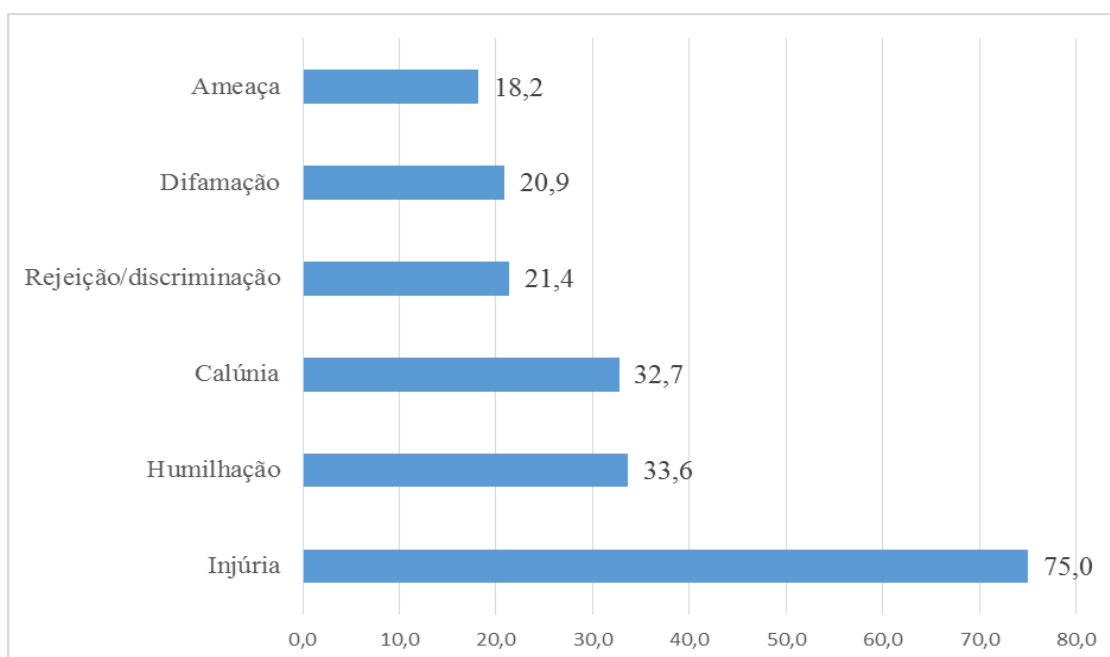
*NSR: Não soube responder

** NQR: Não quis responder

Para fins de ciência das principais formas que se expressaram essa violência em relação aos jovens, foram construídos os Gráficos 11, 12 e 13.

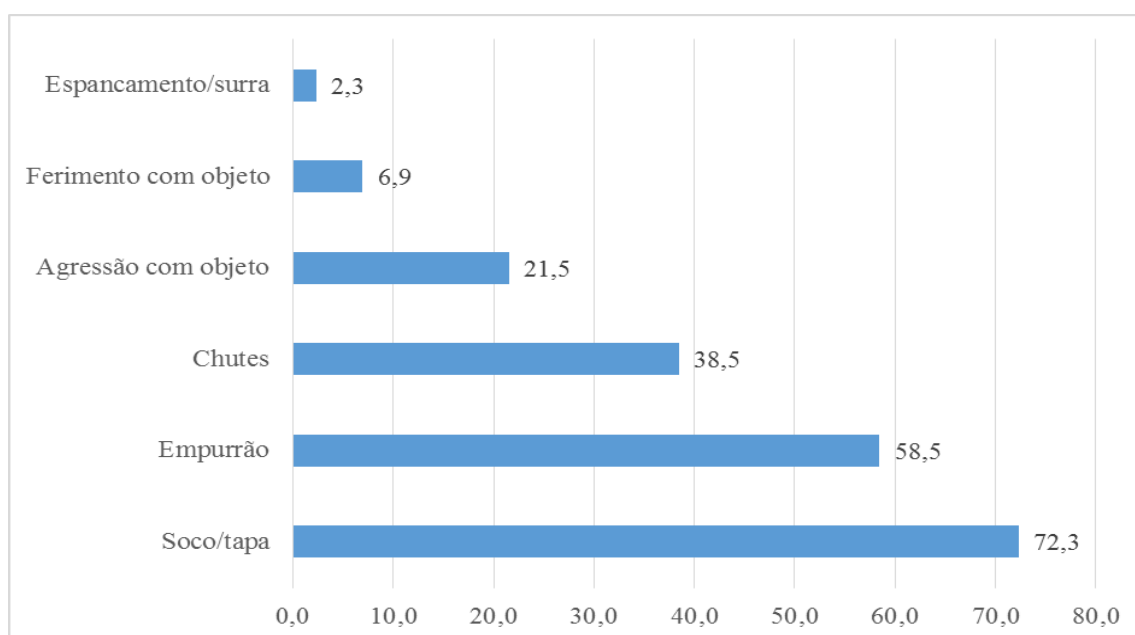
O Gráfico 11 nos mostra que, em relação a violência psicológica sofrida, a injúria (75%) é a mais comum. Cabe lembrar que injúria pode ser definido como atos de insultos, ofensas, ultrajes. A humilhação (33,6%) apresenta-se como a segundo modo mais frequentemente utilizado em relação a esse tipo de violência.

Gráfico 11 - Distribuição das frequências relativas sobre violência psicológica sofrida (N=220) por adolescentes em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).



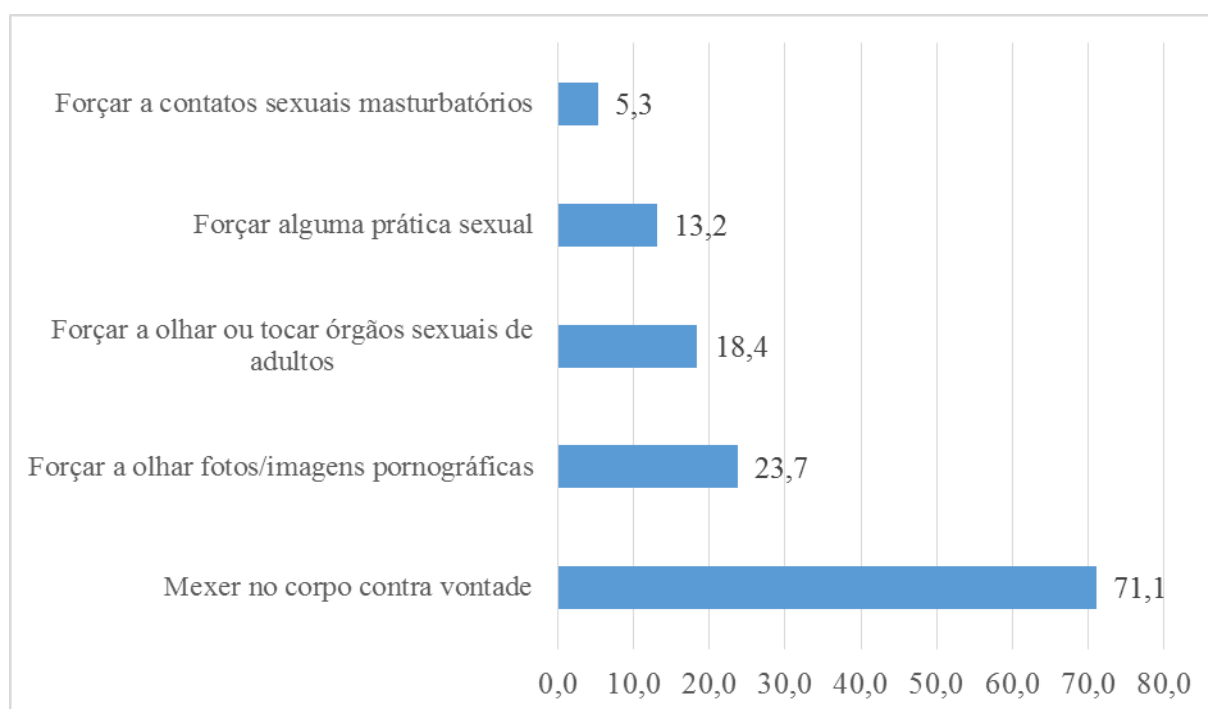
No que concerne ao Gráfico 12, as duas principais formas de apresentação da violência física sofrida pelos adolescentes são o soco/tapa (72,3%) e o empurrão (58,5%).

Gráfico 12 - Distribuição das frequências relativas sobre violência física sofrida (N=130) por adolescentes em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).



Dentre as formas de violência sexual sofridas pelos adolescentes, a mais comum foi “mexer no corpo contra vontade” (71,1%). É importante lembrar que mesmo sendo considerado importante a apresentação das formas como se expressam cada tipo de violência em relação ao adolescente, este é objeto de análise de outro recorte da pesquisa (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Distribuição das frequências relativas sobre violência física sofrida (N=38) por adolescentes em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).



O estudo também abordou a violência praticada pelos adolescentes, visando observar o ciclo da violência na dinâmica de vida destas pessoas. Desse modo, a Tabela 15 vem apresentar os resultados agrupados sobre essa questão.

Conforme a Tabela 15, 50% (180) dos adolescentes informaram ter praticado violência psicológica no último ano. Destes, 1,7% (3) informaram estar sobre o efeito de drogas no momento da violência, enquanto que os adolescentes informaram que 1,1% (2) das pessoas que sofreram agressão estariam sobre o efeito de drogas.

O tipo de droga utilizada no momento enquanto pratica algum tipo de ato agressivo foi questionado apenas em relação aos adolescentes. Quanto as drogas utilizadas por estes no momento da agressão, obteve-se que apenas um estava sobre o efeito de uma única droga – o cigarro – enquanto que os outros dois estavam sobre o efeito de múltiplas drogas, a saber: um havia utilizado álcool, cigarro e cocaína; e o outro utilizou álcool, cigarro e

maconha. Desse modo, percebe-se que o cigarro estava sendo utilizado por 100% dos agressores, o álcool por 66,7% deles; restando a cocaína e maconha, cada um, 33,3% dos usos.

A Tabela 15 mostra-nos, ainda, que 38,1% (137) dos adolescentes referiram ter praticado uma agressão física em relação a alguém no último ano, dos quais 0,7% (1) estava sobre o efeito de drogas no momento da agressão e 4,4% (6) pareciam dos agredidos pareciam estar sobre o efeito de drogas no momento da agressão. As formas com as quais praticara esse tipo de violência são descritos no Gráfico 15.

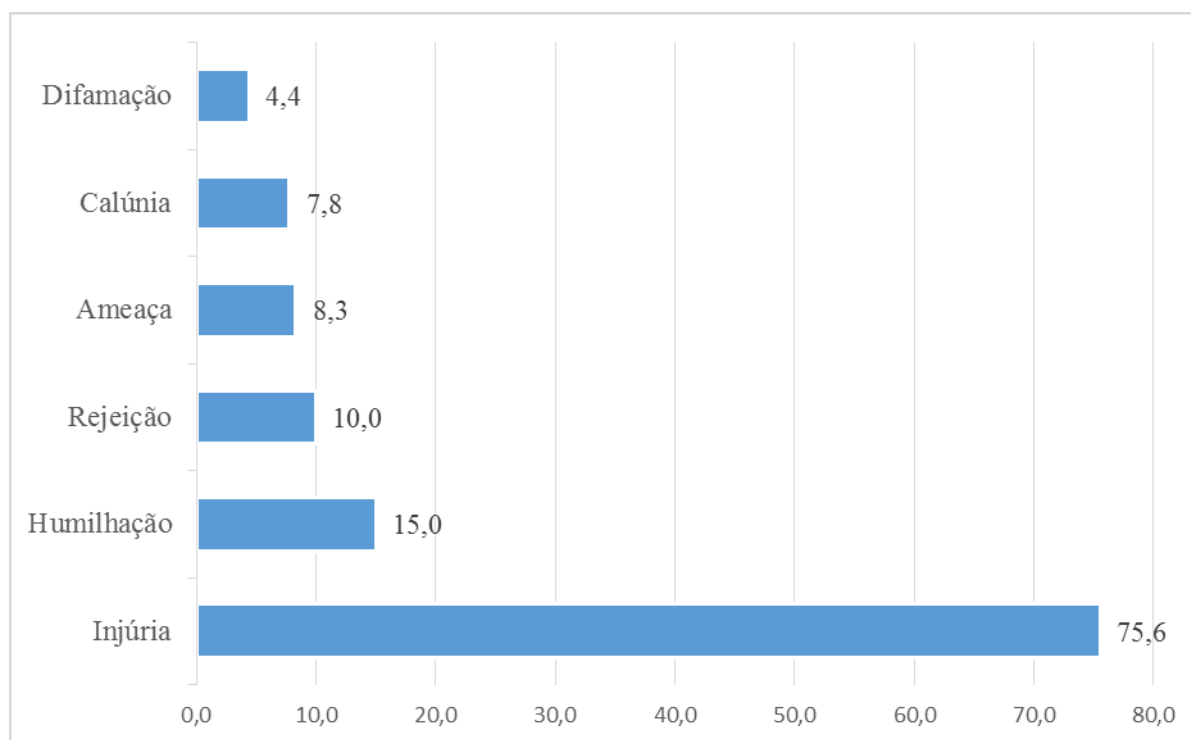
Tabela 15 - Número e proporção de variáveis relacionadas à violência perpetrada por adolescentes de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

VARIÁVEL	N	%
Adolescente praticou violência psicológica		
Sim	180	50,0
Não	180	50,0
Adolescente sob o efeito de droga (N=180)		
Sim	3	1,7
Não	177	98,3
Pessoa agredida sob o efeito de droga (N=180)		
Sim	2	1,1
Não	176	97,8
NSR	2	1,1
Adolescente praticou violência física no último ano		
Sim	137	38,1
Não	223	61,9
Adolescente sob o efeito de droga (N=137)		
Sim	1	0,7
Não	136	99,3
Pessoa agredida sob o efeito de droga (N=137)		
Sim	6	4,4
Não	130	94,9
NSR	1	0,7
Praticou violência sexual		
Sim	7	1,9
Não	353	98,1

*NSR: Não soube responder

As formas com as quais praticara esse tipo de violência serão descritos no Gráfico 14. De acordo com o mesmo, a maioria dos adolescentes referem perpetrar violência psicológica por meio de injúria (75,6%). Dentre as demais formas de violência psicológica referidas como sendo praticadas pelos adolescentes, as duas principais são: humilhação (15,0%) e rejeição (10,0%).

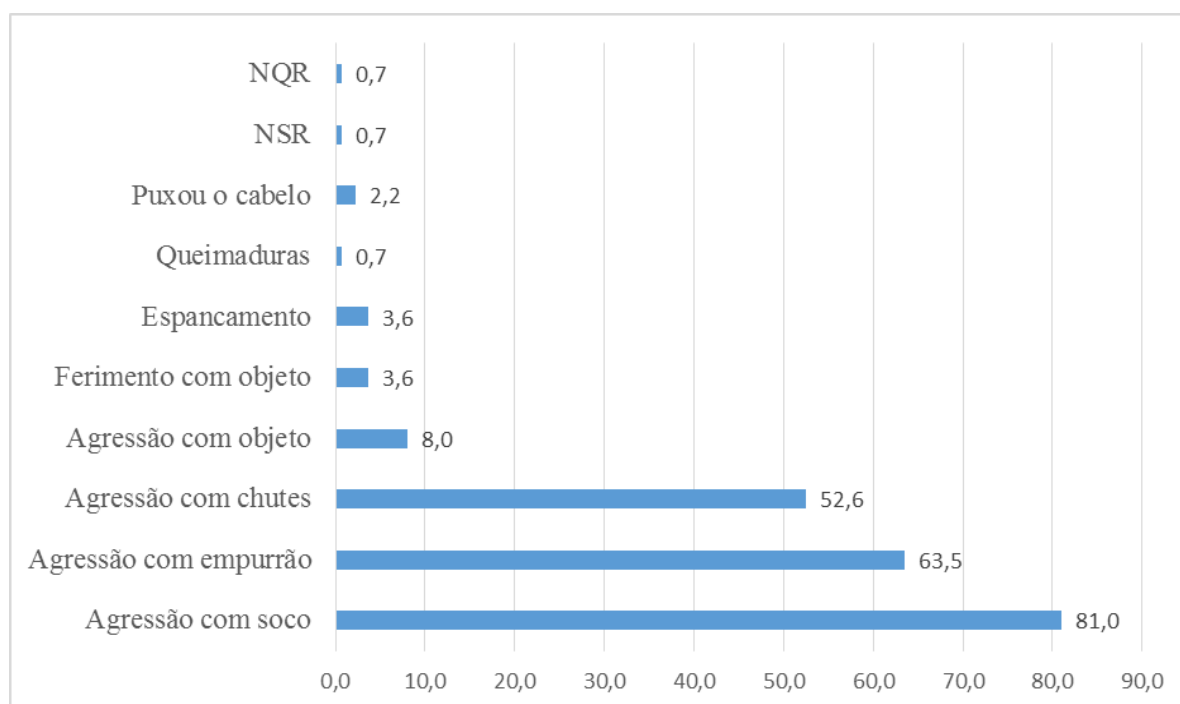
Gráfico 14 - Distribuição das frequências relativas sobre violência psicológica perpetrada (N=180) por adolescentes em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).



Conforme observado no Gráfico 15, três são as principais formas como se expressam a violência física, a saber: socos (81,0% dos adolescentes que referiram ter praticado esse tipo de ato), empurrão (63,5% dos adolescentes que praticaram violência física) e chutes (52,6% dos adolescentes agressores).

O tipo de droga utilizada no momento enquanto pratica algum tipo de ato agressivo foi questionado apenas em relação aos próprios adolescentes, ou seja, quem perpetrou o ato. Quanto as drogas utilizadas por estes no momento da agressão, obteve-se que apenas um estava sobre o efeito de drogas, descrita como álcool e cigarro, concomitantemente.

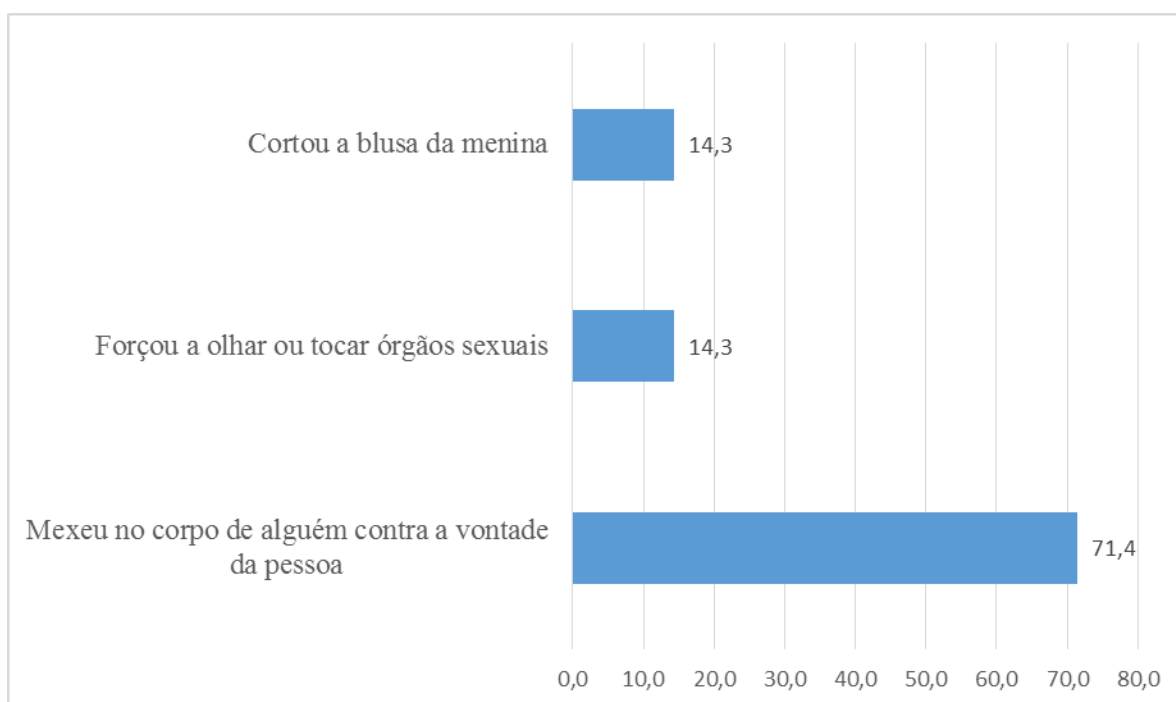
Gráfico 15 - Distribuição das frequências relativas sobre violência física perpetrada (N=137) por adolescentes em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).



O último aspecto investigado foi a violência sexual, ato que foi praticado por 1,9% (7) dos adolescentes. As formas como se expressaram este tipo de ato é descrito no Gráfico 16, com o qual se percebe que 71,4% dos adolescentes que referiram ter praticado esse tipo de ato, informara ter mexido no corpo de alguém contra a vontade da pessoa (Gráfico 16).

Convém informar que nenhum dos adolescentes informaram estar sobre o efeito de drogas por ocasião deste ato, assim como também nenhuma das pessoas às quais foi direcionado o ato agressivo.

Gráfico 16 - Distribuição das frequências relativas sobre violência sexual perpetrada (N=7) por adolescentes em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).



5.2. Análise Bivariada

O segundo momento de apresentação dos dados vem do processo de cruzamento das variáveis constituídas pelas características descritas anteriormente e o fato de os adolescentes terem experimentado, usado no último ano ou utilizado drogas no último mês. Esperou-se, com isto, investigar possíveis associações entre variáveis relacionadas ao adolescente, família, escola, território e violências (sofrida e perpetrada).

5.2.1. O adolescente

O primeiro elemento investigado é o indivíduo adolescente, no tocante às suas características sociais e sua inter-relação com o acontecimento deles experimentarem drogas, usarem drogas no último ano e usarem drogas no último mês.

Assim sendo, a primeira que demonstra alguma associação estatisticamente significativa é a religião. Em relação a este aspecto, observou-se uma associação estatisticamente significativa quanto a fazer drogas no ano ($p=0,022$) que, contudo, demonstram razões de prevalência que possuem intervalo de confiança que passam por 1,00 (hipótese nula). Por outro lado, percebe-se uma associação estatisticamente significativa para a

experiência com drogas ($p=0,026$) e o uso de drogas no mês ($p=0,010$), fato que leva ao entendimento de que existe, respectivamente: a uma prevalência 1,64 vezes maior (IC95%: 1,15-2,34) para adolescentes católicos experimentarem drogas e a uma prevalência 3,75 vezes essas mesmas pessoas fazerem uso no mês (IC95%: 1,43-9,87) (Tabela 16).

Quanto a vivência da religião, houve relação estatisticamente significativa com experimentação de drogas ($p=0,001$), com uso de drogas no último ano ($p<0,001$) e uso de drogas no último mês ($p<0,001$). Em todos os casos, essa relação se dá com o fato de não ser praticante. Desse modo, o fato de não ser praticante demonstrou prevalência 1,81 vezes maior (IC95%: 1,31-2,51) em experimentar drogas; 2,4 vezes maior (IC95%: 1,58-3,65) em usar drogas no último ano; e 5,67 vezes maior (IC95%: 2,4-13,36) em usar drogas no último mês (Tabela 16).

A última característica relevante na Tabela 16 é a escolaridade, que demonstrou relação estatisticamente significativa com experimentar drogas ($p<0,001$), usar drogas no último ano ($p<0,001$) e com usar drogas no último mês ($p<0,001$). Observa-se que a prevalência demonstra aumento diretamente proporcional com o aumento da escolaridade. Desse modo, convém observar que os adolescentes do ensino médio apresentaram prevalência 3,24 vezes maior (IC95%: 2,02-5,20) em experimentar drogas; 4,62 vezes maior (IC95%: 2,31-9,25) em usar drogas no último ano; e 5,19 vezes maior (IC95%: 1,61-16,76) em usar drogas no último mês.

Tabela 16 - Associação da experimentação, uso no ano e uso no mês de drogas por adolescentes com suas variáveis sociodemográficas e de saúde de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

Variáveis	Experimentação		RP (IC 95%)	Valor p	Uso no Ano		RP (IC 95%)	Valor p	Uso no Mês		RP (IC 95%)	Valor p
	Sim N (%)	Não N (%)			Sim N (%)	Não N (%)			Sim N (%)	Não N (%)		
Sexo												
Feminino	63 (34,6)	119 (65,4)	1,01 (0,76 - 1,34)	0,945*	49 (26,9)	133 (73,1)	1,33 (0,91 - 1,94)	0,139*	15 (8,2)	167 (91,8)	1,00	0,587*
Masculino	61 (34,3)	117 (65,7)	1,00		36 (20,2)	142 (79,8)	1,00		18 (10,1)	160 (89,9)	1,23 (0,64 - 2,36)	
Raça/Cor												
Indígena	1 (33,3)	2 (66,7)	1,1 (0,21 - 5,71)	0,919**	1 (33,3)	2 (66,7)	1,87 (0,34 - 10,18)	0,421**	1 (33,3)	2 (66,7)	7,33 (0,6 - 88,95)	0,272**
Amarela	8 (36,4)	14 (63,6)	1,2 (0,61 - 2,37)		7 (31,8)	15 (68,2)	1,78 (0,78 - 4,09)		1 (4,5)	21 (95,5)	1,00	
Parda	82 (36,4)	143 (63,6)	1,2 (0,78 - 1,85)		58 (25,8)	167 (74,2)	1,44 (0,79 - 2,64)		25 (11,1)	200 (88,9)	2,44 (0,35 - 17,19)	
Negra	16 (32)	34 (68)	1,05 (0,60 - 1,86)		9 (18)	41 (82)	1,01 (0,45 - 2,28)		3 (6)	47 (94)	1,32 (0,15 - 12,00)	
Branca	17 (30,4)	39 (69,6)	1,00		10 (17,9)	46 (82,1)	1,00		3 (5,4)	53 (94,6)	1,18 (0,13 - 10,73)	
Religião												
Católico	52 (41,3)	74 (58,7)	1,64 (1,15 - 2,34)	0,026**	39 (31)	87 (69)	3,71 (0,56 - 24,7)	0,022**	17 (13,5)	109 (86,5)	3,75 (1,43 - 9,87)	0,010**
Nenhum	33 (39,8)	50 (60,2)	1,58 (1,07 - 2,33)		22 (26,5)	61 (73,5)	3,18 (0,47 - 21,49)		11 (13,3)	72 (86,7)	3,68 (1,33 - 10,23)	
Outros	4 (33,3)	8 (66,7)	1,32 (0,57 - 3,10)		1 (8,3)	11 (91,7)	1,00		-	12 (100)	-	
Evangélico	35 (25,2)	104 (74,8)	1,00		23 (16,5)	116 (83,5)	1,99 (0,29 - 13,45)		5 (3,6)	134 (96,4)	1,00	
Você é praticante												
Sim	54 (26,9)	147 (73,1)	1,00	0,001*	33 (16,4)	168 (83,6)	1,00	<0,001*	7 (3,5)	194 (96,5)	1,00	<0,001*
Não	37 (48,7)	39 (51,3)	1,81 (1,31 - 2,51)		30 (39,5)	46 (60,5)	2,4 (1,58 - 3,65)		15 (19,7)	61 (80,3)	5,67 (2,40 - 13,36)	

Tabela 16 (cont.) – Associação da experimentação, uso no ano e uso no mês de drogas por adolescentes com as variáveis sociodemográficas e de saúde autorreferida de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

Variáveis	Experimentação				Uso no Ano				Uso no Mês			
	Sim N (%)	Não N (%)	RP (IC 95%)	Valor p	Sim N (%)	Não N (%)	RP (IC 95%)	Valor p	Sim N (%)	Não N (%)	RP (IC 95%)	Valor p
Escolaridade												
Ensino fundamental I	16 (16,7)	80 (83,3)	1,00	<0,001*	8 (8,3)	88 (91,7)	1,00	<0,001*	3 (3,1)	93 (96,9)	1,00	<0,001*
Ensino fundamental II	28 (24,1)	88 (75,9)	1,45 (0,83 - 2,51)		20 (17,2)	96 (82,8)	2,07 (0,95 - 4,49)		6 (5,2)	110 (94,8)	1,66 (0,43 - 6,44)	
Ensino médio	80 (54,1)	68 (45,9)	3,24 (2,02 - 5,20)		57 (38,5)	91 (61,5)	4,62 (2,31 - 9,25)		24 (16,2)	124 (83,8)	5,19 (1,61 - 16,76)	
Problema de saúde												
Sim	48 (31,6)	104 (68,4)	1,00	0,314*	32 (21,1)	120 (78,9)	1,00	0,316*	11 (7,2)	141 (92,8)	1,00	0,274*
Não	75 (36,8)	129 (63,2)	1,16 (0,87 - 1,56)		53 (26)	151 (74)	1,23 (0,84 - 1,81)		22 (10,8)	182 (89,2)	1,49 (0,75 - 2,98)	

* Teste Qui-Quadrado

** Teste Exato de Fisher

5.2.2. A família

A família consiste no primeiro cenário que temos apresentado na relação do adolescente com o espaço social/de relação. Dentre as várias características dessa família e sua inter-relação com o fato de o adolescente experimentar drogas, usar no último ano e usar no último mês, a primeira que merece destaque é a composição familiar. Os dados sobre esse componente se encontram na Tabela 17.

Quanto a composição familiar, percebe-se uma relação estatisticamente significativa com a experimentação de drogas ($p < 0,007$). Nesse caso, a família monoparental demonstrou prevalência 1,83 vezes maior (IC95%: 1,26-2,64) para essa experimentação, enquanto que a reconstituída demonstra prevalência 1,65 vezes maior (1,09-2,50).

O uso de drogas na família também demonstrou relação estatisticamente significativa com a experimentação ($p < 0,001$), o uso no ano ($p < 0,001$) e o uso no mês ($p < 0,13$) de drogas pelo adolescente. Dessa forma, observou-se que esse uso de drogas na família remete a uma prevalência: 2,23 vezes maior (IC95%: 1,45-3,43) do adolescente experimentar drogas; 3,01 vezes maior (IC95%: 1,62-5,60) para usar no ano; e 3,94 vezes maior (IC95%: 1,23-12,63) em usar no mês.

Uma vez observada a relação do uso de drogas com o fato da família usar drogas, buscou-se investigar o uso de drogas pelos principais componentes da família e o fato do adolescente experimentar, usar no ano e usar no mês algum tipo de droga. Dessa investigação, importa conhecer sobre:

1. Pai: A circunstância do uso de drogas pelo pai demonstrou relação estatisticamente significativa com a experimentação de drogas pelo adolescente ($p = 0,017$), com seu uso de drogas no ano ($p = 0,001$) e uso no mês ($p = 0,039$). A partir dessa conexão, percebeu-se que o pai usar drogas reporta a uma prevalência 1,46 vezes maior (IC95%: 1,10-1,94) do adolescente experimentar alguma droga; 1,93 vezes maior (IC95%: 1,34-2,77) de o adolescente usar drogas no ano; e 2,03 vezes maior (IC95%: 1,06-3,88) de o adolescente usar drogas no mês;

2. Mãe: A circunstância do uso de drogas pela mãe demonstrou relação estatisticamente significativa com a experimentação de drogas pelo adolescente ($p = 0,047$) e com seu uso de drogas no ano ($p = 0,027$). A partir dessa conexão, percebeu-se que o pai usar drogas reporta a uma prevalência 1,47 vezes maior (IC95%: 1,05-2,07) do adolescente experimentar alguma droga e 1,93 vezes maior (IC95%: 1,11-2,63) de o adolescente usar drogas no ano;

3. Irmãos: O uso de drogas por esses componentes da família demonstrou relação estatisticamente significativa com o fato de o adolescente experimentar drogas ($p < 0,001$), com usar drogas no último ano ($p = 0,005$) e com usar drogas no último mês ($p = 0,003$). Nesse sentido, percebeu-se que os irmãos usarem drogas remete a uma prevalência: 1,99 vezes maior (IC95%: 1,47-2,68) do adolescente experimentar drogas, 2,02 vezes maior (IC95%: 1,32-3,09) do adolescente usar drogas no último ano e 3,27 vezes maior (IC95%: 1,65-6,50) dele usar drogas no último mês; e

4. Primos: A ocorrência do uso de drogas pelos primos demonstrou relação estatisticamente significativa com a experimentação de drogas pelo adolescente ($p < 0,001$) e com o uso de drogas no mês pelo mesmo ($p = 0,001$). À vista disso, percebeu-se uma prevalência: 1,84 vezes maior (IC95%: 1,40-2,43) de o adolescente experimentar drogas; e 2,00 vezes maior (IC95%: 1,38-2,89) dele utilizar alguma droga no ano.

Buscou-se, em seguida, averiguar as correlações a partir de cada droga que os adolescentes referiram serem usadas por seus familiares (como uma forma de melhor perceber a questão do uso de drogas na família e a relação com o fenômeno do uso de drogas pelo adolescente). Por esse ângulo, importa citar o álcool, uma vez que apenas essa droga apresentou relação estatisticamente significativa com a experimentação ($p < 0,001$), o uso no ano ($p < 0,001$) e o uso no mês ($p < 0,001$) de drogas pelo adolescente. Assim, o familiar fazer uso de álcool refletiu na prevalência de modo que ela se mostra: 1,94 vezes maior (IC95%: 1,40-2,71) para a experimentação de drogas pelo adolescente, 2,66 vezes maior (IC95%: 1,67-4,23) para o uso no ano e 5,54 vezes maior (IC95%: 1,99-15,44) para o uso no mês.

O último aspecto relacionado à família consiste no evento de fazer uso de drogas quando o adolescente está por perto. Essa ocorrência demonstrou associação estatisticamente significativa com a experimentação de drogas pelo adolescente ($p = 0,002$), com o uso de drogas no ano ($p = 0,012$) e com o uso de drogas no mês pelo mesmo ($p = 0,047$). Nesse caso, percebeu-se uma prevalência 1,60 vezes maior (IC95%: 1,19-2,15) da experimentação de drogas pelo adolescente quando o familiar faz uso de drogas quando o adolescente está por perto, uma prevalência 1,66 vezes maior (IC95%: 1,13-2,45) para o uso de drogas no ano e 2,07 vezes maior (IC95%: 1,02-4,21) quando o mesmo evento ocorre.

Tabela 17 - Associação da experimentação, uso no ano e uso no mês de drogas por adolescentes com variáveis sociodemográficas e de comportamento de uso de drogas dos familiares de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

Variáveis	Experimentação		RP (IC 95%)	Valor p	Uso no Ano		RP (IC 95%)	Valor p	Uso no Mês		RP (IC 95%)	Valor p
	Sim N (%)	Não N (%)			Sim N (%)	Não N (%)			Sim N (%)	Não N (%)		
Composição familiar												
Monoparental	35 (47,3)	39 (52,7)	1,83 (1,26 - 2,64)	0,007*	23 (31,1)	51 (68,9)	1,66 (1,02 - 2,70)	0,170*	10 (13,5)	64 (86,5)	2,35 (0,97 - 5,69)	0,055*
Reconstituída	24 (42,9)	32 (57,1)	1,65 (1,09 - 2,50)		16 (28,6)	40 (71,4)	1,53 (0,89 - 2,62)		9 (16,1)	47 (83,9)	2,79 (1,13 - 6,87)	
Ampliada	29 (31,9)	62 (68,1)	1,23 (0,82 - 1,86)		20 (22)	71 (78)	1,17 (0,7 - 1,98)		6 (6,6)	85 (93,4)	1,15 (0,41 - 3,19)	
Nuclear	36 (25,9)	103 (74,1)	1,00		26 (18,7)	113 (81,3)	1,00		8 (5,8)	131 (94,2)	1,00	
Chefe da família												
Mãe/ madrasta	53 (42,1)	73 (57,9)	1,44 (1,05 - 1,99)	0,151*	37 (29,4)	89 (70,6)	1,85 (0,89 - 3,84)	0,216*	13 (10,3)	113 (89,7)	1,25 (0,60 - 2,61)	0,913**
Outros	10 (32,3)	21 (67,7)	1,11 (0,63 - 1,95)		8 (25,8)	23 (74,2)	1,62 (0,66 - 4,01)		3 (9,7)	28 (90,3)	1,18 (0,36 - 3,89)	
Avó/ avô	15 (34,1)	29 (65,9)	1,17 (0,73 - 1,89)		7 (15,9)	37 (84,1)	1,00		4 (9,1)	40 (90,9)	1,10 (0,38 - 3,22)	
Pai/ padrasto	46 (29,1)	112 (70,9)	1,00		33 (20,9)	125 (79,1)	1,31 (0,62 - 2,76)		13 (8,2)	145 (91,8)	1,00	
Escolaridade do chefe da família												
Até Ens.Fund. I Incomp.	24 (42,9)	32 (57,1)	1,50 (0,45 - 5,03)	0,823**	16 (28,6)	40 (71,4)	2,00 (0,31 - 12,86)	0,224**	5 (8,9)	51 (91,1)	1,76 (0,44 - 7,01)	0,273**
Até Ens.Fund. II Incomp.	27 (35,5)	49 (64,5)	1,24 (0,37 - 4,17)		18 (23,7)	58 (76,3)	1,66 (0,26 - 10,64)		8 (10,5)	68 (89,5)	2,07 (0,57 - 7,47)	
Até Ens. Médio Incomp.	21 (35,6)	38 (64,4)	1,25 (0,37 - 4,22)		11 (18,6)	48 (81,4)	1,31 (0,20 - 8,65)		3 (5,1)	56 (94,9)	1,00	
Até Ens. Sup. Incomp.	36 (41,9)	50 (58,1)	1,47 (0,44 - 4,85)		30 (34,9)	56 (65,1)	2,44 (0,39 - 15,34)		14 (16,3)	72 (83,7)	3,2 (0,96 - 10,65)	
Ens. Sup. Comp.	2 (28,6)	5 (71,4)	1,00		1 (14,3)	6 (85,7)	1,00		-	7 (100)	-	
Pais separados												
Sim	58 (40,3)	86 (59,7)	1,35 (1,01 - 1,82)	0,048*	38 (26,4)	106 (73,6)	1,22 (0,83 - 1,8)	0,361*	15 (10,4)	129 (89,6)	1,28 (0,65 - 2,54)	0,563*
Não	55 (29,7)	130 (70,3)	1,00		40 (21,6)	145 (78,4)	1,00		15 (8,1)	170 (91,9)	1,00	

Tabela 17 (cont.) – Associação da experimentação, uso no ano e uso no mês de drogas por adolescentes com variáveis sociodemográficas e de comportamento de uso de drogas dos familiares de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

Variáveis	Experimentação				Uso no Ano				Uso no Mês			
	Sim N (%)	Não N (%)	RP (IC 95%)	Valor p	Sim N (%)	Não N (%)	RP (IC 95%)	Valor p	Sim N (%)	Não N (%)	RP (IC 95%)	Valor p
Você costuma presenciar cenas de violência na sua casa?												
Sim	29 (37,7)	48 (62,3)	1,12 (0,81 - 1,56)	0,589*	19 (24,7)	58 (75,3)	1,06 (0,68 - 1,65)	0,880*	6 (7,8)	71 (92,2)	1,00	0,669*
Não	95 (33,6)	188 (66,4)	1,00		66 (23,3)	217 (76,7)	1,00		27 (9,5)	256 (90,5)	1,22 (0,52 - 2,86)	
Uso de drogas na família												
Sim	104 (41,1)	149 (58,9)	2,23 (1,45 - 3,43)	<0,001*	74 (29,2)	179 (70,8)	3,01 (1,62 - 5,60)	<0,001*	29 (11,5)	224 (88,5)	3,94 (1,23 - 12,63)	0,013*
Não	19 (18,4)	84 (81,6)	1,00		10 (9,7)	93 (90,3)	1,00		3 (2,9)	100 (97,1)	1,00	
Pai usa drogas												
Sim	43 (44,8)	53 (55,2)	1,46 (1,10 - 1,94)	0,017*	35 (36,5)	61 (63,5)	1,93 (1,34 - 2,77)	0,001*	14 (14,6)	82 (85,4)	2,03 (1,06 - 3,88)	0,039*
Não	81 (30,7)	183 (69,3)	1,00		50 (18,9)	214 (81,1)	1,00		19 (7,2)	245 (92,8)	1,00	
Mãe usa drogas												
Sim	22 (47,8)	24 (52,2)	1,47 (1,05 - 2,07)	0,047*	17 (37)	29 (63)	1,71 (1,11 - 2,63)	0,027*	8 (17,4)	38 (82,6)	2,18 (1,05 - 4,55)	0,052**
Não	102 (32,5)	212 (67,5)	1,00		68 (21,7)	246 (78,3)	1,00		25 (8)	289 (92)	1,00	
Irmãos usam drogas												
Sim	23 (62,2)	14 (37,8)	1,99 (1,47 - 2,68)	<0,001*	16 (43,2)	21 (56,8)	2,02 (1,32 - 3,09)	0,005*	9 (24,3)	28 (75,7)	3,27 (1,65 - 6,50)	0,003**
Não	101 (31,3)	222 (68,7)	1,00		69 (21,4)	254 (78,6)	1,00		24 (7,4)	299 (92,6)	1,00	
Tios usam drogas												
Sim	51 (39,8)	77 (60,2)	1,27 (0,95 - 1,68)	0,132*	37 (28,9)	91 (71,1)	1,40 (0,96 - 2,02)	0,092*	15 (11,7)	113 (88,3)	1,51 (0,79 - 2,89)	0,253*
Não	73 (31,5)	159 (68,5)	1,00		48 (20,7)	184 (79,3)	1,00		18 (7,8)	214 (92,2)	1,00	
Primos usam drogas												
Sim	40 (54,1)	34 (45,9)	1,84 (1,40 - 2,43)	<0,001*	29 (39,2)	45 (60,8)	2,00 (1,38 - 2,89)	0,001*	12 (16,2)	62 (83,8)	2,21 (1,14 - 4,28)	0,024**
Não	84 (29,4)	202 (70,6)	1,00		56 (19,6)	230 (80,4)	1,00		21 (7,3)	265 (92,7)	1,00	

Tabela 17 (cont.) – Associação da experimentação, uso no ano e uso no mês de drogas por adolescentes com variáveis sociodemográficas e de comportamento de uso de drogas dos familiares de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

Variáveis	Experimentação		RP (IC 95%)	Valor p	Uso no Ano		RP (IC 95%)	Valor p	Uso no Mês		RP (IC 95%)	Valor p
	Sim N (%)	Não N (%)			Sim N (%)	Não N (%)			Sim N (%)	Não N (%)		
Cigarro												
Sim	58 (40)	87 (60)	1,30 (0,98 - 1,73)	0,072*	37 (25,5)	108 (74,5)	1,14 (0,79 - 1,66)	0,528*	21 (9,8)	194 (90,2)	1,18 (0,60 - 2,32)	0,712*
Não	66 (30,7)	149 (69,3)	1,00		48 (22,3)	167 (77,7)	1,00		12 (8,3)	133 (91,7)	1,00	
Álcool												
Sim	89 (43,6)	115 (56,4)	1,94 (1,40 - 2,71)	<0,001**	66 (32,4)	138 (67,6)	2,66 (1,67 - 4,23)	<0,001*	29 (14,2)	175 (85,8)	5,54 (1,99 - 15,44)	<0,001*
Não	35 (22,4)	121 (77,6)	1,00		19 (12,2)	137 (87,8)	1,00		4 (2,6)	152 (97,4)	1,00	
Maconha												
Sim	29 (43,9)	37 (56,1)	1,36 (0,99 - 1,87)	0,085**	21 (31,8)	45 (68,2)	1,46 (0,97 - 2,21)	0,108*	8 (12,1)	58 (87,9)	1,43 (0,67 - 3,02)	0,479*
Não	95 (32,3)	199 (67,7)	1,00		64 (21,8)	230 (78,2)	1,00		25 (8,5)	269 (91,5)	1,00	
Crack												
Sim	15 (33,3)	30 (66,7)	1,00	1,00*	12 (26,7)	33 (73,3)	1,15 (0,68 - 1,94)	0,708*	5 (11,1)	40 (88,9)	1,25 (0,51 - 3,07)	0,585**
Não	109 (34,6)	206 (65,4)	1,04 (0,67 - 1,61)		73 (23,2)	242 (76,8)	1,00		28 (8,9)	287 (91,1)	1,00	
Cocaína												
Sim	13 (46,4)	15 (53,6)	1,39 (0,91 - 2,13)	0,213*	9 (32,1)	19 (67,9)	1,40 (0,79 - 2,49)	0,353*	3 (10,7)	25 (89,3)	1,19 (0,39 - 3,64)	0,732**
Não	111 (33,4)	221 (66,6)	1,00		76 (22,9)	256 (77,1)	1,00		30 (9)	302 (91)	1,00	
Faz uso de drogas quando o adolescente está por perto												
Sim	58 (51,8)	54 (48,2)	1,60 (1,19 - 2,15)	0,002*	42 (37,5)	70 (62,5)	1,66 (1,13 - 2,45)	0,012*	18 (16,1)	94 (83,9)	2,07 (1,02 - 4,21)	0,047*
Não	46 (32,4)	96 (67,6)	1,00		32 (22,5)	110 (77,5)	1,00		11 (7,7)	131 (92,3)	1,00	

* Teste Qui-Quadrado

** Teste Exato de Fisher

5.2.3. A relação com a escola

Apesar de não termos uma profunda exploração de elementos que possam remeter ao lugar da escola na discussão do fenômeno do uso de drogas pelo adolescente, visão construída a partir da não relação do adolescente com a escola, quais sejam: a interrupção dos estudos e a expulsão da escola. Apesar de não ser observado vinculados a um prazo de específico de secção de relação do adolescente com o ambiente escolar, essa condição de desvinculação desse espaço (considerado institucionalmente como protetivo) pareceu interessante de investigar.

Ocorre que, conforme se observa na Tabela 18, não foi encontrada qualquer relação estatisticamente significativa. Além disso, o olhar sobre as razões de prevalência demonstra que todos os intervalos de confiança acabam passando por 1,00, o que remete a uma hipótese nula.

Tabela 18 - Associação da experimentação, uso no ano e uso no mês de drogas por adolescentes com variáveis relacionadas a educação de uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

Variáveis	Experimentação				Uso no Ano				Uso no Mês			
	Sim	Não	RP (IC 95%)	Valor p	Sim	Não	RP (IC 95%)	Valor p	Sim	Não	RP (IC 95%)	Valor p
	N (%)				N (%)				N (%)			
Interrompeu os estudos												
Sim	18 (41,9)	25 (58,1)	1,25 (0,85 - 1,84)	0,306*	11 (25,6)	32 (74,4)	1,10 (0,63 - 1,89)	0,848*	6 (14)	37 (86)	1,64 (0,72 - 3,74)	0,258**
Não	106 (33,4)	211 (66,6)	1,00		74 (23,3)	243 (76,7)	1,00		27 (8,5)	290 (91,5)	1,00	
Expulsão da escola												
Sim	5 (41,7)	7 (58,3)	1,22 (0,61 - 2,42)	0,758**	3 (25)	9 (75)	1,06 (0,39 - 2,88)	1,00**	0 (0)	12 (100)	-	0,612**
Não	119 (34,2)	229 (65,8)	1,00		82 (23,6)	266 (76,4)	1,00		33 (9,5)	315 (90,5)	1,00	

* Teste Qui-Quadrado

** Teste Exato de Fisher

5.2.4. A relação com a vida produtiva e o lazer

A relação produtiva e o tempo para lazer são tempos/espacos que assumem uma centralidade no modo de produção a partir do mercantilismo e tende a se ampliar e complexificar até o neoliberalismo. Sendo um aspecto tão importante para o mundo globalizado, acredita-se que seja importante sua investigação quanto a interface que assume no que se refere a experimentação, uso no ano e uso no mês de drogas pelo adolescente.

Quanto a relação com a vida produtiva, dois aspectos são importantes para este momento: a “participação em projetos/programas sociais para qualificação profissional” e a condição de “trabalhar ou fazer alguma coisa para ganhar dinheiro”. Destes enfoques, não se observou qualquer relação estatisticamente significativa quanto a “trabalhar ou fazer alguma coisa para ganhar dinheiro”.

Por sua vez, a participação em projetos/programas sociais para qualificação profissional mostrou relação estatisticamente significativa com a experimentação de drogas pelo adolescente ($p < 0,001$), assim como com o uso de drogas no ano ($p = 0,002$) e com o uso de drogas no mês ($p = 0,014$). Diante desse aspecto, observou-se uma prevalência 1,94 vezes maior (IC95%: 1,47-2,56) para experimentação do uso de drogas pelo adolescente quando o mesmo participa de projetos/programas sociais para qualificação profissional, da mesma maneira que a prevalência foi 1,84 vezes maior (IC95%: 1,27-2,65) para uso de droga no ano pelo adolescente; e 2,26 vezes maior (IC95%: 1,18-4,32) para uso de drogas no mês pelo mesmo.

Tendo em consideração o tempo livre do adolescente, verificou-se relação estatisticamente significativa com os seguintes aspectos:

1. Assistir televisão no tempo livre: No que se refere a esta forma de passar o tempo livre, identificou-se uma associação estatisticamente significativa com o adolescente experimentar drogas ($p = 0,11$), com o uso de drogas no ano ($p = 0,039$) e com o uso de drogas no último mês ($p = 0,003$). Ademais, percebe-se que não assistir televisão no tempo livre remete a uma prevalência 1,46 vezes maior (IC95%: 1,10-1,93) para a experimentação do uso de drogas; a uma prevalência 1,50 vezes maior (IC95%: 1,04-2,17) para a uso de drogas no ano; e 2,72 vezes maior (IC95%: 1,40-5,29) para o uso de drogas no mês pelo adolescente;
2. Navegar na internet no tempo livre: Este aspecto demonstrou uma relação estatisticamente significativa com o fato de o adolescente experimentar drogas ($p = 0,014$) e do mesmo usar drogas no último ano ($p = 0,024$). O fato de navegar na internet no tempo livre demonstra uma

prevalência 1,47 vezes maior (IC95%: 1,09-2,00) para a experimentação de drogas e 1,59 vezes maior (IC95%: 1,07-2,38) para o uso de drogas no ano;

3. Jogar videogame no tempo livre: Essa forma de passar o tempo livre demonstrou associação estatisticamente significativa apenas com o uso de drogas no último ano ($p=0,019$), sendo observada uma prevalência 1,91 vezes maior (IC95%: 1,09-3,34) para o uso de drogas no ano pelo adolescente quando o mesmo não joga videogame no tempo livre.

4. Ler no tempo livre: Esta é outra forma de lazer que demonstrou associação estatisticamente significativa, contudo apenas em relação ao uso de drogas no último mês ($p=0,025$). Diante disso, observou-se que não ler no tempo livre remeteu a uma prevalência 2,42 vezes maior (IC95%: 1,08-5,42) de o adolescente utilizar drogas no último mês;

5. Ir ao cinema no tempo livre: Esta última forma de lazer em que se observou associação estatisticamente significativa tanto para experimentação de drogas ($p=0,005$) como para uso de drogas no ano ($p=0,006$) e o uso no mês ($p=0,043$) pelos adolescentes pesquisados. Constatou-se uma prevalência 1,53 vezes maior (IC95%: 1,16-2,03) para experimentação de drogas quando o adolescente refere “ir ao cinema no tempo livre”, assim como uma prevalência 1,70 vezes maior (IC95%: 1,18-2,45) para uso de drogas no ano e uma prevalência 2,02 vezes maior (IC95%: 1,06-3,86) para uso de drogas no último mês quando o mesmo ocorre.

Tabela 19 - Associação da experimentação, uso no ano e uso no mês de drogas por adolescentes com variáveis relacionadas a atividades produtivas e de lazer em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

Variáveis	Experimentação		RP (IC 95%)	Valor p	Uso no Ano		RP (IC 95%)	Valor p	Uso no Mês		RP (IC 95%)	Valor p
	Sim	Não			Sim	Não			Sim	Não		
	N (%)				N (%)				N (%)			
Participar em projetos/programas sociais para qualificação profissional												
Sim	63 (50,4)	62 (49,6)	1,94 (1,47 - 2,56)	<0,001*	42 (33,6)	83 (66,4)	1,84 (1,27 - 2,65)	0,002*	18 (14,4)	107 (85,6)	2,26 (1,18 - 4,32)	0,014*
Não	61 (26)	174 (74)	1,00		43 (18,3)	192 (81,7)	1,00		15 (6,4)	220 (93,6)	1,00	
Assistir televisão no tempo livre												
Sim	68 (29,6)	162 (70,4)	1,00	0,011*	46 (20)	184 (80)	1,00	0,039*	13 (5,7)	217 (94,3)	1,00	0,003*
Não	56 (43,1)	74 (56,9)	1,46 (1,10 - 1,93)		39 (30)	91 (70)	1,50 (1,04 - 2,17)		20 (15,4)	110 (84,6)	2,72 (1,40 - 5,29)	
Navegar na internet no tempo livre												
Sim	81 (40,1)	121 (59,9)	1,47 (1,09 - 2,00)	0,014*	57 (28,2)	145 (71,8)	1,59 (1,07 - 2,38)	0,024*	20 (9,9)	182 (90,1)	1,20 (0,62 - 2,34)	0,713*
Não	43 (27,2)	115 (72,8)	1,00		28 (17,7)	130 (82,3)	1,00		13 (8,2)	145 (91,8)	1,00	
Jogar videogame no tempo livre												
Sim	23 (26,7)	63 (73,3)	1,00	0,092**	12 (14)	74 (86)	1,00	0,019*	6 (7)	80 (93)	1,00	0,523*
Não	101 (36,9)	173 (63,1)	1,38 (0,94 - 2,02)		73 (26,6)	201 (73,4)	1,91 (1,09 - 3,34)		27 (9,9)	247 (90,1)	1,41 (0,60 - 3,31)	
Ler no tempo livre												
Sim	45 (31,7)	97 (68,3)	1,00	0,427*	28 (19,7)	114 (80,3)	1,00	0,166*	7 (4,9)	135 (95,1)	1,00	0,025*
Não	79 (36,2)	139 (63,8)	1,14 (0,85 - 1,54)		57 (26,1)	161 (73,9)	1,33 (0,89 - 1,98)		26 (11,9)	192 (88,1)	2,42 (1,08 - 5,42)	
Passear no shopping no tempo livre												
Sim	51 (38,3)	82 (61,7)	1,19 (0,90 - 1,59)	0,252*	37 (27,8)	96 (72,2)	1,32 (0,91 - 1,91)	0,159*	12 (9)	121 (91)	1,00	1,00*
Não	73 (32,2)	154 (67,8)	1,00		48 (21,1)	179 (78,9)	1,00		21 (9,3)	206 (90,7)	1,03 (0,52 - 2,02)	
Ir ao cinema no tempo livre												
Sim	48 (45,7)	57 (54,3)	1,53 (1,16 - 2,03)	0,005*	35 (33,3)	70 (66,7)	1,70 (1,18 - 2,45)	0,006*	15 (14,3)	90 (85,7)	2,02 (1,06 - 3,86)	0,043*
Não	76 (29,8)	179 (70,2)	1,00		50 (19,6)	205 (80,4)	1,00		18 (7,1)	237 (92,9)	1,00	

Tabela 19 (cont.) – Associação da experimentação, uso no ano e uso no mês de drogas por adolescentes com variáveis relacionadas a atividades produtivas e de lazer em uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

Variáveis	Experimentação		RP (IC 95%)	Valor p	Uso no Ano		RP (IC 95%)	Valor p	Uso no Mês		RP (IC 95%)	Valor p
	Sim	Não			Sim	Não			Sim	Não		
	N (%)				N (%)				N (%)			
Ir à praia no tempo livre												
Sim	48 (39)	75 (61)	1,22 (0,91 - 1,62)	0,200*	34 (27,6)	89 (72,4)	1,28 (0,88 - 1,87)	0,239*	14 (11,4)	109 (88,6)	1,42 (0,74 - 2,73)	0,337*
Não	76 (32,1)	161 (67,9)	1,00		51 (21,5)	186 (78,5)	1,00		19 (8)	218 (92)	1,00	
Ficar na rua no tempo livre												
Sim	53 (33,8)	104 (66,2)	1,00	0,824*	37 (23,6)	120 (76,4)	1,00 (0,69 - 1,45)	1,00*	14 (8,9)	143 (91,1)	1,00	1,00*
Não	71 (35)	132 (65)	1,04 (0,78 - 1,38)		48 (23,6)	155 (76,4)	1,00		19 (9,4)	184 (90,6)	1,05 (0,54 - 2,03)	
Frequentar a casa de amigos no tempo livre												
Sim	51 (36,7)	88 (63,3)	1,11 (0,83 - 1,48)	0,496*	36 (25,9)	103 (74,1)	1,17 (0,8 - 1,7)	0,446*	17 (12,2)	122 (87,8)	1,69 (0,88 - 3,23)	0,133*
Não	73 (33)	148 (67)	1,00		49 (22,2)	172 (77,8)	1,00		16 (7,2)	205 (92,8)	1,00	
Trabalhar ou fazer alguma coisa para ganhar dinheiro												
Sim	45 (41,7)	63 (58,3)	1,33 (1,00 - 1,77)	0,069*	28 (25,9)	80 (74,1)	1,15 (0,77 - 1,7)	0,588*	11 (10,2)	97 (89,8)	1,17 (0,59 - 2,32)	0,692*
Não	79 (31,3)	173 (68,7)	1,00		57 (22,6)	195 (77,4)	1,00		22 (8,7)	230 (91,3)	1,00	

* Teste Qui-Quadrado

** Teste Exato de Fisher

5.2.5. A relação com o território

O espaço do território em que se vive é uma dimensão com a qual o sujeito tende a construir relações na medida em que seu círculo se amplia para além da família. A forma como essa relação se dá é também influenciada por diversos fatores, tais como pelo modo como a família constrói uma identidade com esse espaço, na segurança que se sente em transitar e experimentar os diversos espaços, pela identificação de pares com quem se constrói um senso de coletividade social, entre outras.

Por ocasião deste estudo, esse aspecto tem relação com a regional onde o adolescente reside; a existência de locais públicos para lazer, práticas de esporte e/ou expressões culturais no território; e a percepção do adolescente sobre a existência de locais de uso ou de tráfico de drogas na comunidade em que reside.

De todos esses aspectos, observou-se uma associação estatisticamente significativa entre a existência de locais de uso ou de tráfico de drogas na comunidade onde mora e a experimentação de drogas pelo adolescente ($p=0,023$). Neste quesito, percebe-se uma prevalência 1,52 vezes maior (IC95%: 1,05-2,21) para a experimentação de drogas quando o adolescente reconhece a existência de locais de uso ou de tráfico de drogas na comunidade onde mora.

Tabela 20 - Associação da experimentação, uso no ano e uso no mês de drogas por adolescentes com variáveis relacionadas ao território em que residem uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

Variáveis	Experimentação		RP (IC 95%)	Valor p	Uso no Ano			Valor p	Uso no Mês			Valor p
	Sim	Não			Sim	Não	RP (IC 95%)		Sim	Não	RP (IC 95%)	
	N (%)				N (%)				N (%)			
Regional em que reside												
Regional I	27 (37)	46 (63)	1,54 (0,88 - 2,69)	0,296**	17 (23,3)	56 (76,7)	1,26 (0,63 - 2,53)	0,902**	6 (8,2)	67 (91,8)	2,22 (0,47 - 10,57)	0,267**
Regional II	13 (24,1)	41 (75,9)	1,00		10 (18,5)	44 (81,5)	1,00		2 (3,7)	52 (96,3)	1,00	
Regional III	13 (38,2)	21 (61,8)	1,59 (0,84 - 3,01)		8 (23,5)	26 (76,5)	1,27 (0,56 - 2,9)		6 (17,6)	28 (82,4)	4,76 (1,02 - 22,26)	
Regional IV	19 (45,2)	23 (54,8)	1,88 (1,05 - 3,35)		12 (28,6)	30 (71,4)	1,54 (0,74 - 3,22)		2 (4,8)	40 (95,2)	1,29 (0,19 - 8,75)	
Regional V	19 (30,2)	44 (69,8)	1,25 (0,68 - 2,29)		14 (22,2)	49 (77,8)	1,2 (0,58 - 2,48)		6 (9,5)	57 (90,5)	2,57 (0,54 - 12,22)	
Regional VI	24 (40,7)	35 (59,3)	1,69 (0,96 - 2,97)		16 (27,1)	43 (72,9)	1,46 (0,73 - 2,94)		8 (13,6)	51 (86,4)	3,66 (0,81 - 16,49)	
Locais públicos para lazer, práticas de esporte e/ou expressões culturais no seu território												
Sim	95 (35,3)	174 (64,7)	1,11 (0,79 - 1,56)	0,610*	65 (24,2)	204 (75,8)	1,10 (0,71 - 1,71)	0,775*	24 (8,9)	245 (91,1)	1,00	0,834*
Não	29 (31,9)	62 (68,1)	1,00		20 (22)	71 (78)	1,00		9 (9,9)	82 (90,1)	1,11 (0,54 - 2,3)	
Locais de uso ou de tráfico de drogas na comunidade onde mora												
Sim	92 (39,1)	143 (60,9)	1,52 (1,05 - 2,21)	0,023*	61 (26)	174 (74)	1,33 (0,84 - 2,09)	0,259*	26 (11,1)	209 (88,9)	2,15 (0,85 - 5,43)	0,101*
Não	25 (25,8)	72 (74,2)	1,00		19 (19,6)	78 (80,4)	1,00		5 (5,2)	92 (94,8)	1,00	

* Teste Qui-Quadrado

** Teste Exato de Fisher

5.2.6. A relação violência e uso de drogas pelos adolescentes

O último aspecto a que nos propomos investigar com este estudo se trata da relação entre violência e uso de drogas pelo adolescente. Assim, lembramos que as tipologias de violência aqui abordadas são a psicológica, física e sexual.

Baseado nisso, observou-se que sofrer violência psicológica, física ou sexual não demonstraram associação estatisticamente significativa com o uso no ano e uso no mês de drogas pelo adolescente. Todavia, o fato de ter relação sexual até 14 anos completos com o consentimento do adolescente (aspecto considerado no âmbito jurídico como uma tipologia específica de violência sexual) demonstrou associação estatisticamente significativa com o uso de drogas no ano pelo adolescente ($p < 0,001$) e também com o uso no mês ($p < 0,001$).

Vale ainda perceber que ter relação sexual até 14 anos completos com consentimento mostrou relação com uma prevalência 2,45 vezes maior (IC95%: 1,71-3,50) em usar drogas no ano pelo adolescente; assim como uma prevalência 4,69 vezes maior (IC95%: 2,51-8,75) em o adolescente usar drogas no mês.

No outro lado do ciclo de violência, a perpetração de violência física ou sexual também não demonstraram associação estatisticamente significativa com o uso de drogas. Contudo, a violência psicológica expressou esse tipo de associação em relação ao uso de drogas no ano ($p = 0,025$). No que concerne a esse tipo de violência, a prevalência apresentou-se 1,58 vezes maior (IC95%: 1,07-2,31) para uso de drogas no ano quando o adolescente perpetra violência psicológica.

A última questão relacionada a este ponto refere-se a prática de atos em conflitos com a Lei por parte dos adolescentes. Este também foi um aspecto que mostrou associação estatisticamente significativa tanto com o fato do adolescente usar drogas no ano ($p < 0,001$), como também com ele usar drogas no mês ($p < 0,001$). Diante disso, percebe-se que o fato de ter praticado algum ato em conflito com a Lei remeteu a uma prevalência 2,58 vezes maior (IC95%: 1,81-3,68) de o adolescente usar drogas no ano; e a uma prevalência 2,77 vezes maior (IC95%: 1,43-5,39) dele utilizar drogas no mês.

Tabela 21 - Associação da experimentação, uso no ano e uso no mês de drogas por adolescentes com variáveis relacionadas a violência sofrida e perpetrada por uma amostra de adolescentes matriculados em escolas públicas de Fortaleza-CE, 2015 (N=360).

Variáveis	Uso no Ano		RP (IC 95%)	Valor p	Uso no Mês		RP (IC 95%)	Valor p
	Sim	Não			Sim	Não		
	N (%)				N (%)			
Sofrer violência psicológica								
Sim	57 (25,9)	163 (74,1)	1,3 (0,87 - 1,93)	0,206*	20 (9,1)	200 (90,9)	1,00	1,00*
Não	28 (20,0)	112 (80,0)	1,00		13 (9,3)	127 (90,7)	1,02 (0,53 - 1,99)	
Sofrer violência física								
Sim	30 (23,1)	100 (76,9)	1,00	0,898*	9 (6,9)	121 (93,1)	1,00	0,343*
Não	55 (23,9)	175 (76,1)	1,04 (0,70 - 1,53)		24 (10,4)	206 (89,6)	1,51 (0,72 - 3,14)	
Ter relação sexual até 14 anos completos com o seu consentimento								
Sim	28 (46,7)	32 (53,3)	2,45 (1,71 - 3,50)	<0,001**	16 (26,7)	44 (73,3)	4,69 (2,51 - 8,75)	<0,001**
Não	57 (19,1)	242 (80,9)	1,00		17 (5,7)	282 (94,3)	1,00	
Sofrer violência sexual								
Sim	12 (31,6)	26 (68,4)	1,39 (0,84 - 2,32)	0,229*	5 (13,2)	33 (86,8)	1,51 (0,62 - 3,69)	0,371**
Não	73 (22,7)	249 (77,3)	1,00		28 (8,7)	294 (91,3)	1,00	
Perpetrar violência psicológica								
Sim	52 (28,9)	128 (71,1)	1,58 (1,07 - 2,31)	0,025*	19 (10,6)	161 (89,4)	1,36 (0,70 - 2,62)	0,466*
Não	33 (18,3)	147 (81,7)	1,00		14 (7,8)	166 (92,2)	1,00	
Perpetrar violência física								
Sim	29 (21,2)	108 (78,8)	1,00	0,444*	12 (8,8)	125 (91,2)	1,00	0,854*
Não	56 (25,1)	167 (74,9)	1,19 (0,80 - 1,76)		21 (9,4)	202 (90,6)	1,08 (0,55 - 2,11)	
Perpetrar violência sexual								
Sim	3 (42,9)	4 (57,1)	1,84 (0,77 - 4,43)	0,363*	-	7 (100,0)	-	1,00**
Não	82 (23,2)	271 (76,8)	1,00		33 (9,3)	320 (90,7)	1,00	
Ter praticado atos em conflito com a Lei								
Sim	27 (49,1)	28 (50,9)	2,58 (1,81 - 3,68)	<0,001*	11 (20)	44 (80,0)	2,77 (1,43 - 5,39)	0,005*
Não	58 (19)	247 (81,0)	1,00		22 (7,2)	283 (92,8)	1,00	

* Teste Qui-Quadrado

** Teste Exato de Fisher

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O exercício de uma discussão sistêmica sobre o fenômeno do uso de drogas por adolescentes escolares e fatores relacionados será a estratégia que buscarei implementar a partir desse momento. O principal pilar para tal empreitada compreende os achados da análise bivariada que deverão dialogar processualmente com as informações verificadas por ocasião da análise univariada, as observações de campo e o contexto político implícito nesse processo. Com isso, espero conseguir um olhar conjuntural com base nas informações que foram possíveis levantar com a pesquisa.

A princípio, o tópico que proponho observar trata-se da religião. Obviamente, no campo estatístico, este aspecto sociocultural dos adolescentes mereceria seguir em análises mais complexas (como modelos multivariados). Isto porque, ocorre associação estatisticamente significativa dessa variável com a experimentação ($p=0,026$), o uso no ano ($p=0,022$) e o uso no mês ($p=0,010$) de drogas pelo adolescente. Assim, para discutir essa significância, acredito ser importante trazer um deslocamento desse olhar cartesiano para situar a discussão da religião como um elemento da cultura, uma vez que também proponho o olhar sobre o uso de drogas como algo do mesmo campo.

De acordo com Aldridge (2010), a cultura é um termo polissêmico que envolve discussões sociológicas de longa data e que transitam historicamente do entendimento de uma naturalidade de sua construção; passando pelas concepções de Marx, Adorno e Stuart Hall (nos quais se observa a cultura, respectivamente: como componente da “superestrutura” e representativa da luta de classes; como indutora de obediência; e como uma força tanto de repressão quanto de dominação econômica bruta); até Bourdieu (para quem os juízos estéticos não seriam absolutos e autoevidentes, sendo também expressões diretas da luta de classes).

Dessarte, a religião – com suas peculiaridades – produz uma variedade de significados compartilhados, entendimento este que coaduna com as discussões atuais do conceito de “polissemia”. De acordo com essa lógica, é possível entender a religião evidenciada pela diversidade de leituras de mundo construída a partir da relação que se estabelece com uma entidade superior, ideia esta que converge com o que Aldridge (2010) chama de “democracia semiótica” (representativa das discussões de cultura a partir da década de 80) e que é exposto, no âmbito deste estudo, pelas diferentes religiões referidas pelos adolescentes.

Todavia, esta reflexão aponta para um primeiro limite do estudo que está implícito na estruturação da pergunta “qual sua religião”, trazida como referência do modelo que o

IBGE também assume na formulação dos Censos populacionais. Da mesma forma que na referida publicação, tal estrutura permite ou induz a apenas uma resposta quanto a religião. Incorre-se, dessa forma, na crítica realizada por Mariano (2013), em seu artigo intitulado “Mudanças no campo religioso brasileiro no censo 2010”, no qual o autor observa que essa forma de questionamento não permite perceber a diversificação e a complexificação do campo religioso brasileiro. Essa complexidade inclui a pluralidade religiosa (com a grande diversificação interna em algumas religiões), a transição religiosa, o fenômeno do sincretismo religioso (singular no Brasil pela sua história de colonização), o fato de que pessoas podem e vem frequentando mais de uma religião, e de que a referência a uma religião algumas vezes expõe mais um pertencimento a grupo (muitas vezes da cultura da família e que pode destoar de possíveis crenças) ou referência a um espaço de poder (MOREIRA-ALMEIDA *et al*, 2010; SOUZA, 2007; MARINUCCI, 2011; ALMEIDA e MONTEIRO, 2001; MARIANO, 2013).

A significância encontrada, porém, remete a uma importância no que se refere a discussão do tema religião que não deve ser minimizada pela limitação citada. Isso, principalmente para questão do uso de álcool e outras drogas, tendo em vista motivos dos quais acredito poder sintetizar em dois.

O primeiro deles situa-se no lugar social que as religiões assumem historicamente no mundo – fundamentalmente no que versa sobre as interferências políticas – e que não é diferente para a realidade brasileira. Este fenômeno tem cada vez mais se tornado visível com a estruturação de partidos políticos de linhas religiosas específicas, como também pelo espaço de representação que grupos religiosos vêm tomando nos diversos níveis do executivo do Estado (municipal, estadual e federal). Se antes o que conhecíamos era uma interferência política (em que podemos citar o catolicismo pela referência ao ensino de História Geral), atualmente Souza (2007, p. 160) apresenta uma singularidade em que movimentos do neopentecostalismo trouxe o que ele chama de “a explícita prática político-partidária” como inovação ao espectro religioso brasileiro, ao qual se soma a “participação em mídias”, e a “organização racional da igreja aos moldes de empresa”.

Há que se perguntar, então, em que isto interfere na discussão relativa às drogas e aos adolescentes? A resposta claramente se encena nas discussões atuais em temas como a legalização da maconha e a redução da maioria penal, que ocorre no campo político partidário e no espaço do Congresso Nacional. Nesse sentido, na medida em que indivíduos assumem o lugar institucional do poder executivo do Estado imbuídos e eleitos com o propósito religioso, a discussão sobre o fenômeno das drogas e adolescência ganha uma interferência que merece atenção e que, transformada em política pública, será um

determinante na visão e entendimento coletivo do fenômeno das drogas, do adolescente e da interação desses temas.

O segundo motivo alude a um espaço mais diretamente ligado ao cotidiano de vida da pessoa que experimenta ou usa drogas e que está relacionado a ideias da religião sobre o fenômeno drogas (naquele momento histórico) e o lugar que as mesmas assumem ao longo da história na assistência a pessoas vulneráveis que se encontram à margem das intervenções das políticas públicas, com trabalhos missionários. Exemplo disso é visto em Foucault (2009), quando este aborda o surgimento dos hospitais e a importância das freiras no cuidado aos enfermos; em Edwards; Marshall e Cook (2005) quando mencionam o papel da igreja católica na elaboração de metodologias como é o caso dos “12 passos” (mesmo que embasados no discurso que relacionam a embriagues e o pecado); e no lugar que as Comunidades Terapêuticas (CT) – fundamentalmente as de cunho religioso, por ocasião do tema que é abordado nesse momento – assumem na construção de uma proposta terapêutica balizada no distanciamento do usuário do espaço social, implementando metodologias variadas para atingir a abstinência as quais – pela próprio lugar em que é construído – tem relação com a experiência que lhes é factível e que inegavelmente está ligada a um direcionamento religioso (possível de ser pensado quase como um processo de evangelização).

Retorno, pois, aos dados da pesquisa observando que é axiomática a relação entre uso de drogas e religião, estando esse achado em coerência com o discurso científico, uma vez que vários estudos já demonstraram tal correlação (NOBREGA *et al*, 2012; SILVA *et al*, 2006; PAVANI *et al*, 2007). Na verdade, Dalgalarrondo (2007) já havia identificado essa associação em um estudo bibliográfico produzido à sua época.

Avançando na análise deste estudo no que se refere a religião, os dados permitiram observar um nexos interessante que apontaria o catolicismo como levando a uma maior prevalência quanto ao uso de drogas no mês (RP:3,75; IC95%:1,43-9,87). Quanto a mencionada associação estatisticamente significativa observada no tocante ao uso no ano e que *a priori* identificaria também uma maior prevalência relativa aos católicos, acredito ser necessário contextualizar esse achado complementando que o intervalo de confiança acaba por incluir a hipótese nula – outras religiões – o que pede parcimônia quanto a considerações sobre esse fator. Por outro lado, a relação de significância estatística limítrofe na experimentação leva a uma razão de prevalência (RP:1,64; IC95%:1,15-2,34) também aumentada para o catolicismo e, neste caso, o cuidado analítico se situa no valor da significância.

De todo modo, Portugal; Cerotti Jr. e Siqueira (2014) também encontraram o que eles relatam como uma chance 1,78 vezes maior para católicos utilizarem drogas (apesar de seu estudo ser direcionado a população de educadores).

Nesse sentido, a opção que refiro quanto a parcimônia no trato da variável religião se deve também ao fato de ter incluído no instrumento de coleta de dados uma questão sobre praticar a religião, a partir da qual pude perceber que 27,4% informaram não a praticar a religião que referiram possuir.

Buscando informações sobre a questão da prática da religião, deparei-me com o estudo de Teixeira (2012, p. 14) sobre “Identidades Religiosas em Portugal”, no qual o autor encontrou que “é na geografia católica que as porcentagens dos que se autotransformam como praticantes e não-praticantes mais se aproximam”. Isto aponta para a maior tendência de encontrar pessoas que se identificam como católicos, mas não praticam a religião. Essa diferenciação constitui uma mudança que é apontada em Paiva (2010, p. 156) quando, discutindo o catolicismo, refere que a questão da prática passou a ser relativizada nesta religião para adequação ao período moderno “na medida em que não é imposta ao indivíduo uma prática religiosa como única expressão da verdade”. Nesse sentido, observa-se uma coesão com o que diz Marinucci (2011, p. 106):

(...) a questão doutrinal representa mais um fator de expulsão que de atração, sobretudo num contexto caracterizado por uma crescente desconexão entre prática e crença. Sobre essa questão é importante voltar à reflexão da socióloga francesa Hervieu-Léger (2003, p. 34) que, ao analisar a conjuntura religiosa contemporânea, defende a existência de um crescente processo de ‘desregulamentação’, caracterizado pela separação entre crença e prática e, ao mesmo tempo, pela ‘liberdade que os indivíduos se atribuem de construir um próprio credo, além de qualquer referência a um corpus de crenças institucionalmente legitimado’. Em outros termos, na época contemporânea, as divergências doutrinárias – e inclusive éticas – não provocam necessariamente a desfiliação.

Isto posto, chego ao instante em que neste estudo observo uma associação entre o fato de não ser praticante de alguma religião se apresentar como um fator que interfere elevando a prevalência desde a experimentação de droga (RP:1,81; IC95%:1,31-2,51), passando pelo uso no ano (RP:2,40; IC95%:1,58-3,65), até o uso no mês (RP:5,67; IC95%: 2,4-13,36).

Estudos como o de Nóbrega *et al* (2012); Cruzeiro *et al* (2008); Galduróz *et al* (2010) incluem em suas análises o elemento de prática da religião e coadunam com

conclusões de que não apenas considerar importante uma religião – mas praticá-la – equivale a um fator protetivo para o uso de drogas.

Desse modo, convém pensar na questão trazida pelo contexto da análise dos dados sobre religião no sentido de a investigação não ter dado possibilidade de expressão da identidade religiosa, o que tornaria a prática da religião um fator de confusão. Os estudos epidemiológicos que foram citados até o momento e que trazem uma análise dessas duas variáveis são provenientes de uma busca no site Scielo – com os descritores religião e drogas – que resultou em 26 artigos, sendo que também utilizei uma busca no mesmo portal de indexação com os descritores – adolescente e religião / adolescência e religião – não havendo artigos diferentes da primeira busca. À vista disso, o importante é salientar que não se observou análises multivariadas que pudessem trazer outros elementos para a discussão de possível confusão.

Castro e Abramovay (2002), em sua pesquisa sobre “Drogas nas Escolas”, traz a variável religião para discussão e também falam sobre o caráter protetivo da mesma. As autoras trabalham suas inferências tendo como base frequências absolutas relacionadas à população do estudo e sua peculiaridade está no fato de abordarem a diferenciação: “frequentam a igreja” e “não frequentam a igreja”. Os achados para Fortaleza, apesar de não contrariarem sua conclusão, apresentam diferença entre as frequências absolutas da variável “frequência à igreja” de menos de 1,00% entre experimentação e não uso, sendo maior (1,5%) quando se compara usar drogas com frequência e não uso. Tal observação me fez pensar sobre em que nível se pode inferir a religiosidade (para além da religião) como um fator protetivo do uso de drogas.

Recorrendo a referência bibliográfica dessas autoras (2002), concordo com o fato de que a prática religiosa “tenham importância no comportamento das pessoas” e de que há “um código moral subjacente aos grupos religiosos”, mas o mais interessante foi observar nos resultados do recorte qualitativo dessa mesma pesquisa – Castro; Abramovay (2002) – a referência sobre a importância da espiritualidade.

Logo, antes de fechar um possível entendimento de que a religiosidade guarda o mérito da protetividade para o uso de drogas, levanto a questão que surge da constatação a partir do achados da análise bivariada do estudo que realizei de que os adolescentes que informaram não ter religião demonstraram um comportamento de prevalência quanto ao contato com drogas similar ao que foi apresentado na religião católica (sendo que, nesse comparativo, os índices de prevalência foram ainda menores para aqueles que não tem nenhuma religião).

Daí, veio-me o questionamento: se os estudos mostram que a religiosidade é um fator protetivo para o uso de drogas, como não ter religião poderia apresentar prevalências menores para esse comportamento que fazer parte de um tipo específico de religião – a católica? Essa questão me remete a algumas reflexões:

Primeiramente imaginei que alguém poderia trazer a discussão para o fato de, na pesquisa que ora apresento e discuto, já ter trazido que a religião católica tende a ter menos praticantes entre os que se identificam como tal. Para tanto, outras investigações seriam necessárias para qualificar tal referência.

Em segundo lugar, é fato que a religião “evangélica” é a variável de referência para analisar experimentação e uso no mês e há quem possa querer suscitar essa religião indicaria proteção. Ocorre que o fato de ser evangélico assumiria *a priori* valores de razão de prevalência maiores que “outras religiões” para o caso de uso no ano.

Além disso, seria meritório analisar o discurso da religião evangélica em relação ao uso de drogas. Isto porque, conforme refere Mendonça (2003, p. 153)

(...) é extremamente difícil estabelecer esquemas de compreensão para o protestantismo. A diversidade, as múltiplas faces e contradições da imensa dissidência promovida pela Reforma [Protestante] frustram todas as tentativas de organização em conceitos e categorias do campo protestante. A diversidade está na própria essência do protestantismo que, como se sabe, funda-se na liberdade absoluta do cristão na leitura e interpretação da Bíblia, sendo esta a autoridade máxima e acima de qualquer juízo institucional, ou seja, a igreja.

Dessa forma, a experiência de “ser evangélico” pode carregar um sem número de peculiaridades que precisariam ser pensadas para haver um entendimento de que elemento o tornaria diferenciado na condução do comportamento protetivo ao uso de drogas. Outra vertente poderia estar associada ao fato de olhar sob a perspectiva do referido código moral subjacente a esta religião/religiosidade. Essa lógica estaria de acordo com o estudo de Dalgarrondo *et al* (2004, p. 88), em que se verifica “(...) que dimensões da religiosidade relacionadas à internalização de normas, valores e atitudes morais e religiosas foram mais importantes do que uma possível prática social religiosa, como ir com frequência a cultos e missas”.

Todavia, a questão da relação entre vivência de um problema/questão de vida e a relação com a escolha de uma religião – principalmente a protestante – remete a uma discussão interessante. Marinucci (2011) aponta essa possibilidade de relação da escolha desse tipo de religião quando fala da migração religiosa, em que diz que as doenças

representam o motivo de 34% (a maior frequência) das conversões para essa religião. Cerqueira-Santos, Koller, Pereira (2004, p. 83) corroboram e complementam essa ideia quando falam que sendo esse campo de considerável atuação ligada ao protestantismo e com a mensagem que transmitem “prometem curas e amparo emocional, assim como interferem na maneira como os fiéis encaram, elaboram e aceitam esse fato”. Esse fato, conseqüentemente, tende a levar a uma relação *sui generis* com as pessoas que tem alguma relação com uso de drogas, que a acolheria em espaços de cuidado (como Comunidade Terapêutica), mas não caberia no contexto da prática senão pela abstinência.

Diante disso, talvez a discussão deva ser direcionada realmente a espiritualidade. Sanchez e Nappo (2007) referem a existência do debate epistemológico entre os conceitos de religiosidade e espiritualidade, os quais Mille e Thoresen (2003) informam ser costumeiramente utilizados como sinônimos em pesquisas. Contudo, pode-se entender espiritualidade como sendo um aspecto único e individual e que carrega a compreensão de ligação do “eu” com o Universo e com os outros (podendo ou não ter incluso a crença em um “Deus”) (SULLIVAN, 1993), enquanto que a religiosidade descreve o fenômeno de crença e prática dos fundamentos propostos por uma religião (MILLER, 1998).

A ideia de espiritualidade pode incluir elementos da religiosidade que são descritos como protetores na discussão da abordagem ao usuário de drogas por ocasião das conclusões de estudos sobre essa questão, quais sejam: a oportunidade de participação social e a conquista e exercício de inclusão, o estabelecimento de uma nova rede de amizades, a ocupação do tempo livre em trabalhos voluntários, a valorização das potencialidades individuais, a recuperação da autoestima, o sentimento de acolhimento, a humanização do indivíduo e a manutenção do bem-estar e da autopreservação (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004; SANCHEZ; NAPPO, 2008; SANCHEZ *et al.*, 2004).

Entende-se que há uma dificuldade para se falar em espiritualidade no mundo moderno caracterizado como globalizado, individualista e competitivo, conforme apontam Cerqueira-Santos, Koller e Pereira (2004). Esse é certamente um desafio para o Estado nas inconsistências existentes entre a discussão de bem-estar-social e neoliberalismo, em que a institucionalidade da religião assume espaço na busca por resgatar valores de bases institucionais normativas que antes representavam seu poder social - como também é o caso da família.

A discussão introdutória de religião, então, remete a um conjunto de conceitos que darão suporte a outros aspectos investigados neste estudo. Indubitavelmente, tal debate dificilmente será fechado. Contudo, entende-se a necessidade de seguir na observação de

outros elementos examinados na pesquisa e, para tanto, passo ao tema da escolaridade e a relação do adolescente com drogas.

Começo pela constatação encontrada de associação estatisticamente significativa entre uso de drogas pelo adolescente e escolaridade, evidenciada pelo valor de $p < 0,001$ para experimentação, uso no ano e uso no mês. Tomando-se como referência o Ensino Fundamental I, encontrei prevalências que tendem a aumentar de modo diretamente proporcional com o aumento da escolaridade – apesar do cuidado necessário no que tange essa observação – visto que as razões de prevalência relativas ao Ensino Fundamental II incluem em seu intervalo de confiança a hipótese nula, isto é, pode não ter *a priori* uma diferença em relação ao Ensino Fundamental I. Todavia, é fato que as prevalências são elevadas para o Ensino Médio no que concerne à experimentação (RP:3,24; IC95%:2,02-5,20), ao uso no ano (RP:4,62; IC95%:2,31-9,25) e ao uso no mês (RP:5,19; IC95%:1,61-16,76), demonstrando também que há um aumento de prevalência nos escolares de ensino médio a partir da experiência de alguma droga até o uso no mês.

A conexão entre o espaço escolar – consequentemente, a escolaridade – e a questão do uso de drogas se constitui num tema de relevância consolidada por todos os espaços que a discutem o assunto drogas, a exemplo do que se encontra no Relatório Mundial sobre Drogas (UNODOC, 2015).

No sentido de discutir o que encontrei a partir dos dados, o primeiro estudo que acessei e que se aproximava do desenho que ora foi construído conclui que não há uma associação estatisticamente significativa entre uso de drogas e escolaridade (MONTEIRO *et al.*, 2012), o que diverge, portanto, dos achados aqui em Fortaleza. Todavia, há que se considerar que a amostra utilizada no referido estudo – cujo foco eram os escolares de Teresina-PI – foi de apenas 192 adolescentes. Martins, Souza e Silva (2015) observaram maior prevalência de adolescentes usuários de drogas referente a ensino fundamental, contudo seu estudo tem como população os adolescentes levados para atendimento por essa demanda em hospital psiquiátrico. Silva *et al* (2014) aponta uma questão similar quando informa um desequilíbrio que ele encontra em sua pesquisa que poderia indicar algo nessa direção (maior frequência do uso de drogas entre adolescentes do Ensino Fundamental), entretanto os autores atentam não poder avaliar uma causalidade entre consumo de SPA e escolaridade.

Muitos estudos, por outro lado, mencionam uma relação entre baixo rendimento escolar e uso de álcool e outras drogas (VASTERS; PILLON, 2011; MARTINS; PILLON, 2008; ALMEIDA; OLIVEIRA; PINHO, 2008), mas também se observa que suas amostras são formadas por populações específicas – ou já estando em tratamento devido uso de drogas

ou tendo envolvimento com situações em conflitos com a Lei. Castro e Abramovay (2002) desenvolveram estudo com amostra de maior amplitude que remete a associação entre uso de SPA e o baixo rendimento escolar, referência também encontrada no IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes, realizados em capitais brasileiras (SILVA *et al*, 2014).

A discussão sobre defasagem escolar e uso de drogas não parece mais uma questão tão relevante para o Brasil, conforme refere Carlini *et al* (2010). De acordo com o autor (2010, p. 403), o sistema de progressão continuada adotado no Brasil tende a evitar que os alunos repitam de série e tem como objetivo também a diminuição da evasão escolar, o que levaria a não haver mais “razões científicas para ser estudada a relação entre o uso de drogas e repetência”.

Ainda sem uma resposta na literatura sobre os primeiros achados relacionado a escolaridade, realizei um levantamento na plataforma Scielo e encontrei mais de 50 artigos com os descritores “drogas” e “adolescente”. Não foi possível observar, entretanto, naqueles que falavam especificamente sobre drogas e adolescente como temática principal, algum com o mesmo tipo de amostra e que fizesse uma referência direta a relação escolaridade e uso de drogas pelo adolescente.

Considero válido referir também que, mesmo sem inferências a relação direta entre escolaridade e uso de drogas, Carlini (2010) evidencia que o uso na vida de drogas é tão mais frequente quanto maior a idade.

Desse modo, considero válido continuar a discussão mencionando que a interrupção dos estudos (referida por 11,9% dos adolescentes) e expulsão da escola (mencionada por 3,3% dos entrevistados) não demonstraram associação estatisticamente significativa com a experiência, uso no ano ou uso no mês de drogas pelos adolescentes. Talvez esse fato se deva ao baixo número de alunos inclusos nesse perfil e que as justificativas para o hiato na escola sejam principalmente mudanças espaciais e com uma média de afastamento de 12 meses (tempo relativo ao ano letivo). Importante também registrar que nenhum adolescente referiu sua expulsão da escola ou interrupção dos estudos motivado pelo uso de drogas.

Por ocasião das discussões até aqui, acredito ser importante apontar para a limitação do estudo no que concerne a forma de acesso à população investigada de adolescentes – o ambiente escolar. Sucede que esse recorte populacional traz um viés relacionado ao fato de o uso problemático de drogas ter como critério diagnóstico a disfunção social vivida pelo usuário, o que remete a pensar que uma parcela de adolescentes que usa drogas pode não estar frequentando a escola ou ser irregular nessa frequência (o que

dificultaria o seu acesso e, por conseguinte, uma percepção dessa realidade). Estudos como o de Fonseca *et al* (2013) e Moura *et al* (2012) falam sobre a associação entre uso de drogas por adolescentes e infrequência escolar.

De toda forma, é valoroso expressar que o método de progressão continuada pode ser um fator que interfira positivamente na manutenção de adolescentes no espaço escolar (mesmo que não seja possível inferir até que ponto essa estratégia consiga promover a inclusão de adolescentes em situação de vulnerabilidade, como é o caso de estar/viver em situação de rua). Bastos e Bertoni (2014), em sua pesquisa nacional sobre o uso de crack, lembram que a estruturação de metodologias para amplo acesso de usuários de drogas é algo complexo em virtude de fatores como a estigmatização e a limiaridade do tema com a ilicitude.

Mesmo assim, valeria a pena pensar na possibilidade de investigação da qualidade do acesso de adolescentes que usam drogas ao espaço escolar, visando observar a possibilidade de ocorrência de um fenômeno de seletividade da escola em relação a adolescentes mais “ajustados” socialmente.

Trazendo a discussão do ensino médio como pano de fundo principal, em virtude da já referida importância em prevalência encontrada, convém citar Costa (2013), o qual se propõe a estruturar um retrato da escola média brasileira. De acordo com o autor, existe um desafio premente quanto à universalização com qualidade desse nível escolar. Os dados trabalhados por ele remetem a uma acomodação/estagnação da matrícula a partir de 2005 (divergente da expansão que ocorreu na década de 1990), tanto que a democratização da escola média é ponto do Projeto de Lei nº 8.035/2010. A realidade demonstra que há uma “ausência de políticas educacionais capazes de garantir qualidade ao ensino médio e aos que nele trabalham”, evidenciada pela precarização e intensificação do trabalho e representada pela “formação indevida, infraestrutura imprópria, remuneração inadequada e jornada de trabalho intensificada (COSTA, 2013, p. 203-204)”.

As limitações enfrentadas pelo ensino médio para ser ofertado com qualidade poderia ser, então, motivo para observação de maiores prevalências dessa população em relação ao uso de drogas.

Considero também importante registrar observações do espaço escolar durante o processo de coleta de dados. Pude ver, nas escolas em que apliquei os instrumentos, espaços físicos insuficientes para atividades recreativas/de socialização para os estudantes, com exceção para escolas modelos em infraestrutura. Tais escolas, porém, não são suficientes para representar uma política de infraestrutura da educação. As escolas em que se observou

existência de espaço esportivo mínimo, as atividades sofrem com a incipiência de materiais e exigem do professor compromisso hercúleo para desenvolvimento de suas atividades pedagógicas com qualidade e acabam sofrendo com subutilização.

Mesmo que o objetivo desse trabalho não seja a avaliação da qualidade do ensino, é inegável que as condições percebidas dificilmente permitem atividades de esporte/lazer/cultura muito diferentes dos moldes de sala de aula. Vale referir uma escola cujo espaço assemelhava-se a adaptação estrutural de uma residência.

Tal observação faz pensar sobre o nível de interferência das condições do ensino na interface com temáticas contemporâneas relevantes – como o uso de drogas e a violência – e que remete a necessidade de inclusão do tema em uma agenda efetiva para implementação de políticas públicas de infraestrutura.

Acessando o site do Ministério da Educação, pude observar o direcionamento estratégico para essa área com indicativos curriculares que sejam construídos tendo como base a interdisciplinaridade, a dialética, o desenvolvimento de boas relações (o que permitiria agregar interface com diversas instituições da sociedade). Todavia, o que se observa como programa de maior investimento, trata-se do ensino profissionalizante, como pode ser observado por Brasília (2008) no documento de reestruturação e expansão do ensino médio no Brasil.

No nível estadual e municipal, não se observa um plano de ampla qualificação da infraestrutura escolar, apesar de ser importante fazer menção aos programas e projetos como: geração de paz, jovem de futuro e atleta na escola. Com as ações do ente público baseadas em projetos ou programas, a educação como política tende a sofrer limitações frente às inconstâncias do modelo político-partidário quando da mudança de gestão. Além disso, a adesão a programas ou projetos em muitas das escolas – com infraestrutura de qualidade ruim – remete a uma grande dificuldade de que seja desenvolvido com qualidade.

A questão não se trata de desconsiderar a importância dos movimentos de inovação trazidos por programas e projetos da educação, mas perceber suas limitações e dialogar sobre os atravessamentos dessa conjuntura no que concerne ao enfrentamento de situações abertamente consideradas parte da agenda política do Estado – como o fenômeno drogas e violência.

Tendo em vista as discussões políticas da educação em relação com a questão das drogas, cabe também mencionar o Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011). A partir dele, são propostas ações intersetoriais em cuja escola assume um papel no eixo da prevenção. Desse modo, tem ocorrido um conjunto de esforços para

formação de profissionais que, de algum modo, tem seu trabalho relacionado a abordagem a pessoas que usam drogas.

Nesse movimento, minha participação em muitos momentos de formações realizadas por Centros de Referência Regional sobre Drogas (CRR) sediados em Fortaleza, permitiu observar uma boa participação de professores, os quais costumam apresentar as grandes dificuldades relacionadas ao seu trabalho (tais como excesso de carga horária de trabalho, o quantitativo de alunos por sala de aula e a nova realidade de lidar cada vez mais com situações de violência no interior do espaço da escola). Esse conjunto de fatores acaba sendo expresso pelos mesmos como situações que dificultam estabelecer estratégias de lidar com a questão das drogas.

Toda essa realidade que pude superficialmente visualizar e apresentar sobre o espaço escolar constituem uma *práxis* que pode justificar prevalências maiores de relação do adolescente com drogas até o ensino médio, uma vez que as pessoas que compõem a escola ainda não conseguem efetivamente desenvolver estratégias de enfrentamento a questão das drogas, levando a uma cumulatividade desse déficit desde os primeiros momento da educação básica.

Parece-me também que seja possível estarmos tratando aqui de um rito de passagem quando falamos da relação entre adolescente e drogas no ensino médio, considerando os achados de prevalências significativas da relação do adolescente com drogas nessa faixa escolar, o fato de não haver relações entre drogas e a interrupção dos estudos e os dados do estudo que apresentam como significativos o uso acompanhado de amigos (70,6% dos que usaram drogas) ou parentes próximos.

Resgando Genep (2012), a ideia de rito de passagem também explicaria o fato de a faixa etária encontrada mais comum para a primeira experiência seja no decorrer dos 10 aos 15 anos, mesmo que o mesmo informe que o período da puberdade biológica possa ser diferente da puberdade social. De todo modo, essa faixa etária inclui o que Vitalle (2014, p. 5) – discutindo o sistema neuro-hormonal da adolescência – remete as “máximas modificações corporais do período pubertário” e, conseqüentemente, a vivência de processos de “ajuste aos novos ‘mapas’ sensorio-motores das proporções corporais”, podendo haver “enorme impacto na autoimagem do adolescente”. Ademais,

As mudanças no sistema de recompensa cerebral e a capacidade recém-adquiridas para o pensamento abstrato são os impulsos norteadores para os adolescentes abandonarem velhos hábitos de infância e fazer com que se interessem por música, esportes, religião e filosofia. Podemos afirmar que as

conquistas das novas habilidades com o desenvolvimento do raciocínio abstrato direcionam o adolescente a questionar regras, descobrir a complexidade social, econômica e cultural da vida. Dessa forma, tornam-se impacientes, abandonam os prazeres infantis e a segurança que têm no lar paterno e buscam satisfação e prazer em exercitar novas atividades, fazer novas amizades e correr riscos que antes sequer imaginavam (VITALLE, 2014, p. 5).

Considerando-se a flexibilidade que os processos biopsicossociais guardam, transitar dos 10 aos 15 anos pela puberdade e entrar no ensino médio (preconizado para a faixa etária de 15 a 17) remete a um conjunto de novas ligações e ressignificações do corpo que coaduna com ritos de agregação e iniciação observadas na discussão de Genep (2012). De acordo com esse autor, tais ritos têm como característica a comensalidade (que é representada pelo ato de comer e beber juntos). Seria, pois, no compartilhamento desses atos que se estabelecem alianças de grupo que recorrentemente em diversas culturas ocorre a partir de uma união propriamente material.

Assim, os fatores de risco relativo a escola para o uso de drogas citados no Relatório Mundial sobre Drogas – insucesso escolar, baixo compromisso com a escola, falta de limites na escola, associação com pares que usam drogas, agressão para com os colegas, alienação interpessoal e rejeição de pares (UNODOC, 2015) – representam, na verdade, apenas um recorte psicossocial de um fenômeno um pouco mais amplo, mas que se trabalhados pela estrutura escolar pode favorecer com que o adolescente vivencie essa transição de forma mais saudável.

Nessa lógica, a escola e da “religião” constituem dois espaços institucionais com potencialidade para dar suporte ao adolescente a adequação a uma normatividade social (secular e espiritual). De todo modo, pensar pela perspectiva já apontada de espiritualidade pode fazer com que haja um diálogo maior entre esses dois aspectos que se mostraram relevantes até aqui. Acredito que o investimento verdadeiro da escola em projetos de Cultura de Paz e em estratégias de oferecimento de um espaço preocupado com o desenvolvimento existencial permitam também que processualmente o adolescente consiga lidar consigo, com as pessoas e com o mundo de maneira a desenvolver empoderamento sobre seu projeto de vida e o que, resgatando-se um discurso da redução de danos, poderíamos chamar de *advocacy* (ou seja, um ativismo em prol de uma democracia justa e representativa, que fortalece a participação de diferentes atores sociais nos debates de interesse público).

Outra relação pode estabelecer, considerando os elementos interveniente que apontamos nesse estudo é com a instituição de saúde. Índícios dessa aproximação são

evidenciados por ocasião do Programa Saúde na Escola. Vale, todavia, reforçar que o poder público procure estratégias que favoreçam a articulações entre seus setores de forma mais espontânea. Desse modo, a lógica de pertencimento e autonomia que sugerimos necessária ao adolescente frente a multifatorialidade do fenômeno das drogas também precisa ser cultivada em relação aos profissionais que dão apoio a esse adolescente nos diversos espaços.

Dando continuidade e considerando o recorte específico da saúde, a primeira pergunta que foi direcionada ao adolescente foi sobre se o mesmo tem problema de saúde (como uma forma de observar a percepção do mesmo sobre sua condição nessa área). Como nenhum adolescente citou alguma demanda que envolva saúde mental, esse dado não sofreu cruzamento, uma vez que literaturas como de Nardi *et al* (2012) e Lopes; Rezende (2013) demonstram correlações entre transtornos mentais e uso de drogas. Na verdade, as principais demandas apresentadas pelos adolescentes são problemas alérgicos (54,6%) e problemas visuais (34,9%), portanto, orgânicos.

É interessante observar que os adolescentes que referiram fazer uso de alguma droga não remeteram essa prática a uma condição de adoecimento. Esse achado traz uma interessante discussão acerca de uma normalidade sobre o uso de drogas para esse adolescente, na qual poder-se-ia evocar Canguilhem (2014), Laplantine (1991) e Franco e Merhy (2010) e refletir sobre a condição que uma vez capturada pela saúde, a relação do sujeito com a droga se tornaria um adoecimento. Todavia, considerando a discussão já posta na revisão de literatura, vale pensar que há uma possibilidade de o adolescente estar lidando com o uso de drogas também num padrão de normalidade que lhe é possível no contexto em que a droga se faz presente na sociedade em que vivemos.

Essa reflexão não minimizaria a responsabilidade social dos profissionais dessa área quanto a atuação sobre essa questão, tendo como base seu escopo teórico de entendimento das afetações biopsíquicas das drogas em relação ao adolescente.

A disposição a pensar o fenômeno das drogas criticando o que socialmente é estabelecido como “normalidade” – deslocando-a como parte de uma cultura – talvez possa despertar para intervenções criativas menos focada na estratégia clássica da saúde de abordar o indivíduo a partir da doença e, conseqüentemente, psiquiatrização desse uso. Quiçá isso possa promover uma maior conexão entre a linguagem do adolescente e a sensação de pertencimento ao território e aos dispositivos como os serviços de saúde, contribuindo para uma desestigmatização do uso de drogas e maior disponibilidade do jovem a pedir apoio ao cuidado de si. Ou ainda contribua com os serviços a aplicarem estratégias para uma saúde da família numa lógica mais sistêmica e menos individual focada na doença.

De todo modo, não foi objeto deste estudo estabelecer uma compreensão sobre a relação do adolescente escolar com possíveis usos problemáticos de drogas e podemos estar falando sobre um recorte específico de adolescentes em relação com drogas, apesar de termos a referência da educação como uma política que tem sido trabalhada para universalidade.

Tais reflexões talvez corroborem com o fato de que 38,6% dos adolescentes procuram a unidade de saúde/ESF quando estão com algum problema de saúde e de que apenas 33% reconheceram algum serviço de saúde como sendo referência de trabalho para o adolescente/adolescência (dos quais uma parte atribui esse significado ao espaço hospitalar).

As questões que envolvem a saúde e que Paim (2008) discute na esfera da disputa de paradigma onde, de um lado, se encontra o Estado de bem-estar-social e, do outro, o contexto neoliberal; dinamizam o cenário de disputa em que a saúde está inserida. Assim, pensá-la como mercadoria justificam os investimentos em abertura de estruturas nos moldes hospitalares e nos investimentos com medicamentos; enquanto que pensá-la como direito remete a mudanças em investimentos em tecnologias cada vez mais leves e que poderiam reduzir a principal engrenagem que movimenta o lado da saúde como mercado (a doença).

Informações como a encontrada representam essa disputa interna vivenciada pelo setor e produzem ressonâncias na forma como ocorrem as práticas de saúde no território ou mesmo como não ocorrem em virtude de como o equilíbrio da disputa nos espaços de gestão pública. Os desenrolares complexos desse processo político são evidenciadas com dados como os que encontramos sobre o reconhecimento dos adolescentes sobre a saúde que demonstram a necessidade de discussão do setor saúde sobre essa população de modo amplo.

O último ponto relativo a saúde consiste numa visão sobre o perfil do uso de drogas pelo adolescente. Nesse sentido, a limitação em relação a existência de estudos multicêntricos dificultará uma discussão com vários autores. Logo, minha principal referência comparativa será o estudo de Carlini *et al* (2010) – VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas entre estudantes de ensino fundamental e médio de escolas públicas e privadas – tendo em vista a maior significância epidemiológica.

A idade da primeira experiência com drogas encontra-se entre 10 e 15 anos. Essa faixa etária que foi encontrada corrobora com os achados de Carlini *et al* (2010), para quem a idade para primeiro uso – discriminado por drogas – varia de 13,0 anos (relacionado ao álcool e com IC: 12,9-13,1) até 14,9 anos (relacionado a cocaína e com IC: 14,7-15,2).

No que se refere ao perfil de relação do adolescente com as drogas, 34,4% dos adolescentes informaram já ter experimentado algum tipo de droga. Os estudos não costumam apresentar percentuais que incluam drogas ilícitas com álcool e tabaco. Na apresentação dos

dados, aponte que a representação para o conjunto de adolescentes que já experimentaram alguma droga é que 98,4% são referentes a drogas lícitas (álcool e tabaco). Desse modo, observa-se que as drogas lícitas devem ser um fator importante para experiência também de outras drogas.

Por outro lado, se estender os achados sobre as drogas lícitas para a população total do estudo, é possível observar que 32,8% dos adolescentes escolares fazem uso na vida de álcool e 10,3% deles fazem uso na vida de tabaco. Dessa forma, é possível fazer um comparativo com os achados de Carlini (2010), o qual informa que 55,0% dos estudantes do ensino fundamental e médio de escolas públicas de Fortaleza fazem uso na vida de álcool, enquanto que 17,2% deles fazem uso na vida de tabaco. As menores porcentagens encontradas parecem, entretanto, seguir a tendência de decréscimo apresentada pelo autor (2010) que para os dois tipos de drogas vem caindo progressivamente nos três últimos levantamentos realizados: 1997, 2004 e 2010. Observando-se apenas os dois últimos levantamentos, a porcentagem de adolescentes de ensino fundamental e médio de escolas públicas que usam álcool na vida caiu de 71,4% para os referidos 55,0%; quanto ao tabaco, essa queda foi de 30,0% para 17,2% (dados relativos à capital Fortaleza).

Além do uso da vida (representado em nosso estudo como experimentação), Carlini (2010) também trata do uso no ano. Para esse recorte, encontramos que 21,9% dos adolescentes fazem uso no ano de álcool e 3,6% deles fazem uso no ano de tabaco. O estudo de Carlini (2010) havia encontrado na população de estudantes de ensino fundamental e médio de escolas públicas de Fortaleza que 36,0% deles fazem uso no ano de álcool e 8,6% uso no ano de tabaco. Observa-se coerência entre os dados que encontramos e a tendência de decréscimo apresentada pelo autor (2010) comparando-se os achados de 2004 e 2010.

No que concerne às drogas ilícitas, importa observar que dos adolescentes escolares que fizeram uso na vida de drogas, somente 17,7% tiveram experiência com drogas ilícitas. Se extrapolarmos esse achado para o total dos escolares, é possível afirmar que 6,1% dos adolescentes de escolas públicas fazem uso na vida de drogas ilícitas.

Considerando que o estudo de Carlini (2010) trata de frequência de uso por drogas, utilizaremos como principais para comparação a maconha (droga ilícita que demonstra maiores frequência de uso) e cocaína (tendo em vista sua relação com o crack).

Neste estudo, encontrei que 5,0% dos adolescentes estudados já experimentaram maconha. Esse dado mostra um decréscimo em relação ao achado de Carlini (2010), para quem 5,9% dos estudantes de ensino fundamental e médio de escolas públicas de Fortaleza já fizeram uso na vida de maconha. Sendo que esse decréscimo se mostra uma tendência já no

estudo do autor (2010), onde se observa de que essa taxa vem decrescendo nos levantamentos de 1997, 2004 e 2010 (representada, respectivamente por 7,8%, 7,0% e 5,9%).

Quanto à cocaína, encontrei que 0,8% dos adolescentes estudados já a experimentaram. Observa-se uma divergência desse achado com o de Carlini (2010), para quem o uso na vida de cocaína por estudantes de ensino fundamental e médio de escolas públicas de Fortaleza, era 4,4%. Interessante observar essa divergência, uma vez que os três últimos levantamentos apresentaram uma tendência de aumento para uso na vida de cocaína.

Da mesma forma que nas drogas lícitas, também apresentaremos os achados para uso no ano. Para maconha, este estudo aponta que 3,1% dos adolescentes a utilizaram no ano. Da mesma forma que antes, tal dado corrobora com os achados de Carlini (2010), para quem 3,6% dos estudantes de ensino fundamental e médio de escolas públicas de Fortaleza utilizavam maconha no ano, numa tendência de decréscimo que vai de 5,0% (em 2004) até os referidos 3,6% (em 2010).

No que diz respeito a cocaína, apresentei que 0,6% dos adolescentes estudados fizeram uso no ano. Da mesma forma que o uso na vida, este dado destoa dos achados de Carlini (2010), para quem 3,1% dos estudantes de ensino fundamental e médio de escolas públicas de Fortaleza faziam uso no ano de cocaína. O achado desse autor também vem de uma tendência de aumento que seria na ordem de 0,9% (em 1997), 1,9% (em 2004) e o que já foi referido (relativo a 2010).

Diante da expressividade da discussão sobre crack, gostaria de reforçar os achados de experimentação (0,3% dos adolescentes estudados) e uso no ano (também 0,3% dos adolescentes). Tendo em vista que não foi encontrado estudos similares com o qual fosse possível comparar esse achado, considero importante observar no contexto do próprio um comparativo com o total de usuários de drogas ilícitas. Por esse ângulo, o crack representa 2,9% das experimentações de drogas ilícitas entre os adolescentes estudados. Ademais, esse único adolescente que referiu ter experimentado crack, informou também tê-lo usado no último ano, mas não o utilizou no último mês.

Aproveitando o ensejo de referência sobre o uso no mês, incorre que foi investigado a frequência de uso quando o adolescente referia ter feito uso nesse período. É possível inferir, com isso, que os adolescentes usuários tendem em maior frequência fazer esse uso entre 1 e duas vezes no mês.

A família constitui-se em uma instituição base para o Estado moderno, em associação com a religião e a escola. Assim como todas as outras instituições citadas, ela vem passando por transformações no período contemporâneo que podem ser sintetizadas numa

ruptura quanto a sua normatividade, o que a fez se abrir para discussões sociais ligadas a diversidade sexual, ao papel da mulher, entre outras.

Tendo em vista seu papel social e cultural para a vida do adolescente, não é de se estranhar que mudanças nesse âmbito tenham reflexos nas formas como os seus componentes veem-se, comportam-se; enfim, sobre todos os ritos que eram comuns a uma outra norma de família. Entretanto, ela mantém como alicerces o significado de espaço de cuidado, pertencimento e suporte; conforme se observa em textos de Garcia-Roca (2001), Elsen, Marcon e Silva (2004) e Maldonado (2002).

Diante dessa compreensão primária, cabe apresentar a família dos adolescentes que foram entrevistados neste estudo. Segundo o que foi relatado, 82,5% dos adolescentes residem com a mãe, 76,7% deles residem com irmãos e apenas 50,6% com o pai. Ademais, foram identificadas chefias compartilhadas nas famílias dos adolescentes em inexpressivas quantidades, ao passo de que o pai ainda é o principal chefe da família (44,7% delas). Devo, entretanto, reconhecer que a chefia das famílias tem sido atribuída à mulher (36,1%) numa frequência absoluta muito próximo as em que o pai é considerado chefe.

A maior frequência de adolescentes que moram com a mãe pode ser entendida como um reflexo da construção social da imagem materna tendo como função principal o cuidado dos filhos. Essa lógica também se assenta na discussão trazida por Bottega (2010) que mostra a evolução do divórcio no direito brasileiro. De acordo com a autora, somente pelos idos de 1890 e com o reconhecimento do Estado brasileiro como laico (marcando a separação entre igreja e Estado) é que se consegue instituir o desquite (ano de 1916) e, com ele, atribui-se legalmente a função de guarda dos filhos à mulher. Somente com o advento da Lei nº 11.698/2008 (Lei da Guarda Compartilhada) é que se reformula o modelo de relacionamento entre pais separados e filhos, o que coloca a mudança do papel da mulher em relação aos filhos ainda numa condição historicamente muito nova.

Quanto ao espaço da mãe como chefe de família, estudos como de Macedo (2008), Brito (2008) e Alves, Cavenaghi e Barros (2010) também apresentam conclusões que corroboram com o fato de a figura da mulher vir se consolidando como chefe da família. Por outro lado, nosso estudo também não deixa de demonstrar o mesmo achado de Santana (2010), a qual conclui em seu artigo que trata da discussão de gênero e família que, no caso de haver existência de figura masculina, este costuma ser o chefe de família.

As mudanças legais vêm ajudando a institucionalizar muitas mudanças históricas vivenciadas pela família, rompendo com a normatividade de famílias nucleares e auxiliando no reconhecimento legal do pai no registro de nascimento. À vista disso, o desenvolvimento do

estudo permitiu perceber que ainda 15% dos adolescentes não possuem sequer a referência de pai em seu documento, numa amostra em que 94,4% conhecem seu genitor.

Outro dado interessante, trata-se da diferenciação de justificativas que levam ao distanciamento de um dos pais do adolescente (representado por não ver o filho a mais de um ano). Observei que o principal motivo para o distanciamento da figura masculina (pai) costuma ser o abandono do lar (43,8%), enquanto que esse distanciamento relacionado à mulher costuma ser justificado pela separação (40,0%).

Fato obtido por meio deste estudo é que a mãe costuma estar viva em maior frequência (96,9%) que o pai (90,0%), além do que existe uma diferença dos motivos relacionados a morte dos pais, onde: 77,8% das mães que morreram tiveram como causa doença crônica (tendo o câncer referenciado como causa de morte mais frequente) e 26,9% dos pais acabam sendo assassinados. Os motivos de morte dos pais convergem com o perfil traçado pelos indicadores de mortalidade publicados por Brasil (2012) – para quem as neoplasias seriam a terceira principal causa de morte feminina – e pelo IBGE (2010) – para quem o homem tem uma relação muito mais alta com mortes violentas.

Com essa complexidade de mudanças e de questões encenadas pela família, não foi surpresa encontrar variáveis significativas para a relação do adolescente com as drogas. Dessa forma é que, tomando-se o arranjo de família nuclear (representando 38,6% das famílias dos adolescentes) como referência, observei que houve um aumento da prevalência de experimentação de drogas entre os adolescentes com famílias monoparentais (RP:1,83; IC95%:1,26-2,64), reconstituída (RP:1,65; IC95%:1,09-2,50) e ampliada (RP:1,23; IC95%:1,26-2,64). Cabe ainda lembrar que o arranjo mononuclear representa 20,6% das famílias de adolescentes e a ampliada 25,3% delas.

Esses dados apontam para o fato de que uma mudança cultural importante pode interferir sobre o fenômeno de uso de drogas pelos adolescentes, demonstrando que pode ser irreal o controle sobre os fatores relacionados a experiência do adolescente com drogas. As variações de arranjos e as temáticas que atravessam a família precisam ser pautadas na agenda das políticas públicas de modo intersetorial com o objetivo de permitir que as transformações que vem determinando a família na pós-modernidade possam ocorrer de forma mais saudável para todos os componentes da mesma.

No contexto das políticas públicas, investimentos no campo da assistência social com base de atuação territorial são fundamentais, como com os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), de modo a favorecer atenção as diversas vulnerabilidades a que a família está susceptível nos seus processos de mudança. Isso pode atravessar o adolescente de

diversas formas e construir redes com outros fatores de risco apontados para a vulnerabilidade do adolescente a relação com drogas, tais como um menor acompanhamento do mesmo (tendo em vista a necessidade maior de trabalho quando em casos de famílias que passam a ser mononucleares) ou por possíveis manutenções de conflitos familiares (em disputas que possam ocorrer entre os cônjuges).

O uso de drogas pelos familiares dos adolescentes também foi alvo de investigação deste estudo e o primeiro dado que vale citar é de que 70,3% dos adolescentes referem que algum de seus familiares usa drogas. Os achados permitem inferir, genericamente, que esse uso guarda significância com o fato de o adolescente experimentar drogas ($p < 0,001$), usá-las no período do ano ($p < 0,001$) e no mês ($p = 0,013$).

Buscando perceber mais de perto esse fenômeno, pude identificar que além da significância, esse uso de drogas pelos familiares interfere elevando as prevalências processualmente no tocante a experimentação (RP:2,23; IC95%:1,45-3,43), ao uso no ano (RP:3,01; IC95%:1,62-5,60) e ao uso no mês (RP:3,94; IC95%:1,23-12,63).

Olhando para os dados relativos a cada um dos parentes desses adolescentes, fica evidente que o uso de drogas pelo pai (referido por 43,9% dos adolescentes) aumenta a prevalência de relação do adolescente com drogas tanto no que concerne à experimentação (RP:1,46; IC95%:1,10-1,94) e uso no ano (RP:1,93; IC95%:1,34-2,77). O uso de drogas pela mãe aumenta a prevalência de relação do adolescente com drogas para experimentação (RP:1,47; IC95%:1,05-2,07) e uso no ano (RP:1,71; IC95%:1,34-2,77). O uso de drogas pelo irmão, por sua vez, aumenta a prevalência de relação do adolescente com drogas para experimentação (RP:1,99; IC95%:1,47-2,68), uso no ano (RP:2,02; IC95%:1,32-3,09) e uso no mês (RP:3,27; IC95%:1,65-6,50). Além desses, o uso de drogas por primos (referido por 29,2% dos adolescentes) aumenta a prevalência de relação do adolescente com drogas para experimentação (RP:1,84; IC95%:1,40-2,43) e uso no ano (RP:2,0; IC95%:1,38-2,89).

Os tios, a quem o adolescente mais informou uso de drogas (50%), não demonstraram associação estatisticamente significativa com o fato de o adolescente ter alguma relação com drogas.

Rozim e Zagonel (2012) e Gabatz *et al.* (2013) apresentam o uso de drogas pelos familiares como um fator de risco para dependência de drogas pelo adolescente. Mais comum, entretanto, é relacionar a família ao adolescente usuário de drogas genericamente na importância que ela tem para o tratamento, ou sobre problemas familiares (sobretudo violência) levando ao uso de drogas pelos adolescentes, ou ainda a falta de controle da família

favorecendo o uso de drogas pelo adolescente (FONSECA *et al.*, 2013; SIQUEIRA *et al.*, 2015; SILVA, COELHO e NIJANE, 2014;; SEADI e OLIVEIRA, 2009; DIAZ *et al.*, 2009).

Os dados sobre o uso de drogas pelos familiares podem ser complementados com a apreciação de que 44,3% dos familiares que fazem uso de drogas, o fazem na presença dos adolescentes. Aliás, o uso de drogas perto do adolescente demonstra uma significância associativa com a relação deste com drogas de modo a provocar aumento de prevalência tanto na experimentação (RP:1,60; IC95%:1,19-2,15), como também no uso no ano (RP:1,66; IC95%:1,13-2,45).

O último elemento levantado é o tipo de droga que os adolescentes reconhecem estar sendo utilizados por seus familiares. O álcool foi a droga citada em maior frequência (80,6%) e o uso de cigarro foi mencionado por 57,3%. No que concerne às drogas ilícitas, importa citar a maconha (26,1%), o crack (17,8%) e a cocaína (11,1%). A associação realizada entre as drogas usadas pelos familiares e a relação do adolescente com drogas é apresentada tendo como foco as drogas lícitas de maior frequência de uso, a maconha (como droga ilícita de maior frequência de uso) e o crack (pela relevância de sua discussão no período atual). O importante é que só foi encontrada associação estatisticamente significativa com o álcool, o qual seu uso pelo familiar tende a aumentar a prevalência de experimentação de drogas pelo adolescente (RP:1,94; IC95%:1,40-2,71), assim como o uso no ano (RP:2,66; IC95%:1,67-4,23) e o uso no mês (RP:5,54; IC95%:1,99-15,44).

Todos esses elementos parecem reforçar a ideia de uma cultura do uso de drogas que permeia também a família e que pode ser significada mesmo como uma comensalidade (a exemplo do que sugiro nas relações na escola) em que as drogas lícitas podem assumir um lugar de centro no processo de relacionamento familiar. Tais indícios seriam importantes que fossem complementados com estudos qualitativos que permitissem identificar os significados inerentes a esse beber e as relações que se constituem na família.

Certamente os achados discutidos mais à frente sobre o território poderão dar mais subsídios para essa linha analítica, uma vez que há de se entender sobre a relação da família com o espaço que ocupa (comunidade, espaços de socialização, trabalho) para poder fortalecer compreensões sobre como a política pública urbanística (que no âmbito de Fortaleza previamente observe como voltado para um turismo exploratório) interfere ofertando para a população em geral – das diversas classes sociais e espaços territoriais – opções para acesso a possibilidades relacionais que se desloquem de uma centralidade na agregação/partilha que o uso de drogas pode ofertar.

Outro fator que remete a possível cultura familiar do uso de drogas é que a prevalência tende a aumentar da pessoa que costuma assumir uma imagem de referência entre a família – o pai – em direção àqueles que guardam identidade de maior paridade com os adolescentes – irmãos e primos.

Essa cultura que vem se construindo na esfera da família também dialoga com o que se observa nos momentos anteriores, sendo importante perceber que, como espaço primário, ações que estimulem a espiritualidade precisam ser despertadas nas famílias levantando a tolerância às amplas escolhas que o adolescente pode ter em relação a religiosidade. Esse seria o espaço em que o desenvolvimento de ações de cultura de paz poderiam desenvolver relações mais equilibradas, compromissadas e autoprotetoras para o adolescente e do adolescente em relação ao que o cerca.

O território constitui-se num cenário que durante muito tempo era inanimado até que movimentos no campo da geografia trouxeram contribuições no sentido de questionar esse paradigma. Milton Santos é um dos grandes ícones no que tange essas mudanças e tem sido tomado como referência para a discussão inclusive na saúde. Saquet e Silva (2008) percorrem a trajetória teórica construída por esse autor e mostra que para Milton Santos nesse território ocorrem historicamente objetos e ações, normas (técnicas, políticas e jurídicas), ritmos, heterogeneidades e agentes.

Essa lógica torna o olhar sobre o território importante porque nele são trazidos elementos fundamentais para ecologia e que envolvem transições da perspectiva endossistêmica para a mesossistêmica. Certamente, um olhar sobre o instrumento de coleta de dados deste trabalho pode avocar a ideia da nossa limitação para perceber esse território. Todavia, faremos um esforço de sentir indícios da associação entre o espaço humano e a relação do adolescente com as drogas e, com isso, caminhar num exercício epidemiológico social sobre o fenômeno das drogas entre escolares.

Primeiramente, já se apresentou a amostra do estudo como composta por 96,4% de adolescentes moradores de uma capital, contextualizada como a 5ª maior em população residente do país e ocupando a 8ª maior economia dentre as capitais brasileiras (IPECE, 2012; MENEZES e MEDEIROS, 2012). Considerando a totalidade dos entrevistados, eles fazem parte da região metropolitana – cujas fronteiras físicas tem historicamente se aproximado bastante –, sendo esta a principal macrorregião do estado do Ceará e cujo PIB representa mais de 65% do total do estado.

Castells (1999) discute esse processo contemporâneo de aglutinação e ampliação de cidades – formando conglomerados metropolitanos – que possuem peculiaridades sociais a

serem discutidas que se encontram nas ambiguidades de temas como a união territorial/divisão política e a urbanização das cidades/diversidade econômica. Tal movimento constitui uma tendência do mundo globalizado, nessa era da informação.

De acordo com o autor, esse processo tem colaborado para uma nova dinâmica das questões sociais, dentre as quais encontra-se a violência e uso de drogas. Nesse âmbito, interessa observar que 25,8% dos participantes do estudo reconhecem vivenciar cenas/cenários de violência no contexto de suas atividades cotidianas. A insegurança vivenciada em conglomerados urbanos é parte do processo crescimento acelerado da cidade, em que o planejamento e orçamento público não conseguem acompanhar. Independente da forma que se ergue esse cenário, certamente interfere no modo como os adolescentes se desenvolvem e na forma como estabelecem suas escolhas.

De qualquer modo, é nesse sentido que se percebeu com o estudo que o conhecimento sobre a existência de locais de uso/tráfego (reconhecidas por 65,3% dos adolescentes) responderam aqui por um aumento na prevalência de experimentação de drogas pelo adolescente escolar (RP:1,52; IC95%:1,05-2,21).

Uma vez que não encontrei estudos estatísticos que tomassem essa variável para investigação, algumas questões surgem para futuras pesquisas que necessitariam de estruturas metodológicas quanti-qualitativas. Reconhecendo alguma verdade no achado que apresentamos, porque não há mudanças na significância e prevalência em relação ao uso no ano e uso no mês? Este aumento da prevalência da experimentação poderia ser um fator de confusão, tendo em vista os adolescentes desenvolverem maior relação de amizade na comunidade onde residem? Como seria o acompanhamento dos adolescentes por suas famílias e de que modo isso interfere nesse cenário?

De todo modo, a perspectiva repressiva ao tráfico já se constitui como parte da política de enfrentamento ao crack e outras drogas, o que representaria a ação do poder público sobre esse achado.

No intuito de finalização da discussão desse aspecto que é abrangente e como uma forma de evitar possíveis leituras estigmatizantes (a partir de especulações sobre a população do estudo), cito um trabalho de Sá (2010, p. 282-283) sobre uma comunidade de Fortaleza:

É a troca de perspectivas entre a antropologia do antropólogo e a antropologia da favela que permitiu a ascensão conceitual de que a favela existe antes da favela. (Viveiros de Castro, 2007). A descrição da vida social e cultural dos jovens da comunidade praiana do Titanzinho no Serviluz busca mostrar como as formas de subjetivação das relações sociais na favela não podem ser analiticamente derivadas dos determinismos sociais ou das

injunções sociodemográficas que envolvem o contexto de favelização da população estudada. As práticas culturais dos jovens do Serviluz permitem-nos ir além dos estigmas de violência e das imputações de selvageria, barbárie e devassidão impostas ao universo dos/as moradores/as do bairro, possibilitam-nos apreender a favela que existe antes da favela.

O segundo elemento que proponho como parte da percepção de território remete as formas de lazer praticadas por adolescente, entendido igualmente como uma forma de representação da relação do adolescente com o espaço onde vive.

Dessa maneira, relembro que 74% dos adolescentes referiram existir locais públicos para lazer no seu território de moradia/comunidade e que, dentre estes, os mais frequentes seriam aqueles voltados ao esporte, mas que não se configura como uma instituição proposta pelo Estado (a exemplo do CUCA ou ginásios poliesportivos da escola).

Tal achado corrobora com o fato da expressividade do esporte no país, além do que DaCosta (2006) em sua análise sobre a política de esporte brasileira refere “(...) que a maior parte das variáveis econômicas relacionadas com atividades físicas tem se expandido continuamente desde 1900, mesmo durante as crises do país”.

Por outro lado, espaços relacionados a expressão cultural não são comuns nos espaços vivenciados pelo adolescente. Bolaño e Azevedo (2011) fazem críticas sobre a política cultural brasileira e dizem que seu financiamento é incipiente para abranger a diversidade cultural do país e Silva (2012), falando num âmbito mais amplo de política urbana, complementam tal crítica referindo que o alcance das intervenções sobre as cidades tanto é reduzido como bastante fragmentadas. Todavia, não se pode esquecer que a cultura seria a “(...) base para uma efetiva democratização da produção simbólica, modificando a realidade social, de acordo com um projeto nacional emancipador (BOLAÑO; MOTA; MOURA, 2012)”.

Considerando a potencialidade da cultura para o desenvolvimento dos adolescentes sob um prisma de autonomia e criatividade, acredita-se que esses sejam investimentos necessários para também enfrentar possíveis usos problemáticos de drogas por essa população.

Nesse cenário, quando se descreve as atividades de lazer referenciadas mais comumente pelos adolescentes em seus momentos livres foram: assistir televisão (63,0%), acessar a internet (56,1%), ficar na rua (43,6%) e realizar alguma atividade esportiva (43,3%). Tais achados parecem coerentes com o que é oportunizado aos jovens em seu território.

Buscando umnexo entre as atividades de lazer realizadas por adolescentes e a relação dos mesmos com as drogas, observou-se associação estatisticamente significativa com a experimentação, uso no ano e uso no mês. Dessa forma, constatei aumento de prevalência para experimentação (RP:1,46; IC95%:1,10-1,93) e uso no mês (RP:2,72; IC95%:1,40-5,29) relacionado ao adolescente não assistir televisão; para experimentação (RP:1,47; IC95%:1,09-2,00) e uso no ano (RP:1,59; IC95%:1,07-2,38) relacionado ao adolescente acessar a internet; uso no ano (RP:1,91; IC95%:1,09-3,34) relacionado ao adolescente não jogar videogame; uso no mês (RP:2,42; IC95%:1,08-5,42) relacionado ao adolescente não ler; e experimentação (RP:1,53; IC95%:1,16-2,03) e uso no ano (RP:1,70; IC95%:1,18-2,45) relacionado ao adolescente ir ao cinema.

Talvez haja outros fundamentos quando se busque discutir cada tipo de atividade e sua relação do adolescente com as drogas, mas para esse momento considero mais importante perceber que tais achados confluem para o fato de que os pais saberem onde os adolescentes estão constituiria *à priori* um fator protetivo para o uso de drogas. Assim, todas as atividades que se faz no espaço de casa (como assistir televisão, jogar videogame, leitura) estariam nesse grupo. Ocorre que, nessa lógica, os achados corroboram com as conclusões de Fonseca *et al* (2013), Malta *et al* (2014), Malbergier, Cardoso e Amaral (2012), Siqueira *et al* (2015) e Malta *et al* (2011). Ter-se-ia, então o acesso à internet como um fenômeno a parte, uma vez que essa variável assume uma discussão particular a partir do estudo de Castells (1999) quando este refere que o advento das tecnologias de informação e comunicação que promove uma fissura do conceito de espaço/tempo como o conhecemos – concretamente – que pode ser pensado quase como um “estar fora estando dentro de casa” ou “saber onde o adolescente está sem saber em que lugar ele está presente”.

A última reflexão entre essas atividades de lazer é ir ao cinema. Traduzindo isso a partir de outros estudos, seria possível compreender essa variável com um achado de Moura *et al* (2012), em que o autor refere que passar mais de 5 horas na rua seria um fator de risco para o uso frequente ou pesado de drogas. Loco, o estar fora de casa ou não ter o controle real do lugar onde o adolescente se encontra e não estando num espaço institucional como a escola (que tem seu imaginário construído como um espaço protetivo) remete o adolescente a susceptibilidade de “estando no mundo” ter compromisso e responsabilidade por suas escolhas.

Essa lógica assemelha-se as discussões que foram feitas até aqui em relação aos espaços institucionais em que esse adolescente está incluído e que leva a inevitável exposição do indivíduo ao ambiente, uma vez havendo em cada lugar parte de uma cultura em que não

apenas o acesso a droga é traduzido como consumo (podendo essa lógica estar em sua própria casa), mas tudo o mais que o rodeia. Nesse sentido, o adolescente exposto para “estar-no-mundo-com-os-outros” deve ter um repertório psicossocial que o favoreça autonomia sobre si e essa responsabilidade sobre suas escolhas.

Antes de avançar, vale ainda tentar fazer um fechamento no sentido de levantar a questão da necessidade de segurança e qualificação dos espaços públicos para ampliação e uso efetivo do que está disponível como espaço de socialização e esporte, lógica essa que deve ser extensível a família (uma vez que agregaria o compartilhamento/fortalecimento das relações e o conhecimento de onde esse adolescente está).

Por outro lado, é mister reconhecer a incipiência do reconhecimento da cultura como política pública e investimentos financeiros nesse sentido. Obviamente, a cultura representa ainda um elemento de poder através do qual uma classe dominante ainda mantém seu status e seguramente o cuidado com sua disponibilização representa a dificuldade que é capturar a arte e direcioná-la, uma vez que sua fluidez acaba sempre escapando ao controle, como se observa a questão da música no período ditatorial.

A categoria “trabalho” consiste no último aspecto de território que foi tratado no instrumento e que auxilia no reconhecimento de outras relações que o mesmo estabelece para além de instituições primárias sociais, contudo indiscutivelmente fundamentais em discussões de análises conjunturais. Bronfenbrenner (1999), quando situa o trabalho no mesossistema – na ordem trabalho-familiar-adolescente, ou seja, numa interferência secundária do trabalho no cotidiano do adolescente –, o faz na perspectiva ligação com o familiar. Ocorre que neste estudo ele foi trazido para um contexto mais proximal – situando o adolescente na ligação direta com o trabalho.

Portanto, a participação em projetos/programas sociais para qualificação profissional demonstrou uma associação com a relação do adolescente com drogas, evidenciando um aumento de prevalência para experimentação de drogas (RP:1,94; IC95%:1,47-2,56), o uso no ano (RP:1,84; IC95%:1,27-2,65) e uso no mês (RP:2,26; IC95%:1,18-4,32).

Acredito ser necessária cautela no entendimento dessa variável, uma vez que não há evidências de uma associação estatisticamente significativa em relação ao adolescente ocupar seu tempo para ganhar dinheiro com a experimentação de drogas ($p=0,069$), usar no ano ($p=0,588$) e uso no mês ($p=0,692$). A cautela a que me refiro consiste na circunstância de que a estruturação do instrumento de coleta de dados não exclui a possibilidade de ocorrência concomitante do adolescente “participar de projetos/programas sociais para qualificação

profissional” e “ocupar seu tempo de algum modo para ganhar dinheiro”. Nesses casos específicos, podem haver interferências nos achados, uma vez que tratamos de uma temática cujas evidências demonstram acontecer num processo relacional. Logo, a questão aqui não seria simplesmente financeira.

Seria importante uma compreensão sobre as diferenciações das nuances de “fazer algo para ganhar dinheiro” e a questão da “qualificação profissional” para perceber os significados construídos para cada um. Talvez, algum achado nesse sentido possa contribuir com os direcionamentos atuais que promovem uma interrelação entre educação básica e qualificação profissional.

De todo modo, vale discutir que a articulação entre trabalho e educação é algo bastante polêmico. Isto porque duas forças antagônicas encenam essa realidade. De um lado, encontram-se as ideias de Estado de bem-estar-social – que balizam a Constituição Brasileira de 1988 – e compreende a responsabilidade do ente público no tocante à criança e ao adolescente. Exemplo patente é a aprovação da Lei nº 8.069/1990 (que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências), a qual tanto normatiza e protege a criança e o adolescente em relação a exploração de seu trabalho, como garante seu direito a educação. De outro lado, continua se desenvolvendo um modelo político-econômico neoliberal, para o qual o mais interessante é o Estado mínimo, de modo que o mercado possa fazer a regulação não apenas econômica, como social.

Cavalcante *et al* (2014) referem que, “em 2013, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) estimou que anualmente, 160 milhões de trabalhadores são atingidos por doenças ocupacionais no mundo e 2 milhões morrem de doenças e/ou acidentes ocorridos no ambiente de trabalho”. Compreender a importância, para muitas pessoas e famílias, sobre a necessidade de que seus membros desenvolvam atividades que possam contribuir financeiramente para o sustento da família não minimiza os riscos aos quais esse adolescente se expõe em sua introdução ao mundo do trabalho.

Sennet (2012), em sua discussão “A corrosão do caráter”, mostra a complexificação das relações trabalhistas construídas pelo modelo neoliberal, tornando o controle cada vez mais sutil – portanto, de difícil percepção – com a instituição do ideário de flexibilização no trabalho.

Nada obstante, encontram-se posições antagônicas sobre essa discussão unindo educação-trabalho, representada de um lado por falas como a de Araújo (2014, p. 208):

Sob a retórica da renovação da educação profissional, recupera-se a ideia de saber útil como referência para práticas formativas, mobilizável em função das necessidades surgidas no interior dos processos produtivos, estabelecendo-se, assim, uma relação direta entre necessidades produtivas e conteúdos de formação.

Ou ainda de Moraes (2013, p. 996):

Infelizmente, como se sabe, o Proeja e o Proeja Fic permaneceram na forma de programas e não se efetivaram como políticas de Estado. Além dos sérios problemas enfrentados na sua operacionalização,⁶ encontram-se gravemente ameaçados, neste momento, por projetos privatizantes, contrários ao ensino público e à educação integrada. É o caso do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) (Lei n. 12.513/11), que expressa o recrudescimento da disputa política no âmbito governamental e um claro retrocesso aos tempos do Decreto n. 2.208/97, instituído no Governo Fernando Henrique Cardoso.

Por outro, com avaliações como a de Oliveira e Escott (2015, p. 734):

Com a necessidade de desenvolvimento e de crescimento em um País como o Brasil, torna-se urgente ampliar as políticas públicas que atendam aos anseios de jovens que desejam se qualificar para o mercado de trabalho, por isso a ampliação da oferta de vagas e de incentivos governamentais para atender a esta demanda.

Acredito que tal perspectiva, muito mais do que negar a possível relevância quanto a qualificação profissional cada vez mais precoce dos indivíduos, faz pensar sobre a relação encontrada entre qualificação para o trabalho e a responsabilidade sobre o suporte a esses adolescentes para minimizar possíveis fatores de sofrimento e desestruturação psicossocial ao qual estarão susceptíveis no mundo do trabalho e que – no conjunto de novas relações aí estabelecidas – abrirá também espaços de contato com drogas.

Para o que se apresenta com este estudo, a leitura que se torna possível parece reforçar o direcionamento de que a ampliação das relações sociais - também no contexto do trabalho - contribui em novas crises de desenvolvimento / representando um novo rito de passagem no período da adolescência para a idade adulta.

O assunto violência, como temática que embasa o grande estudo do qual se recorta essa pesquisa, representa o último aspecto dessa discussão. Em vista disso, realizei maior reflexão sobre o tema a partir dos esforços teóricos de Debarbieux (2002) sobre a epistemologia do termo. O autor cita uma denúncia que considero relevante sobre uma

presumida ‘visão inflacionista da violência’, que teria como consequência uma abrangência tal que a tornaria um ‘léxico impraticável’ para o campo das ciências humanas.

De fato, ações que remetem ao subjugo de um sujeito sobre outro a partir de uma diferença de poder, pode assumir uma variedade de matizes inesgotáveis quando se atenta para fatores como a circunstância do ato, a perspectiva social em que se situa e a análise da psique humana.

Quando Debarbieux (2002) traz para discussão o conceito de violência, o mesmo infere como característica desse processo uma possibilidade eterna de definição e, ao mesmo tempo, tranquiliza o leitor para a viabilidade prática de tomar como referência uma descrição léxica da palavra. Desse modo, Hayden e Blaya (2002) contribuem com esse tema e com minhas inquietações quando discutem a existência de dois termos importantes para essa questão: “comportamentos violentos” e “comportamentos agressivos”. Segundo as autoras, na língua inglesa, o termo “violento” não costuma ser utilizado no discurso acadêmico no que concerne a crianças em idade escolar.

A partir disso e observando a força do termo violência para o léxico brasileiro – que reforçaria o entendimento de uma intensidade e intencionalidade *à priori* perversa e remetidas a condição de recorrência – é que acredito ser a ideia de agressividade mais coerente, uma vez que percebo limitações no meu instrumento de coleta de dados para compreender a temporalidade do ato.

A prudência que estabeleço para iniciar o diálogo sobre esse tema consiste no fato de aqui confluir duas temáticas extremamente delicadas para a discussão atual: violência e drogas. Inegavelmente, publicações de organismos internacionais como o Relatório Mundial sobre Drogas (UNODOC, 2015) (que discutem a droga sobre seu viés de tráfico), os debates sociais sobre legalidade/ilegalidade do uso de drogas, o imaginário midiático que retrata o uso de drogas associado ao tráfico (apresentados à sociedade pelo viés das mortes relacionadas a dívidas desse mercado ilegal), convergem atravessando a percepção do senso comum sobre uma sombra de marginalidade que, conseqüentemente, conduzem a uma relação cristalizada e unívoca entre esses assuntos.

Com isso, não quero isentar algum indivíduo que estabeleça uma relação com a droga (até mesmo de experimentação) da possibilidade de estar envolvido em situações de violência. Antes, gostaria de evitar equívocos casuísticos que cristalizem a condicionalidade de droga-violência e que muitas vezes é utilizada para alimentar uma estigmatização de grupos sociais vulneráveis. Ações como essa certamente não contribuem em pensar estratégias realmente efetivas para o enfrentamento tanto do fenômeno da violência, como

também do uso problemático de álcool e outras drogas, e pode incorrer no aprisionamento da pessoa que usa drogas num lugar em que não possui autonomia sobre seus atos e, conseqüentemente, responsabilidade por suas escolhas.

Considerando esse alinhamento reflexivo e a apresentação das limitações do meu recorte de pesquisa para uma análise realmente aprofundada da relação violência-uso de drogas, passo como primeira informação aos relatos de 21% dos adolescentes sobre presenciarem cenas de violência em casa. Tal comportamento, no âmbito familiar, é um aspecto que já foi relacionado com interferências na dinâmica do adolescente aumentando seu risco para o uso de drogas, conforme apresentam Tavares, Beria e Lima (2004).

Outro elemento encontrado é que, de fato, o adolescente tanto tem sofrido agressões psicológicas (61,1%), físicas (36,1%) e sexuais (10,6%); como também relata ter comportamentos agressivos no âmbito psicológico (50,0%), físico (38,1%) e sexual (1,9%). Lembro que tais frequências são relativas (construídas a partir da população específica que sofreu ou que perpetrou alguma agressão). Desse modo, percebo que o adolescente costuma sofrer mais agressões.

Essa condição de vulnerabilidade do adolescente para a violência não é objetivo desse estudo, o que mereceria esforços para sua compreensão em relação a essa amostra estudada. De fato, seria necessário saber sobre quem é o agressor, que posição assume em relação ao adolescente, o que motiva tais atos e uma série de outras variáveis para inferências menos simplistas do fenômeno.

O que importa, aqui, seria olhar que o adolescente assume posição ativa e passiva em atos agressivos. Nesse sentido, os dados mostram que, no momento em que ocorreu de o adolescente ser vítima, o mesmo referiu em maior frequência que seu agressor estava sobre o efeito de drogas. Por outro lado, quando o mesmo se comporta agressivamente, os resultados se mostraram diversos, apontando para maior frequência de o adolescente estar sobre o efeito de uso de drogas quando em casos de “violência psicológica”; menor frequência de estar sobre o efeito de drogas quando em casos de “violência física”; e nenhum dos adolescentes informou estar sobre o efeito de drogas em situações de “violência sexual”.

As variáveis neuro-hormonais e as limitações do instrumento sobre o tipo de droga utilizada em cada uma das situações – de agressor e de vítima – contribuem para um viés sobre qualquer inferência no sentido de estabelecer ou qualificar uma relação entre uso de drogas e violência.

O fato é que observo que esta relação violência/ato agressivo e uso de drogas, frequentemente responsabilizada ao efeito do uso de drogas, merece discussão. Certamente, o contexto do ato violento requer ser investigado quanti-qualitativamente.

De todo modo, fiquemos com a constatação de que as famílias também são espaços em que se vivencia/presencia cenas de violência e que o adolescente não ocupa apenas um espaço nesse ciclo que se considera a violência. Assim, seguimos para um enquadramento do objetivo do estudo que é observar possíveis correlações entre sofrer e perpetrar violência com o fato de o adolescente estabelecer alguma relação com as drogas, cabendo informar que optei aqui por restringir o escopo de análise para o fenômeno de uso de drogas (ano e mês).

Por esse ângulo, só foi obtida uma associação estatisticamente significativa entre perpetração de atos agressivos psicológicos por parte do adolescente e uso de drogas no ano, de tal modo que houve um aumento de prevalência (RP:1,58; IC95%:1,07-2,31) nesse caso.

Não encontrei estudos que olhassem o fenômeno das drogas pelo ângulo da relação do adolescente com as drogas como variável principal de análise. Por outro lado, Silva *et al* (2012); Pierobon *et al* (2013); Andrade *et al* (2012); Oliveira *et al* (2011) são exemplos de que é comum demonstrar o uso de drogas relacionado a violência como variável principal. Ocorre que em estudos como o de Silva *et al* (2012) percebe-se que o fato de o adolescente usar drogas remete a uma casuística do mesmo sofrer violência.

Reflexões como essa contribuem para pensar na delicadeza do entendimento da relação entre essas temáticas. Sem maiores elementos, esse tema demonstra ser uma variável que mereceria ser aprofundada sua análise em um modelo multivariado para reconhecer sua possível independência casuística. A singularidade da discussão sobre drogas, já referida anteriormente, que é evidenciada pela dificuldade de acessar essa população em estudos (em virtude da interface com questões no plano do direito) pode explicar o obstáculo que é colocar esse uso de drogas num plano principal.

De toda forma, se pensarmos que modelos explicativos da violência o colocam numa perspectiva cíclica (entre agressor e vítima), circularidade essa que também é assumido em modelos motivacionais relacionados ao uso de drogas, acredito que a possibilidade de pensar na forma de integração de tais ciclos pode ser temática a ser investigada.

Deixo para o final dois assuntos peculiares nessa discussão: a prática sexual por adolescentes de até 14 anos (tratado na perspectiva do consentimento) e a condição de adolescentes em conflito com a Lei.

A situação da prática sexual consentida até os 14 anos é para o campo do direito um tema que é discutido na perspectiva de violência, para nossa cultura. Quanto a busca de uma correspondência entre a prática de relação sexual até 14 anos e o uso de drogas pelo adolescente, os dados demonstraram haver associação estatisticamente significativa com aumento da prevalência do uso de drogas no ano (RP:2,45; IC95%: 1,71-3,50) e uso no mês (RP:4,69; 2,51-8,75) quando esta prática acontece.

A questão da relação entre sexo e uso de drogas é apresentado nos estudos de Miozzo *et al* (2013), Moreira *et al* (2013), Hugo *et al* (2011) e Morrison, Smith e Akers (2014) numa relação causal do risco de relações sexuais precoces e desprotegidas com o fato de o adolescente utilizar drogas. UNODOC (2015) – lembrando que toda a política dessa agência internacional que tem como temas de sua agenda política as drogas, o HIV/AIDS e os crimes – mantém uma vigilância mundial sobre a relação droga e sexo, tendo em vista também a mesma lógica dos demais autores, mas sob a perspectiva mais restrita da situação epidemiológica do HIV/Aids no mundo.

Não tendo sido observado literatura que se proponha olhar a relação na direcionalidade do sexo precoce levando a relação com drogas, acredito ser importante o desenvolvimento de estudos para pensar a questão do corpo.

Conforme refere Dreyfus (2013), esse corpo discutido no social é expandido no sentido da sexualização de indivíduos e população (considerando-se a concepção de Foucault sobre biopoder), fazendo com que as diferenças de classe e poder desloquem a discussão da sexualidade a seu componente sexo, que pode ser trabalhado “como controle administrativo”. Na verdade, estabelece-se uma crise na modernidade em relação ao corpo que vai se fragmentando da alma e toma a concretude de objeto, fenômeno esse que exige a discussão para construção de um novo *ethos* que dê suporte a essas mudanças.

Poderia ainda citar Barbosa, Matos e Costa (2011, p. 31) e sua discussão desse corpo no período pós-moderno, as quais falam que:

O contexto social e histórico instável e em constante mudança, associado ao enfraquecimento dos principais meios de construção da identidade, como a família, a religião, a política, o trabalho, parece levar os indivíduos a apropriarem-se cada vez mais do corpo como meio de expressão do eu. Como vimos, a cultura centrada na valorização da imagem do corpo, encontra na publicidade a disseminação da sua imagem, normalizando um determinado modelo de corpo, além de um conjunto de práticas necessárias à sua manutenção. O corpo torna-se um objecto virtual, mas agora saturado de estereótipos, ele aparece como um quadro inacabado e transforma-se em imagem do corpo, torna-se um objecto de autoplastia.

Nesse sentido, observo mais um aspecto que remete o uso de drogas a uma conjuntura sociocultural que urge ser debatida e socializada se realmente houver um interesse em um enfrentamento real do projeto de sociedade e do lugar que uso de drogas assume nesse cenário.

O último tema se trata de adolescentes realizarem ações em conflito com a Lei. Por ocasião deste estudo, essa situação tanto demonstrou uma associação estatisticamente significativa com o uso no ano ($p < 0,001$) e com o uso no mês ($p = 0,005$); como também mostrou elevar a prevalência para o adolescente fazer uso de drogas no ano (RP:2,58; IC95%:1,81-3,68) e fazer uso no mês (RP:2,77; IC95%:1,43-5,39).

Acredito que esses achados, comparados com as referências de Martins e Pillon (2008), Pereira e Sudbrack (2008), Priuli e Moraes (2007) que associam o conflito com a Lei com o uso de drogas, abrem uma visão para o aspecto retroalimentável entre o bionômio uso de drogas/conflito com a Lei. Desse modo, acredito que a causalidade estabelecida na direção de o uso de droga ser fator de risco para conflito com a Lei precisa ser posta em discussão pelo campo científico.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo, antes de tudo, demonstra o desafio que é pensar a saúde coletiva. Sob essa perspectiva, pensar o fenômeno do uso de drogas entre adolescentes escolares foi transitar num conjunto diversos de temas e atravessamentos que comprovam que a intersectorialidade é fundamental e provoca o profissional que intenta trabalhar nesse campo realmente uma abertura a um olhar interdisciplinar. O compromisso e a responsabilidade social são singularmente exigidos àquele que se permite experimentá-la e diria, inclusive, que consiste num esforço para além de duas mãos.

No campo metodológico, acredito que a teoria ecológica do desenvolvimento aqui eleita como norteador do processo de leitura do referido fenômeno possui inegáveis contribuições para desvelamento de objetos que se busca uma leitura sistêmica. Além disso, compreendo agora quando Bronfenbrenner (1979/1996, 1999) menciona a dificuldade de estudos trabalharem toda a extensão de sua teoria, uma vez que a tentativa de a desenvolver em parte já foi um grande desafio.

Quanto ao adolescente de escola pública e sua relação com o fenômeno das drogas, esse foi visualizado como uma questão realmente multifatorial que, durante o processo de tentar entendê-lo, percebi a delicadeza do tema e se tornou evidente que se for trabalhada com políticas desarticuladas haverá um rápido esgotamento na remissão de indicadores relacionados a prevalência do uso, uma vez que foi percebido que os esforços realizados até o momento – que foram relativamente intensos em abertura de serviços, mas ainda tímidos em um trabalho articulado – demonstram resultados já bastante animadores ao comparar ao que pesquisamos e os levantamentos nacionais com a mesma população.

Reconhecendo todo o sofrimento compartilhado por famílias em que um de seus membros faz uso de drogas e por escolas em que os educadores lidam com a iminência desse fenômeno, o fato é que esses adolescentes têm demonstrado processualmente ter reduzido no ambiente escolar – em Fortaleza – o número de experimentos, usos na vida e usos no mês da maioria das drogas, numa tendência que parece histórica. Assim, fica secundariamente evidente que o ambiente escolar demonstra protetividade aos adolescentes.

Considero possível inferir que, epidemiologicamente, a extensão dessa questão é menor do que a mídia veicula (inclusive em relação ao crack). Incita-se, com isso, a necessidade de compreender na ampla população de adolescentes a extensão desse evento, guardando respeito as múltiplas situações de vida às quais os mesmos vivenciam (tais como a situação de rua e a reclusão em instituições para menores infratores), até pela associação

encontrada em relação ao uso de drogas e ter praticado atos em conflito com a Lei. Somente, dessa forma, será possível falar em políticas públicas efetivamente comprometidas com o cuidado em relação ao uso de droga entre adolescentes.

Observando sistemicamente os elementos que compuseram a avaliação, considero que seja utópico se falar em combate às drogas, uma vez que ela está presente na família dos adolescentes e é representada principalmente pelas substâncias lícitas. Assim, olhando sob o ponto de vista de adolescentes na escola, todo o discurso inflamado da mídia e observada no senso comum de que as drogas ilícitas e o tráfico são o grande problema do uso de drogas, desloca para a marginalidade uma questão que se faz presente sob uma autoridade que lhe é dada legalmente.

Para o trabalho assistencial na saúde, acredito que esse estudo demonstre que o investimento deve ser realizado fundamentalmente na profundidade, ou seja, em uma gestão da clínica que permita a construção de projetos terapêuticos realmente efetivos e que trabalhe sistemicamente esse adolescente. Com isso, não quero afirmar que a extensão de serviços não seja necessária, uma vez que seria negligenciar a questão e, sob uma lógica, não haverá nem mesmo espaço de cuidado. Estratégias de uma real construção de rede – para além de um sistema de serviços de saúde – precisam ser pautadas nessa área, de modo que o adolescente consiga perceber os serviços como um espaço de cuidado e ainda acredito que isso terá efetividade entre a população de adolescentes se houver investimento para uma saúde da família, para um trabalho territorial, com infraestrutura adequada para tanto e com compromisso dos trabalhadores.

Quanto às escolas, reconheço o esforço dos profissionais a partir das visitas de campo, mas estruturalmente seria importante um investimento para qualificação real do espaço da escola como uma política pública e não como programa de espaços modelo. Como uma das políticas de Estado que mais tem interferências sobre a cultura de uma população, os investimentos sobre ela não devem ser pensados sob o imediatismo da prevenção ao uso de drogas, mas na formação de pessoas críticas, políticas e éticas. Desse modo, certamente a contribuição dessa área da política pública já contribuiria com uma cultura do uso de drogas, em os adolescentes pudessem ter fortalecidos projetos de vida compromissados consigo e com as questões que o rodeia.

Percebi, com o estudo, que existe uma potencialidade visível aos adolescentes em seu território para esporte, o qual demonstra ser subutilizado talvez pela sensação de insegurança social em que se vive. Acredito que a colaboração em rede para potencialização desses espaços, não apenas por institucionalmente pelo Estado. De todo modo, o apoio do

Estado é importante para o maior pertencimento das famílias aos seus territórios e ao fortalecimento das relações e do potencial da própria comunidade. Esse certamente é um desafio para uma lógica neoliberal e dificilmente será atingida com a processual fragilização dos direitos trabalhistas.

Famílias como as que observamos – cuja realidade é diversa, inclui reestruturações e apresenta situação de renda *per capita* relativamente limitada – acaba por exigir não só que todos os membros trabalhem, mas que se sujeitem a condições de trabalho que terão resultados significativos na qualidade da dinâmica das relações entre seus componentes dessa família, compreendendo aqui o adolescente.

Considero relevante deixar claro que não acredito que a realidade do uso de drogas por familiares de adolescentes, bem como as mudanças que a família vem passando (com suas relativas demandas socioeconômicas), estão circunscritas àquelas aos quais os filhos frequentam escolas públicas. Todavia, sendo esse contexto que ora analiso, há uma peculiaridade importante sobre esses elementos para a construção da relação dos seus membros com as drogas.

Tendo mencionado a escola e o trabalho (ligado à família), não posso esquecer do achado sobre a interface desses elementos. A educação para o trabalho é algo que insere diretamente o adolescente num perverso mundo representado pela desigualdade, busca de lucro e construção de desejos. Nessa lógica, esse tema deve ser pautado pela ampla sociedade e principalmente por profissionais da área da educação para avaliar com clareza e sinceridade sobre as consequências da inclusão produtiva cada vez mais cedo, tanto para apontar posicionamentos sobre esse fenômeno e o possível impacto para a cultura do uso de drogas, como para discutir prognósticos e soluções para possíveis impactos negativos sobre os indicadores de uso de drogas em relação a essa população.

A religião que optei por fazer uma maior discussão, considero ainda mais prudente - frente a realidade pós-moderna – trata-la sob um conceito maior de espiritualidade. Nesse sentido, reforço a importância de estudos que possam avaliar melhor essa questão. Nada obstante, acredito que esse aspecto seja um dos mais importantes por ocasião desse trabalho, por unir muitos dos elementos encontrados num grande ramo de remete a forma como as pessoas se conectam consigo e com o Universo. Essa relação que já é amplamente discutida em ideias como a cultura de paz e várias filosofias, permitem uma discussão efetivamente profunda sobre o projeto de vida e de mundo que se quer.

Desse modo, a importância que atribuo a espiritualidade está na sua ressonância na vida com a família, com os pares, com a sociedade. Efetivamente, o que chamei de cultura

do uso de drogas ganha força porque as profundas mudanças sociais que vem ocorrendo, assim como as econômicas determinadas pela mudança nas estratégias do capital (cada vez mais sutil e não menos perverso), determina uma dinâmica nos diversos espaços sociais – nos quais o estudo encontrou variáveis que interferem no uso de drogas pelo adolescente – que se não for confrontada, penosamente levará a controles de variações epidemiológicas do uso de drogas não muito diferentes do que o limiar em que já estamos vendo chegar a escola.

Uma vez expostos os principais componentes dos sistemas que se interligam na concepção ecológica, a temática que merece ser trabalhada e que é transversal a todos os envolvidos com o adolescente é a sexualidade. Investimentos nesse sentido podem contribuir com que os adolescentes discutam o sexo antes dos 14 anos e, conseqüentemente, tanto qualifiquem as diversas situações que estão envolvidas nesse fenômeno como também possa se interferir no cenário de associação desse acontecimento com a relação do adolescente com as drogas.

Por fim, acreditamos que a associação entre violência e uso de drogas não demonstrou expressividade na relação com o público estudado. Considerando-se os adolescentes que afirmam fazer uso de drogas, o ato de violência não foi demonstrado como uma condicionalidade. Dessa forma, seria importante o delineamento de um estudo que pudesse investigar com mais profundidade possíveis correlações entre essas temáticas de modo que contribuisse com conclusões mais consistentes sobre a imagem midiaticizada que estigmatiza o usuário de drogas. Confiamos que apenas desse modo seja possível estabelecer estratégias objetivas de enfrentamento da violência e de formulação de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ABRAMO, H.W. Condição Juvenil no Brasil Contemporâneo. In: ABRAMO, H. W.; BRANCO, P. P. M. (Orgs.). **Retratos da Juventude Brasileira**: análises de uma pesquisa nacional. São Paulo: Instituto Cidadania/Fundação Perseu Abramo, 2005. p. 37- 72.

ABREU, D. *et.al.* **Censo da exclusão ou falta de inclusão nos censos?** – a (in)visibilidade de meninos e meninas em situação de moradia nas ruas nas capitais brasileiras. Fortaleza: Vários Parceiros, 2009. Acesso em: 19.02.2015. Disponível em: <http://www.criancanaoederua.org.br/pdf/CENSO.pdf>

ABREU, D.; XAVIER, N. P. Pesquisa anual sobre a vivência de crianças e adolescentes em situação de moradia nas ruas de Fortaleza. Fortaleza: Equipe Interinstitucional de Abordagem de Rua; Núcleo de Articulação dos Educadores Sociais de Rua Laboratório de Estudos da Violência (LEV- UFC), 2008.

ALVES, P.B. Infância, tempo e atividades cotidianas de crianças em situação de rua: as contribuições da teoria dos sistemas ecológicos. [Tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Instituto de Psicologia), 2002. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/2554/000372073.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 fev. de 2015.

ANDRADE, A.L.M. et al. Desenvolvimento neural na adolescência [cap.3]. In: MICHELI, D.de. et al. Neurociências do abuso de drogas na adolescência: o que sabemos?, São Paulo: Atheneu, 2014, p. 21-29.

ANDRADE, T. M. de. **SUPERA**: o uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação políticas públicas e fatores culturais [módulo 1], 4 ed., Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

AQUINO, R.M.L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2, 2003, p. 377-388.

ARAÚJO, A.C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5, v. XVI, n. 1, 2014, p. 67–82. Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/viewFile/659/406>. Acesso em: 28 jun. 2015.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

ASSIS, S. G; DESLANDES, S. F; SANTOS, N. C. Violência na adolescência: sementes e frutos de uma sociedade desigual. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 79-105.

AVILA, S. F. O. A adolescência como ideal social. An. **1 Simp. Internacional do Adolescente** Mai. 2005. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000200008&script=sci_arttext. Acesso em: 25 Mar. 2015.

BARATA, R. B. Epidemiologia social. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2015.

BASTOS, F.I.; REIS, N.B. dos. Epidemiologia do uso de drogas no Brasil [Capítulo 5]. In: BRASIL. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 6ª ed., Brasília-DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014, p. 107-121.

BERGERON, H. **Sociologia da droga**. São Paulo: Ideias & Letras, 2012.

BOITEAUX, L. Política Internacional de drogas e redução de danos: o fim do “Consenso de Viena”?, **VERSUS**, abr., 2011, p. 104-108. Disponível em: http://www.neip.info/upd_blob/0001/1368.pdf. Acesso em 28 jun. 2015.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico** [trad: Barbara Catani]. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> >. Acesso em: 14 jun. 2013.

BRASIL. Decreto nº 154, de 26 de junho de 1991. Promulga a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0154.htm. Acesso em: 24 jun. 2015.

_____. Decreto nº 54.216, de 27 de agosto de 1964. Promulga a Convenção Única sobre Entorpecentes. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-54216-27-agosto-1964-394342-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 24 jun. 2015.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

_____. Decreto nº 76.248, de 12 de setembro de 1975. Promulga o Protocolo de Emendas à Convenção Única sobre Entorpecentes, 1961. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=99016&norma=122953>. Acesso em: 24 jun. 2015.

_____. Decreto nº 79.388, de 14 de março de 1977. Promulga a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-79388-14-marco-1977-428455-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 24 jun. 2015.

_____. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente. Fortaleza: Prefeitura Municipal de Fortaleza, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004*, Brasília, 5.ed. amp., p. 17-19, 2004.

_____. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) : 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 164 p.

_____. Manual de redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília, 2008.

BRASIL. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. Relatório Brasileiro sobre Drogas. Brasília: SENAD, 2009. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/Sem_logos/329773.pdf. Acesso em: 05 fev. 2015.

BRASIL. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Brasília, DF: SENAD-MJ / NUTE-UFSC, 2014.

BRITO, R.C. Uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua: subsídios para uma intervenção comunitária. [Dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Instituto de Psicologia), 1999. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/26508/000241287.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 fev. de 2015.

BRONFENBRENNER, U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. [trad: Maria Adriana Veríssimo Veronese]. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BRONFENBRENNER, U. **Ecological models of human development**. 1994. Disponível em: <<http://www.psy.cmu.edu/~sieglar/35bronfenbrenner94.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2013.

BRONFENBRENNER, U. Ecological models of human development. In: INTERNATIONAL ENCYCLOPEDIA OF EDUCATION, 2a. ed, Oxford: Elsevier, 1994.

BRONFENBRENNER, U. Toward an experimental ecology of human development. **American Psychologist**, Washington, DC: American Psychological Association, n.32, p. 513-531, 1977.

CAMARGO JR., K.R.de. Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.de [org.]. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2010, p. 93-103.

CANGUILHEN, G. O normal e o patológico. 7 ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

CAPRA, F. O ponto de mutação. 20ª ed, São Paulo: Cultrix, 1997.

CARLINI, E. A. *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/UNIFESP e Brasília: SENAD, 2010.

CARNEIRO, H.S. As drogas e a história da humanidade. **Diálogos**, a. 6, n. 6, Brasília, 2009, p. 14-15.

CARNEIRO, H. Mezinhas, Filtros e Triacas: Drogas no mundo moderno (XVI ao XVIII). São Paulo, USP/FFLCH. **Dissertação** de Mestrado em História, 1993.

CASTELLS, M. A sociedade em rede: a Era da Informação: economia, sociedade e cultura [vol. 1]. 6 ed., São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS [CEBRID]. **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**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2004. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11461&rastror=PUBLICA%C3%87%C3%95ES%2FRelat%C3%B3rios+de+pesquisa/Nacionais. Acesso em: 05 fev. 2015.

CHRISTENSEN, J. **Proposed Enhancement of Bronfenbrenner’s Development Ecology Model. Education Inquiry**, v. 1, n. 2, jun., 2010, p.101–110.

COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA. Drogas e Democracia: rumo a uma mudança de paradigma. América Latina: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2011. Disponível em: http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/livro_port_03.pdf. Acesso em: 20 jun 2015.

COPETTI, F.; KREBS, R.J. As propriedades da pessoa na perspectiva do paradigma bioecológico. In: KOLLER, S. (org.) **Ecologia do desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 67-90.

COPETTI, F.; KREBS, R.J. As propriedades da pessoa na perspectiva do paradigma bioecológico. In: KOLLER, S. (org.) **Ecologia do desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 67-90.

COSTA, I.I. da. O sujeito, os contextos e a abordagem psicossocial no uso de drogas [cap. 2]. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 6 ed., Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014, p. 47-65.

CRUZ, M.S. O cuidado ao usuário de drogas na perspectiva da atenção psicossocial [cap. 8]. BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 6 ed., Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014, p. 173-193.

DAMATTA, R. Individualidade e liminaridade: considerações sobre os ritos de passagem e a modernidade. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 7-29, Apr. 2000. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132000000100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 Abr. 2015.

DAHLBERG, L. L.; KRUGG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p.1163-1178, 2007.

DELEUZE, G.; GUATARRI, F. As máquinas desejantes. In: _____. *O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. 2 ed., São Paulo: Editora 34, 2011, p. 11-71.

DELEUZE, G.; PARNET, C. Políticas [cap. 4]. In: _____. *Diálogos*. Lisboa: Relógio D'água, 2004, p. 151-176.

DELZIOVO, C.R.; PEDEBÔS, L.A.; MORETTI-PIRES, R.O. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família: clínica ampliada [eixo 3]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1088>. Acesso em: 01 jul. 2015.

DESLANDES, S.F. et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, p.1279-90, 2007.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). Estratégias de intervenção [cap. 4]. In: _____. *Textos de Apoio em Saúde Mental*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 93-167.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). O indivíduo e o seu contexto [cap. 2]. In: _____. *Textos de Apoio em Saúde Mental*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 51-71.

FERRAZ, F.C.A. As Guerras Mundiais e seus veteranos: uma abordagem comparativa. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 28, n 56, 2008, p. 463-486.

FERREIRA, P.E.M.; MARTINI, R.K. Cocaína: lendas, história e abuso. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, n. 2, jun. 2001, p. 96-99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 Mai 2015.

FIGLIARELLI, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 92, Mar, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2015.

FLETCHER, R. H; FLETCHER, S.W. **Epidemiologia clínica: Elementos Essenciais**. 4 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

FORTALEZA. Bairros das Secretarias Executivas Regionais, 2010. Disponível em: http://www.google.com.br/search?hl=ptBR&source=hp&q=bairros+seis+secretarias+executivas+regionais+de+fortaleza&btnG=Pesquisa+Google&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=>. Acesso em: 9 set. 2010.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Educação. Coordenadoria de Informações e Pesquisa. Cadastro de Escolas. Rede Municipal de Fortaleza. Março, 2009.

FOUCAULT, M. A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970 [trad.: Laura Fraga de Almeida Sampaio]. 22ed., São Paulo: Edições Loyola, 2012.

FOUCAULT, M. História da loucura: na idade clássica [trad.: José Teixeira Coelho Neto]. São Paulo: Perspectiva, 2009.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. 28 reimp., Rio de Janeiro: Graal, 2010.

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. 7 ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 37 ed., Petropolis, RJ: Vozes, 2009a.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.de [org.]. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2010, p. 183-195.

FREIRE, M. C. M.; PATTUSSI, M. P. Tipos de Estudo. In: ESTRELA, C. Metodologia Científica. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2005.

GAUY, F.V.; COSTA JR., Á.L. A natureza do desenvolvimento humano: contribuições das teorias biológicas. In: DESSEN, M.A.; COSTA JR., A.L. (orgs.). A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 47-70.

GARCIA, L.S.L. *et al.* Política Nacional de saúde mental e a rede de atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde [cap. 12]. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 6 ed., Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014, p. 247-267.

GARCIA, M.R.V. O trabalho comunitário e a construção de redes de cuidado e proteção [cap. 9]. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 6 ed., Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014, p. 197-207.

GENNEP, A. van. Os ritos de passagem. [trad.: Mariano Ferreira]. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

GIPSON, C.D.; KALIVAS, P.W. Bases neurais da dependência de drogas [cap. 4]. In: MICHELI, D.de. et al. Neurociências do abuso de drogas na adolescência: o que sabemos?, São Paulo: Atheneu, 2014, p. 33-51

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed., Rio de Janeiro: LTC, 2013.

- GREGÓRIO, S. G.; AMPARO, D. M. A violência adolescente e as complexidades do agir. **Rev. Interações**, v. 9, n. 26, p. 113-127, 2013. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/view/3360/2687>. Acesso em: 19 fev. 2014.
- HOSSNE, W. S. Epidemiologia, desenvolvimento tecnológico e ética. [Capítulo 15]. In: VERAS, R. P. Epidemiologia: contextos e pluralidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/ABRASCO, 1998, p. 147-166.
- HOWLET, M.; RAMESH, M.; PERL, A. Política pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 2 ago. 2011.
- IBGE. **Pesquisa Nacional de saúde do escolar 2012**. Rio de Janeiro: 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2014.
- IPECE. Perfil Municipal de Fortaleza: aspectos demográficos. 2012. Disponível em: http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/ipeceinforme/IpeceInforme_30_13_abril2012.pdf. Acesso em: 23 fev. 2014.
- JEKEL, J.F.; KATZ, D.L.; ELMORE, J.G. Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- KRISHNAN, V. **Early Child Development: a conceptual model**. Canada: Community-University Partnership (CUP), Alberta: University of Alberta, 2010. Disponível em: http://web.extension.ualberta.ca/extcms/index.php/download_file/-/view/1327/. Acesso em: 24 fev. de 2015.
- KRUG, E.G. et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva, World Health Organization, 2002.
- LACERDA, R.B.de. Neurobiologia da ação das drogas de abuso [cap.5]. In: MICHELI, D.de. et al. Neurociências do abuso de drogas na adolescência: o que sabemos?, São Paulo: Atheneu, 2014, p. 53-62.
- LAFER, C. A ONU e os direitos humanos. Estudos Avançados a. 9, v. 25, 1995, p. 169-185.
- LAPLANTINE, F. Antropologia da doença. 1 ed., São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LEPRE, R. M. (2005) Adolescência e construção da identidade. Disponível em <<http://www.sociologia.org.br>>. Acessado em: 05 de março de 2015.
- LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. Investigação qualitativa: fundamentos e práticas. 5ª ed, Lisboa: Instituto Piaget, 2012.
- MACRAE, E. A história e os contextos socioculturais do uso de drogas [cap. 1]. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 6 ed., Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014, p. 29-42.

MARINHO, M. B. O demônio nos "paraísos artificiais": considerações sobre as políticas de comunicação para a saúde relacionadas ao consumo de drogas. **Interface – Comunic. Saúde. Educ.**, v.9, n.17, p. 343-54, 2005.

MARLATT, G.A. Princípios básicos e estratégias de redução de danos [cap. 2]. In: MARLATT, G.A. e cols. Redução de danos: estratégias e práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed, 1999, p. 45-58.

MATHEUS, T.C. Diálogos sobre a adolescência e a ameaça de exclusão dos privilegiados. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 721-735, Dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642012000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 Abr. 2015.

MAXIMIANO, V.A.Z.; PAIVA, L.G.M. de. Os instrumentos legais e as políticas sobre drogas no Brasil. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 6 ed., Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014, p. 213-224.

MENÉNDEZ, S. Intervención familiar bajo un modelo ecossistêmico, 2013. Disponível em: <http://mujeresnelmundo.blogspot.com.es/2013/08/inteverncion-familiar-bajo-un-modelo.html#more>. Acesso em: 25 de maio 2015.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MINAYO, M.C.deS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ed., São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jan. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2015.

MORAES, C.V. Legislações e políticas para crianças e adolescentes [cap. 13]. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 6 ed., Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014, p. 271-292.

NARVAZ, M.G.; KOLLER, S.H. O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In: KOLLER, S. (org.) Ecologia do desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 51-66.

NIEL, M. Aspectos históricos sobre o uso de drogas [cap. 60]. In: DIEHL, A. et al. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 139-142.

NUNES, L.M.; JOLLUSKIN, G. O uso de drogas: breve análise histórica e social. Disponível em: < <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/449/1/230-237FCHS04-15.pdf>>. Acesso em 25 mai. 2015.

OLIVEIRA, P. S. de. Introdução à Sociologia. 9 ed., São Paulo: Ática, 1994, 144p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração do Milênio. Aprovada na Cimeira do Milênio, Nova Iorque, set. 2000. Disponível em: http://www.pnud.org.br/Docs/declaracao_do_milenio.pdf. Acesso em: 10 jun 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. Violência um problema de saúde pública. In: KRUG, E. et al. (Eds.). **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra: World report on violence and health/Organização Mundial de Saúde, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE [OPAS]. Saúde e doença na população [módulo 2]. In: _____. **Módulos de princípios de epidemiologia para o controle de enfermidades**. Brasília: OPAS/MS, 2010.

OPAS/OMS. La salud del adolescente y el joven en las Américas. Washington, DC, 1985.

OUTEIRAL, J. Adolescer. 3 ed, Rio de Janeiro: REVINTER, 2008.

PAIM, J.S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. 1ª ed, Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PEREIRA, E. D. - Adolescência: um jeito de fazer - **Revista da UFG**, Vol. 6, No. 1, jun 2004 on line. Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/juventude/adoles.html. Acesso em: 03 abr. 2015.

PERES, F.; ROSENBERG, C.P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da Saúde Pública. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 53-86, jul. 1998. ISSN 1984-0470. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7018/8487>. Acesso em: 05 Mai. 2015.

PERRENOUD, L.O.; RIBEIRO, M. Histórico do consumo de crack no Brasil e no mundo. [cap. 1]. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (orgs.). **O tratamento do usuário de crack**. 2 ed., Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 33-38.

POLONIA, A.da C.; DESSEN, M.A.; SILVA, N.L.P. O modelo bioecológico de Brofenbrenner: contribuições para o desenvolvimento humano. In: DESSEN, M.A.; COSTA JR., Á.L. (orgs.). **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 71-89.

RAMOS, F.R.S; PEREIRA, S.M; ROCHA, C.R.M. da. Viver e Adolescer com qualidade. In: Associação Brasileira de Enfermagem. *Adolescer: compreender, atuar, acolher*. Brasília: ABEn, 2001, p. 19-32.

REIS, A.O.A.; ZIONI, F. O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 472-477, Dez. 1993. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101993000600010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 Abr. 2015.

RODOLPHO, A. L. Rituais, ritos de passagem e de iniciação: uma revisão da bibliografia antropológica. **Estudos teológicos**, v. 44, n. 2, p. 138-146, 2004. [ISSN 2237-6461].

Disponível em:

http://periodicos.est.edu.br/index.php/estudos_teologicos/article/view/560/518. Acesso em: 10 mar. 2015.

ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Miatização do crack e estigmatização: corpos habitados por histórias e cicatrizes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, jun/2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200363&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2015.

RONZANI, T. M. **SUPERA**: detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas [módulo 3]. 4. ed., Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

ROSENAU, J.N. Governança, ordem e transformação na política mundial [cap. 1]. In: ROSENAU, J.N.; CZEMPIEL, E-O (org.). **Governança sem governo**: ordem e transformação na política mundial. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000, p. 11-46.

SAAD, L. Medicina Legal: o discurso médico e a criminalização da maconha. **Revista de História**, v. 2, n. 2, 2010, p. 59-70. Disponível em:

http://www.revistahistoria.ufba.br/2010_2/a04.pdf. Acesso em: 23 fev. 2015.

SAMPAIO, A.; MESQUITA, A.R.; GONÇALVES, O.F. Desenvolvimento cognitivo, aprendizagem e uso de drogas [cap. 2]. In: MICHELI, D.de. et al. Neurociências do abuso de drogas na adolescência: o que sabemos?, São Paulo: Atheneu, 2014, p. 11-19.

SANCEVERINO, S.L.; ABREU, J.L.C. de. Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio no município de Palhoça 2003. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, dez. 2004, p. 1047-1056. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 jul 2015.

SANDALOWSKI, M.C. Sistema de justiça criminal e violência doméstica contra as crianças e os adolescentes: um estudo sociológico. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 107-116, Jun 2006. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802006000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 Abr. 2015.

SARDENBERG, R.M. O Brasil e as Nações Unidas. Brasília: FUNAG: 2013.

SILVA, A. C.; LÜDORF, S. M. A. GENNEP, A. V. Os ritos de passagem [resenha]. 2. ed., Petrópolis: Vozes, 2011. **Pensar a Prática, [S.l.]**, v. 15, n. 4, dez. 2012. ISSN 1980-6183.

Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fef/article/view/19501>. Acesso em: 05 Mai. 2015.

SILVEIRA, D.X. da; DOERING-SILVEIRA, E. Padrões de uso de drogas. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 6 ed., Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014, p. 89-103.

SUDBRACK, M.F.O. Drogas e complexidade: do caos à transformação. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas. 6. ed., Brasília: Ministério da Justiça, 2014.

TAKAGI, M.; YOUSSEF, G.; LORENZETTI, V. Principais achados em adolescentes dependentes de substâncias a partir de exames de neuroimagem: implicações no diagnóstico, tratamento e prevenção [cap.6]. In: MICHELI, D.de. et al. Neurociências do abuso de drogas na adolescência: o que sabemos?, São Paulo: Atheneu, 2014, p. 63-85.

TAVARES, B.F.; BERIA, J.U.; LIMA, M.S. de. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 787-796, Dez. 2004 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Mai. 2015.

TAVARES, G.P.; SCHEFFER, M.; ALMEIDA, R.M.M.de. Drogas, violência e aspectos emocionais em apenados. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, 2012, p. 89-95. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 Jul 2015.

TUDGE, J. A teoria de Urie Bronfenbrenner: uma teoria contextualista? In: MOREIRA, L.V. de C.; CARVALHO, A.M.A. (org.). Família e educação: olhares da psicologia. São Paulo: Paulinas, 2008, p. 209-231.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. Word Drug Report. New York: United Nations, 2013.

VEJA online. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/idade/exclusivo/drogas/contexto2.html>. Acesso em: 15 fev. 2015.

VITALLE, M.S.de S. Sistema neuro-hormonal da adolescência [cap. 1]. In: MICHELI, D.de. et al. Neurociências do abuso de drogas na adolescência: o que sabemos?, São Paulo: Atheneu, 2014, p. 3-10.

WASELFISZ, J. J. Mapa da Violência 2010. Anatomia dos Homicídios no Brasil. Instituto Sangari: São Paulo, 2010.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da Violência: Os jovens da América Latina.** Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana, RITLA/ Instituto Sangari/ Ministério da Justiça: Artecor, 2008.

WEINGARDT, K.R.; MARLATT, G.A. Redução de danos e políticas públicas [cap. 7]. In: MARLATT, G.A. e cols. Redução de danos: estratégias e práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed, 1999, p. 45-58.

WIKIPÉDIA. **LSD**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/LSD> . Acesso em: 17 mai 2015.

XAVIER, A.I. ONU: a Organização das Nações Unidas [cap. 1]. In: XAVIER, A.I. et al. A Organização das Nações Unidas. Portugal : HUMANA GLOBAL, 2007, p. 9-40.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/UFC- VIOLÊNCIA SOFRIDA E PERPETRADA POR ADOLESCENTES:
ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO COM ESCOLARES DA REDE PÚBLICA DE ENSINO EM FORTALEZA - CE.

Data ____/____/____

Formulário N° _____

Estado: Secretaria Estadual de Educação – SEDUC. Escola: _____

Município: Secretaria Municipal de Educação- SME. Escola: _____

Entrevistador(a): _____

Entrevistado(a) Nome Completo _____

EIXO I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

PARTE I – DADOS DO ADOLESCENTE

DADOS PESSOAIS

1	Data de nascimento ____/____/____
2	Idade em anos
3	Possui registro de nascimento? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
4	Sexo 1- Masculino() 2-Feminino()
5	Como você classifica a sua Raça/Cor? 1-Branca() 2-Negra() 3-Parda() 4-Amarela() 5-Indígena() 88-NSR() 99-NQR()
6	Qual o seu estado civil? 1-Solteiro() 2-Casado/união consensual() 3 -Viúvo() 4-Separado() 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
7	Qual a sua religião? 1-Católica() 2-Evangélica() 3-Adventista() 4-Candomblé() 5-Espírita() 6-Nenhuma() 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
8	Você é praticante? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()

EDUCAÇÃO

9	Qual a sua escolaridade? 1-Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) () 2-Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) () 3-Ensino Médio () 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
10	Já interrompeu os seus estudos alguma vez? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() (se não vá para 13)
11	Se sim, por quanto tempo?
12	Se sim, qual o principal motivo por que parou de estudar? (Não ler as alternativas) 1-Para Trabalhar () 3-Uso de drogas () 5-Expulso da escola() 7-Conflitos domésticos() 9- Licença maternidade() 2-Conflitos na escola () 4-Conflitos na comunidade () 6-Conclusão/EF() 8-Ficou Grávida() 10-Doença/tratamento médico() 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
13	Você já foi expulso da escola? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() (se não vá para 15)
14	Se sim, por quê? 1-Envolveu-se em agressões físicas () 3-Violência sexual () 5-Alcoolismo/drogas () 88-NSR () 99-NQR () 2-Envolveu-se em agressões verbais () 4-Roubou/furtou pertences () 77-Outros _____

MEDIDAS DE PROTEÇÃO

15	Participa de projetos/programas sociais para qualificação profissional (trabalho, emprego e renda)? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
16	Se sim, qual(is)? 88-NSR() 99-NQR()
17	O que você faz em seu tempo livre? (desconsiderar a participação em projetos/programas sociais) 1-Pratica esporte/atividade física() 5- Leitura de livros/revistas () 9- Fica na rua/calçadas/praças com amigos () 2-Assiste televisão() 6- Vai ao shopping () 10- Vai à casa de amigos () 3-Acessa a internet () 7- Vai ao cinema () 11- Vai à casa de familiares () 4-Joga videogame () 8- Vai à praia () 77- Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
18	As atividades que você realiza no seu tempo livre costumam estar relacionadas à cenas/cenários de violência? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()

OCUPAÇÃO E RENDA

19	Você trabalha ou faz alguma coisa para ganhar dinheiro? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() (se não vá para 22)
----	--

20	Se sim, o que faz? (Não ler as alternativas) 1-Flanelinha () 3- Empacotador () 5-Venda/droga () 7- Furto/assalto() 77-Outros: _____ 2- Panfletagem () 4-Entregador () 6- Acompanha os pais/familiares () 88-NSR() 99-NQR()
21	Ganha quanto? (em média mensal) 1-R\$ _____ 88-NSR() 99-NQR()
22	Somando todos os rendimentos das pessoas que moram na sua casa chega-se a qual valor mensal? 1-R\$ _____ 88-NSR() 99-NQR()
23	Que quantidade dos itens abaixo possui na sua casa? (considere eletroeletrônicos funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não esteja funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses). 1-Banheiro 0-1-2-3-4ou+ 5-Lava louça 0-1-2-3-4ou+ 9-DVD 0-1-2-3-4ou+ 88-NSR() 2-Empregados domésticos 0-1-2-3-4ou+ 6-Geladeira 0-1-2-3-4ou+ 10-Micro-ondas 0-1-2-3-4ou+ 99-NQR() 3-Automóveis 0-1-2-3-4ou+ 7-Freezer 0-1-2-3-4ou+ 11-Motocicleta 0-1-2-3-4ou+ 4-Microcomputador 0-1-2-3-4ou+ 8-Lava roupa 0-1-2-3-4ou+ 12-Secadora de roupa 0-1-2-3-4ou+
24	A água utilizada no seu domicílio é proveniente de onde? 1-Rede geral de distribuição () 2-Poço ou nascente () 3-Outro meio () 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
25	Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é: 1-Asfaltada/pavimentada () 2-Terra/cascalho () 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
SAÚDE	
26	Você tem algum problema de saúde? 1-Sim () 2-Não () 88-NSR() 99-NQR() (se não vá para 28)
27	Se sim, qual(is)? 1-Físico() 2-Visual() 3-Auditivo() 4-Alergias() 5-Respiratório() 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
28	Quando está doente aonde procura atendimento? 1-Posto de Saúde() 2-Hospital() 3-Farmácia() 4- Nenhum atendimento() 5-UPA () 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
29	Conhece algum serviço de saúde para adolescentes? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() (se não vá para 31)
30	Se sim, qual? 1- _____ 88-NSR() 99-NQR()
31	Se mulher, você está grávida? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() (se não vá para 33)
32	Quem é o pai da criança? 1-Seu pai() 2-Padrasto() 3-Irmão() 4-Namorado() 5-Esposo/companheiro () 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
33	Você já experimentou alguma droga? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() (se não vá para 44)
34	Se sim, qual(is)? (Inicialmente ouvir a resposta e em seguidaler as alternativas) 1- Cigarro () 4- Cola () 7-Cocaína () 10- lança-perfume () 77-Outros _____ 2- Álcool () 5- Chá/doidão () 8-Ecstasy () 11-Remédio controlado () 3- Maconha () 6- Crack () 9-Solventes () 88-NSR() 99-NQR()
35	Se sim, com que idade foi sua primeira experiência? _____ 88-NSR() 99-NQR()
36	Você usou drogas no último ano? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() (se não vá para 44)
37	Se sim, qual(is)? (Inicialmente ouvir a resposta e em seguidaler as alternativas) 1- Cigarro () 4- Cola () 7-Cocaína () 10- lança-perfume () 77-Outros _____ 2- Álcool () 5- Chá/doidão () 8-Ecstasy () 11-Remédio controlado () 3- Maconha () 6- Crack () 9-Solventes () 88-NSR() 99-NQR()
38	Você usou drogas no último mês? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() (se não vá para 41)
39	Se sim, qual(is)? (Inicialmente ouvir a resposta e em seguidaler as alternativas) 1- Cigarro () 4- Cola () 7-Cocaína () 10- lança-perfume () 77-Outros _____ 2- Álcool () 5- Chá/doidão () 8-Ecstasy () 11-Remédio controlado () 3- Maconha () 6- Crack () 9-Solventes () 88-NSR() 99-NQR()
40	Se sim, com que frequência você utilizou no último mês? 1- 1 a 2 vezes() 2- 3 a 9 vezes () 3- 10 a 20 vezes () 4- Mais de 20 vezes () 88-NSR() 99-NQR()
41	Onde costuma fazer uso de drogas? 1-Escola () 2-Casa de amigos () 3-Em casa () 4-Casa de familiares () 5-Rua/praças () 6-Festas () 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
42	Você costuma fazer uso de drogas acompanhado? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
43	Se sim, com quem costuma usar? 1-Pai 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 8-Avô 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 2-Padrasto 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 9-Avô 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 3-Mãe 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 10- Irmãos 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 4-Madrasta 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 11- Companheiro(a) 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 5-Pais adotivos 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 12- Filho(s) 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()

	6-Tios 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 7-Conhecidos 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()	13- Amigos 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 14-Sozinho 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
PARTE II – Relacionada à família e Moradia		
44	Com quem você mora? (admite mais de uma resposta) 1-Pai 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 2-Padrasto 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 3-Mãe 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 4-Madrasta 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 5-Pais adotivos 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 6-Tios 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 7-Conhecidos 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()	8-Avô 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 9-Avó 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 10- Irmãos 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 11- Companheiro(a) 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 12- Filho(s) 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 13- Amigos 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() 14-Sozinho 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
45	(Pesquisador) De acordo com a resposta acima: qual o tipo de composição familiar? 1-Monoparental () 2-Nuclear () 3-Ampliada () 4-Reconstituída () 88-NSR() 99-NQR()	
46	Quem é o chefe da sua família? 1-Pai () 2- Mãe () 3-Avó () 4- Avô () 5-Padra 1- Pai/Padrasto () 2-Mãe/madrasta () 3-Avó/avô () 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()	
47	Até onde o chefe de sua família estudou? 1-Analfabeto/Fundamental I Incompleto () 4-Médio Completo/Superior incompleto () 2-Fundamental I Completo/ Fundamental II Incompleto () 5-Superior completo () 3- Fundamental Completo/Médio incompleto () 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()	
48	Conhece seu pai? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()	
49	Tem o nome de seu pai em seu registro de nascimento? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()	
50	Seu pai é vivo? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() (se não vá para 53)	
51	Com que frequência o vê? 1-Diariamente () 2-Semanalmente() 3-Quinzenalmente() 4-Mensalmente() 5-Anualmente() 6- Mais de um ano sem vê-lo () 77- outros _____ 88-NSR() 99-NQR()	
52	Se não o vê, Por que motivo? 1-Abandonou a casa() 2- Está preso() 3-você saiu de casa () 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()	
53	Se falecimento, qual a causa? 1- _____ 88-NSR() 99-NQR()	
54	Seus pais são separados? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()	
55	Sua mãe é viva? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() (se não vá para 58)	
56	Com que frequência a vê? 1-Diariamente () 2-Semanalmente() 3-Quinzenalmente() 4-Mensalmente() 5-Anualmente() 6- Mais de um ano sem vê-la () 77- outros _____ 88-NSR() 99-NQR()	
57	Se não a vê, Por que motivo? 1-Abandonou a casa() 2- Está presa() 3-você saiu de casa() 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()	
58	Se falecimento, qual a causa? _____	
59	Você costuma presenciar cenas de violência na sua casa? 1-Sim() 2-Não() 88NSR() 99NQR()	
60	Alguém de sua família utiliza drogas? 1-Sim() 2-Não() 88NSR() 99NQR()	
61	Se sim, quem? 1-Pai() 2-Padrasto() 3-Mãe() 4-Madrasta() 5-Irmãos() 6-Tios() 7-Avó() 8-Avô() 9-Primos() 10-Pais adotivos() 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()	
62	Se usa drogas, qual(is) utiliza? (Inicialmente ouvir a resposta e em seguidar as alternativas) 1- Cigarro () 4- Cola () 7-Cocaína () 10- lança-perfume () 77-Outros _____ 2- Álcool () 5- Chá/doidão () 8-Ecstasy () 11-Remédio controlado () 3- Maconha () 6- Crack () 9-Solventes () 88-NSR() 99-NQR()	
63	Faz uso de drogas quando você está por perto? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()	
64	A casa que você mora é: 1-Alugada() 2- Própria() 3-Cedida() 4-Invasão() 88-NSR() 99-NQR()	
65	A construção da sua casa é de: 1-Alvenaria-tijolo() 2-Taipa-barro() 3- Madeira() 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()	
66	Quantas pessoas moram na casa? 88-NSR() 99-NQR()	
67	Qual onúmero de cômodos? 1() 2() 3() 4() 5() 6() Mais de 6() 88-NSR() 99-NQR()	
68	Qual a cidade em que você mora? 88-NSR() 99-NQR()	
69	Qual o bairro em que você mora? 88-NSR() 99-NQR()	
70	(Pesquisador) De acordo com a resposta acima, marque a Regional correspondente ao bairro. 1-Regional I () 3-Regional III () 5-Regional V () 2-Regional II () 4-Regional IV () 6-Regional VI () 88-NSR() 99-NQR()	
71	Nas proximidades da sua residência existem locais públicos para lazer, práticas de esporte e/ou expressões culturais? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() (se não vá para 73)	
72	Se sim, quais? _____	

	1-Praça () 2-Quadra esportiva () 3-Praia () 4- CUCA () 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
73	Na comunidade onde você mora, você conhece a existência de locais de uso ou de tráfico de drogas? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
EIXO II – VIOLÊNCIAS	
PARTE I – VIOLÊNCIA SOFRIDA	
NEGLIGÊNCIA/ABANDONO	
74	Com quem você ficava em casa quando criança? (Não ler as alternativas) 1-Pai() 2-Mãe() 3-Padrasto() 4-Madrasta() 5-Irmão(s)mais velho(s)() 6-Irmão(s)mais novos() 7-Avó() 8-Avô() 9-Tios() 10-Vizinho() 11-Sozinho() 12-Babá() 7-Avó() 8-Avô() 9-Tios() 10-77 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
75	Principalmente quem fazia a sua alimentação? 1-Pai() 2-Mãe() 3-Padrasto() 4-Madrasta() 5-Irmão(s)mais velho(s)() 6-Irmão(s)mais novos() 7-Avó() 8-Avô() 9-Tios() 10-Vizinho() 11-Sozinho() 12-Babá() 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
76	Tomava conta de irmãos menores? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
77	Podia sair para onde queria sem dar satisfação aos seus responsáveis? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
PSICOLÓGICA/MORAL (se não vá para 86)	
78	No último ano você sofreu algum tipo de violência psicológica (Calúnia, injúria, difamação, ameaça, humilhação, xingamentos, apelidos, exclusão)? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
79	Se sim, qual(is) o(s) tipo(s) de agressão você sofreu? 1-Humilhação () 3-Ameaça () 5-Injúria () 88-NSR() 99-NQR() 2-Rejeição/discriminação () 4-Calúnia () 6-difamação () 77-Outros _____
80	Quantas vezes no último ano esse tipo de violência ocorreu? 1- 1-3 vezes () 2- 4-7 vezes () 3- 8-11 vezes () 4- +12 vezes () 88-NSR() 99-NQR()
81	Com que intensidade isso lhe incomodou? 1-Pouco () 2-Médio () 3-Muito () 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
82	Aonde aconteceu esse tipo de violência? 1-Em sua residência () 2-Na rua() 3-Na Escola() 4- Internet () 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
83	Mais frequentemente por parte de quem você sofreu essa violência? 1-Pai/Padrasto() 3-Irmãos() 5-Amigos/colegas() 7-Professores/Diretor/coordenador () 2-Mãe/Madrasta() 4-Avó/Avô() 6-Namorado/companheiro(a) () 8-Desconhecido() 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
84	A pessoa que lhe agrediu estava sob o efeito de alguma droga? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
85	Você estava sob efeito de alguma droga? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
FÍSICA (se não vá para 93)	
86	No último ano você já recebeu: Soco, tapa, surra, empurrão, tiro, ferimentos, queimaduras (cigarro), chutes, agressão/objeto (madeira, cinto, fio, faca)? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
87	Se sim, qual(is) o(s) tipo(s) de agressão você sofreu? 1-Soco/tapa() 3-Chutes () 5-Ferimento com objeto () 7-Queimadura () 77-Outros _____ 2-Empurrão() 4-Espancamento/surra () 6-Agressão com objeto () 88-NSR() 99-NQR()
88	Quantas vezes no último ano esse tipo de violência ocorreu? 1- 1-3 vezes () 2- 4-7 vezes () 3- 8-11 vezes () 4- +12 vezes () 88-NSR() 99-NQR()
89	Aonde aconteceu esse tipo de violência? 1-Em sua residência () 2-Na rua() 3-Na Escola() 77-Outros _____ 8-NSR() 99-NQR()
90	Mais frequentemente por parte de quem você sofreu essa violência? 1-Pai/Padrasto() 3-Irmãos() 5-Amigos/colegas() 7-Professores/Diretor/coordenador () 2-Mãe/Madrasta() 4-Avó/Avô() 6-Namorado/companheiro(a) () 8-Desconhecido() 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
91	A pessoa que lhe agrediu estava sob o efeito de alguma droga? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
92	Você estava sob o efeito de alguma droga? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
93	Tendo sofrido violência psicológica ou física você contou para alguém? (se não vá para 96) 1-Sim() 2-Não() 88NSR() 99NQR()
94	Se sim, para quem? 1-Pai() 2-Mãe() 3-Outro familiar() 4-Algum amigo() 77-Outro _____ 88NSR() 99NQR()
95	Foi tomada alguma providência? 1-Sim() 2-Não() 88NSR() 99NQR()
96	Se não contou, por que não contou? 1-Medo() 2-Ameaça() 3-Vergonha() 4-Ninguém ia acreditar em mim()

	77-Outro _____	88NSR()	99NQR()
97	Sem você ter contado o que ocorria, alguém ficou sabendo e denunciou?	1-Sim()	2-Não() 88NSR() 99NQR()
98	SEXUAL/ABUSO SEXUAL Quando você tinha até 14 anos completos teve relação sexual com o seu consentimento? 1-Sim() 2-Não() 88NSR() 99NQR()		
99	Se sim, quem foi? 1-Namorado(a) () 2-“Ficante” () 77-Outros _____	88NSR()	99NQR()
100	Você sofreu algum tipo de violência sexual? Alguém mexeu em seu corpo contra a sua vontade? Foi forçado(a) a olhar fotos/imagens pornográficas? Foi forçado(a) a olhar ou tocar órgãos sexuais de adultos? Foi forçado(a) a contatos sexuais masturbatórios? Foi forçado(a) a fazer sexo? (se não vá para 112) 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()		
101	Se sim, qual(is) o(s) tipo(s) de agressão você sofreu? 1- Alguém mexeu em seu corpo contra a sua vontade () 4- Foi forçado(a) a contatos sexuais masturbatórios () 2- Foi forçado(a) a olhar fotos/imagens pornográficas () 5- Foi forçado(a) a alguma prática sexual () 3- Foi forçado(a) a olhar ou tocar órgãos sexuais de adultos () 77-Outro _____ 88NSR() 99NQR()		
102	Quantas vezes esse tipo de violência ocorreu? 1- 1-3 vezes () 2- 4-7 vezes () 3- 8-11 vezes () 4- +12 vezes () 88-NSR() 99-NQR()		
102 .A	Que idade você tinha a primeira vez que isso aconteceu? _____	88-NSR()	99-NQR()
103	Aonde aconteceu esse tipo de violência? 1-Em sua residência() 2-Na rua() 3-Na Escola() 4- Internet () 77-Outros _____ 8-NSR() 99-NQR()		
104	Mais frequentemente por parte de quem você sofreu essa violência? 1-Pai/Padrasto() 3-Irmãos() 5-Amigos/colegas() 7-Professores/Diretor/coordenador () 2-Mãe/Madrasta() 4-Avó/Avô() 6-Namorado/companheiro(a)() 8-Desconhecido() 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()		
105	A pessoa que lhe agrediu estava sob o efeito de alguma droga? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()		
106	Você estava sob efeito de alguma droga? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()		
107	Você contou para alguém? 1-Sim() 2-Não() 88NSR() 99NQR() (se não vá para 110)		
108	Se sim, para quem? 1-Pai() 2-Mãe() 3-Outro familiar() 4-Algum amigo() 77-Outros _____ 88NSR() 99NQR()		
109	Foi tomada alguma providência? 1-Sim() 2-Não() 88NSR() 99NQR()		
110	Se não contou, por que não contou? 1-Medo() 2-Ameaça() 3-Vergonha() 4-Ninguém ia acreditar em mim() 77-Outro _____ 88NSR() 99NQR()		
111	Sem você ter contado o que ocorria, alguém ficou sabendo e denunciou? 1-Sim() 2-Não() 88NSR() 99NQR()		
112	EXPLORAÇÃO SEXUAL COMERCIAL/TURISMO SEXUAL/TRABALHO INFANTIL No último ano, já fez sexo como um trabalho para ganhar dinheiro, presentes ou droga? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() (se não vá para 123)		
113	Se sim, com que frequência? 1- 1-3 vezes () 2- 4-7 vezes () 3- 8-11 vezes () 4- +12 vezes () 88-NSR() 99-NQR()		
114	Com quem você teve a relação sexual? 1-Pai/Padrasto() 3-Irmãos() 5-Amigos() 7- Turista brasileiro() 77-Outros _____ 2-Mãe/madrasta() 4-Primos() 6-Conhecido() 8-Turista estrangeiro() 88-NSR() 99-NQR()		
115	Você estava sob o efeito de alguma droga? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()		
116	A pessoa com quem você teve relação estava sob o efeito de droga? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()		
117	Aonde aconteceu a relação? 1-Em sua residência() 2-Na rua() 3-Na Escola() 4- Internet () 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()		
118	Você contou para alguém? 1-Sim() 2-Não() 99NQR() (se não vá para 121)		
119	Se sim, para quem? 1-Pai() 2-Mãe() 3-Algum familiar() 4-Algum amigo() 77-Outro _____ 88NSR() 99NQR()		
120	Se sim,foi tomada alguma providência? 1-Sim() 2-Não() 88NSR() 99NQR()		
121	Se não contou, por que não contou? 1-Medo() 2-Ameaça() 3-Vergonha() 4-Ninguém ia acreditar em mim() 77-Outro _____ 88NSR() 99NQR()		
122	Sem você ter contado o que ocorria, alguém ficou sabendo e denunciou? 1-Sim() 2-Não() 88NSR() 99NQR()		
PARTE II – VIOLÊNCIA PERPETRADA			
123	PSICOLÓGICA/MORAL (se não vá para 131)		

	No último ano você praticou algum tipo de violência psicológica? (Calúnia, injúria, difamação, ameaça, humilhação, xingamentos, apelidos, exclusão) 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
124	Se sim, qual(is) o(s) tipo(s) de agressão você praticou? 1-Humilhação () 3-Ameaça () 5-Injúria () 77-Outros _____ 2-Rejeição/discriminação () 4-Calúnia () 6-difamação () 88-NSR() 99-NQR()
125	Quantas vezes no último ano você praticou esse tipo de violência? 1- 1-3 vezes () 2- 4-7 vezes () 3- 8-11 vezes () 4- +12 vezes () 88-NSR () 99-NQR ()
126	Aonde aconteceu esse tipo de violência? 1-Em sua residência () 2-Na rua() 3-Na Escola() 4- Internet () 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
127	Contra quem você praticou essa violência? 1-Pai/Padrasto() 3-Irmãos() 5-Amigos/colegas() 7-Professores/Diretor/coordenador () 2-Mãe/Madrasta() 4-Avó/Avô() 6-Namorado/companheiro(a) () 8-Desconhecido() 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR ()
128	Você estava sob o efeito de alguma droga? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
129	Se sim, qual(is)? 1- Cigarro () 4- Cola () 7-Cocaína () 10- lança-perfume () 77-Outros _____ 2- Álcool () 5- Chá/doidão () 8-Ecstasy () 11-Remédio controlado () 3- Maconha () 6- Crack () 9-Solventes () 88-NSR () 99-NQR ()
130	A pessoa que você agrediu estava sob o efeito de alguma droga? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
131	FÍSICA No último ano você já deu soco, tapa, surra, empurrão, tiro, ferimentos, queimaduras(cigarro), chutes, agressão/objeto (madeira, cinto, fio, faca) 1-Sim () 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() (se não vá para 139)
132	Se sim, qual(is) o(s) tipo(s) de agressão você praticou? 1-Soco/tapa() 3-Chutes () 5-Ferimento com objeto () 7-Queimadura () 77-Outros _____ 2-Empurrão() 4-Espancamento/surra () 6-Agressão com objeto () 88-NSR() 99-NQR()
133	Quantas vezes no último ano você praticou esse tipo de violência? 1- 1-3 vezes () 2- 4-7 vezes () 3- 8-11 vezes () 4- +12 vezes () 88-NSR () 99-NQR ()
134	Aonde aconteceu esse tipo de violência? 1-Em sua residência() 2-Na rua() 3-Na Escola() 4- Internet () 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
135	Contra quem você praticou essa violência? 1-Pai/Padrasto() 3-Irmãos() 5-Amigos/colegas() 7-Professores/Diretor/coordenador () 2-Mãe/Madrasta() 4-Avó/Avô() 6-Namorado/companheiro(a) () 8-Desconhecido() 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR ()
136	Você estava sob o efeito de alguma droga? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
137	Se sim, qual(is)? 1- Cigarro () 4- Cola () 7-Cocaína () 10- lança-perfume () 77-Outros _____ 2- Álcool () 5- Chá/doidão () 8-Ecstasy () 11-Remédio controlado () 3- Maconha () 6- Crack () 9-Solventes () 88-NSR () 99-NQR ()
138	A pessoa que você agrediu estava sob o efeito de alguma droga? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
139	ABUSO SEXUAL No último ano você mexeu no corpo de alguém contra a vontade dele(a)?, Forçou alguém a olhar fotos/imagens pornográficas? Forçou alguém a olhar órgãos sexuais de adultos, Forçou alguém a contatos sexuais masturbatórios? Forçou alguém a fazer sexo? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() (se não vá para 147)
140	Se sim, qual(is) o(s) tipo(s) de agressão você praticou? 1- Mexeu no corpo de alguém contra a vontade da pessoa () 4- Forçou a contatos sexuais masturbatórios () 2-forçou a olhar fotos/imagens pornográficas () 5- Forçou alguma prática sexual () 3- forçou a olhar ou tocar órgãos sexuais () 77-Outros _____ 88NSR() 99NQR()
141	Quantas vezes no último ano você praticou esse tipo de violência? 1- 1-3 vezes () 2- 4-7 vezes () 3- 8-11 vezes () 4- +12 vezes () 88-NSR () 99-NQR ()
142	Aonde aconteceu esse tipo de violência? 1-Em sua residência () 2-Na rua() 3-Na Escola() 4- Internet () 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
143	Contra quem você praticou essa violência? 1-Pai/Padrasto() 3-Irmãos() 5-Amigos/colegas() 7-Professores/Diretor/coordenador ()

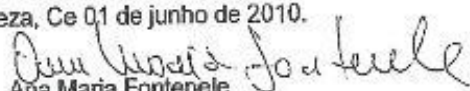
	2-Mãe/Madrasta() 4-Avó/Avô() 6-Namorado/companheiro(a) () 8-Desconhecido() 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()
144	Você estava sob o efeito de alguma droga? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
145	Se sim, qual(is)? 1- Cigarro () 4- Cola () 7-Cocaína () 10- lança-perfume () 77-Outros _____ 2- Álcool () 5- Chá/doidão () 8-Ecstasy () 11-Remédio controlado () 3- Maconha () 6- Crack () 9-Solventes () 88-NSR () 99-NQR ()
146	A pessoa que você agrediu estava sob o efeito de alguma droga? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
147	CONFLITOS COM A LEI Você teve algum conflito com a Lei? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR() Se sim, o que aconteceu? (Inicialmente ouvir a resposta e em seguida ler as alternativas) 1-Usou arma branca () 4-Formou quadrilha () 7-Roubou () 10-Tentou matar alguém () 2-Usou arma de fogo () 5- Fez arrombamento () 8-Furtou () 11-Matou () 3-Feriu alguém () 6- Tentou roubar () 9-Andou c/colega armado () 77-Outros _____ 88-NSR () 99-NQR ()
148	Você cumpriu ou está cumprindo medida sócio-educativa? 1-Sim() 2-Não() 88-NSR() 99-NQR()
149	Se sim, durante quanto tempo? 88-NSR() 99-NQR()
150	A medida sócio-educativa cumprida foi: 1-Advertência/ reparação de danos() 3- Prestação de Serviço à Comunidade() 5- Semi-Liberdade() 2-Liberdade Assistida() 4-Privação de Liberdade() 77-Outros _____ 88-NSR() 99-NQR()

APÊNDICE 2

Prefeitura de
Fortaleza**DECLARAÇÃO
ANUÊNCIA DO ESTUDO**

Declaro estar ciente e de acordo com a realização do estudo intitulado: **"Comportamento Epidemiológico da Violência em Fortaleza: Um Enfoque para Crianças e Adolescentes na Rua em Situação de Risco"**, projeto de Colaboração entre Universidade Federal do Ceará e o Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Terá como pesquisadora responsável a Professora Marinila Calderaro Munguba Macedo, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFC e que terá nas escolas municipais de Fortaleza o espaço de recrutamento dos sujeitos da pesquisa, espaço este que represento e sou responsável como Secretária Municipal de Educação.

Fortaleza, Ce 01 de junho de 2010.


Ana Maria Fontenele

Secretaria Municipal de Educação

APÊNDICE 3

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Secretaria da Educação

Superintendência das Escolas Estaduais de Fortaleza - SEFOR

**DECLARAÇÃO
ANUÊNCIA DO ESTUDO**

Declaro estar ciente e de acordo com a realização do estudo intitulado: **“Comportamento Epidemiológico da Violência em Fortaleza: Um enfoque para Crianças e Adolescentes na Rua em Situação de Risco”**, projeto de Colaboração entre Universidade Federal do Ceará e o Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Terá como pesquisadora responsável a Professora Marinila Calderaro Munguba Macedo, do Programa do Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFC e que terá nas escolas estaduais de Fortaleza o espaço de recrutamento dos sujeitos da pesquisa, espaço este que represento e sou responsável como Coordenadora da Superintendência das Escolas Estaduais de Fortaleza / SEFOR, com a devida prévia comunicação às escolas em pesquisa.

Fortaleza, Ce 17 de setembro de 2010

Lúcia Maria Gomes
Coordenadora da SEFOR

APÊNDICE 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Kátia Costa Savioli, mestranda em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre: Epidemiologia da violência na adolescência envolvendo escolares da rede pública de ensino em Fortaleza – CE.

Deste modo, estão convidados a participar desta pesquisa voluntariamente, todos os que tem de 10 a 19 anos de idade, do sexo masculino ou feminino, e encontram-se regularmente matriculados nas escolas municipais e estaduais de Fortaleza.

Se tiver 18 ou 19 anos, você mesmo assinará este documento. Aqueles que têm menos de 18 anos, o diretor da escola assinará o termo dando a permissão para o menor participar da pesquisa, a qual será realizada por meio de entrevistas individuais com roteiro em um formulário.

Você que tem 18 ou 19 anos ou você responsável pelo menor (Diretor da escola), antes de decidir se irá participar da entrevista, ou se o menor poderá participar, deverá ler, ouvir as explicações e tirar todas as suas dúvidas antes de assinar este documento, dando seu consentimento. Após assiná-lo você receberá uma cópia.

Os objetivos deste estudo são:

- Caracterizar a epidemiologia da violência entre os adolescentes das escolas públicas de Fortaleza-CE;
- Descrever o perfil sócio demográfico dos adolescentes de escolas públicas do município de Fortaleza-CE;
- Estimar a prevalência dos tipos de violência sofridos e perpetrados pelos adolescentes;
- Identificar os agressores mais comuns no ambiente doméstico e comunitário;
- Investigar associação de potenciais fatores de risco em relação à violência sofrida de maior prevalência no estudo.

A pesquisa não oferece nenhum risco para aqueles que dela venham participar. O benefício será, com o resultado do estudo, poder apoiar os Governos Municipal e Estadual dando informações que corroborem com o planejamento de ações para esta faixa etária estudada. Esclareço que será garantido aos sujeitos entrevistados:

1. Acesso a qualquer tempo as informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados a pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas;

2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo;
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade;
4. As informações coletadas nas entrevistas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa;
5. As informações ficarão em sigilo e o anonimato da participante será preservado;
6. Nenhum momento haverá prejuízo financeiro ou receberá algum dinheiro para participar da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará afirma que este estudo não quebra o direito das pessoas, uma vez que examinou, sugeriu e aprovou este projeto, com o parecer de número 141/10.

Se você tiver perguntas a respeito dos seus direitos como sujeito da pesquisa, você poderá entrar também em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (CEP-UFC), situado à Rua Coronel Nunes de Melo, 1127-Rodolfo Teófilo ou pelo telefone 3366-8338.

Em caso de necessidade falar com os pesquisadores: Kátia Savioli. Tel: 87727846 ou José Gomes. Tel: 3366-8045.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do Entrevistado/Responsável

Assinatura da pesquisadora
Kátia Costa Savioli

ANEXOS

ANEXO 1



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 131/10

Fortaleza, 25 de junho de 2010

Protocolo COMEPE nº 141/10

Pesquisador responsável: Marinila Calderaro Munguba Macêdo


Deptº./Serviço: Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do Estado do Ceará

Título do Projeto: "Comportamento epidemiológico da violência em Fortaleza: um enfoque para crianças e adolescentes em situação de risco"

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 24 de junho de 2010.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,


Dr. Jorginho A. F. de Sá
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa