

NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES

**USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES
EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL NO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA, 2018

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES

**USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES
EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL NO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília.

Área de concentração: Farmacologia, Toxicologia e Produtos naturais.

Orientadora: Profa. Dra. Eloisa Dutra Caldas

BRASÍLIA, 2018

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA
NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES

**USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES
EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE NO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Área de concentração: Farmacologia, Toxicologia e Produtos naturais.

BANCA EXAMINADORA

Prof. ELOISA DUTRA CALDAS

Departamento de Farmácia/ Universidade de Brasília – Presidente

Prof. MARIA FÁTIMA SUDBRACK.

Instituto de Psicologia/ Universidade de Brasília – Membro Efetivo

Prof. MARIA APARECIDA PENSO

Departamento de Psicologia/ Universidade Católica de Brasília – Membro Efetivo

Prof. EDGAR MERCHAN HAMANN

Departamento de Saúde Coletiva/Universidade de Brasília – Membro Suplente

BRASÍLIA, 2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha amada sobrinha, Thatiane, que há dois anos enche nossas vidas de luz e alegria. Nossos dias não seriam os mesmos sem você! E, a todos os jovens que me ajudaram a construir este trabalho. Obrigada por me confiar seus segredos!

AGRADECIMENTOS

Antes de qualquer declaração, agradeço a Deus por ter me dado oportunidades que eu nunca imaginei que iria ter. Nem sei se sou merecedora de tanto.

A minha família, em especial, aos meus pais que tanto lutaram para que eu chegasse até aqui. Eternamente grata!

A professora Eloísa Dutra Caldas pelos conhecimentos partilhados ao longo dessa caminhada. Muito, muito, mas muito agradecida!

A Dra Simone Assis que, em um gesto de muita nobreza, me orientou com firmeza nos momentos mais angustiantes do trabalho. Suas orientações foram muito valiosas.

A Secretaria Adjunta de Desenvolvimento Social da Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos do Governo do Distrito Federal que compreendeu a importância do estudo e permitiu a execução.

A todas as instituições participante que, na figura de seus representantes, gestores, educadores sociais, cuidadores, técnicos, assistentes sociais e em meio a tantas atividades diárias, separaram um tempinho para me ajudar na pesquisa. Muito grata pela forma que fui recebida em todas.

Aos meus amigos e colegas de profissão, policiais rodoviários federais, pelo convívio diário. Vocês são minha segunda família.

Ao meu amigo e colega de profissão, Rosemberg Alves, pelos muitos conselhos e, inclusive, incentivando a desenvolver este trabalho.

E, mais importante de todos, meus mais sinceros agradecimentos a todas as crianças e adolescentes que participaram da pesquisa. O resultado desse trabalho é para vocês!

Quando vejo uma criança,
ela inspira-me dois sentimentos:
ternura, pelo que é, e
respeito pelo que pode vir a ser.

(Louis Pasteur)

SUMÁRIO

RESUMO	1
ABSTRACT	2
INTRODUÇÃO	3
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	5
1. Crianças e Adolescentes em vulnerabilidade social: trilhando (des)caminhos	5
1.1 Vulnerabilidade social: O que é?	5
1.2 Vivência de rua: O que leva a ela?	5
1.3 Crianças e adolescentes: aonde estão seus direitos?	6
2. Principais drogas usadas pelos jovens em situação de vulnerabilidade social e motivos do uso	7
3. Substâncias psicoativas	12
3.1 Bebidas Alcoólicas: A Força da Bebida	12
3.2 Tabaco: O Trago que Acalma	14
3.3 Solventes: O Badagar das Ruas	16
3.4 Maconha: O Barato da Viagem	18
3.5 Cocaína – Crack: Do Pó à Pedra	20
3.6 Ecstasy: A Bala que Alucina	22
3.7 Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD): O Mundo Mágico do Papel	23
3.8 Medicamentos Psicotrópicos: Os Fáceis Comprimidos	25
3.9 Ópio e seus derivados: A Fuga para essa Dor	27
OBJETIVOS	29
1. Objetivo Geral	29
2. Objetivos Específicos	29
METODO	30
1. Tipo do estudo e abordagem	30
2. Período e cenário do estudo	30
3. Sujeitos da pesquisa	31
4. Aspectos éticos da pesquisa e aprovação do trabalho pelo comitê de ética	32
5. Questionário e variáveis da pesquisa	33
6. Execução operacional do projeto	34
7. Análise estatística	35

RESULTADOS	36
Eixo 1 – Análise quantitativa	37
Eixo 2 – Análise qualitativa	65
DISCUSSÃO	81
CONCLUSÕES	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	97
ANEXO 2 - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO GDF	99
ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	103
ANEXO 4 - TERMO DE ASSENTIMENTO PARA CRIANÇAS	105
ANEXO 5 - TERMO DE ASSENTIMENTO PARA ADOLESCENTES	106
ANEXO 6 - QUESTIONÁRIO	107

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição das substâncias psicoativas utilizadas pelos jovens entrevistados no Distrito Federal. Outras drogas incluem haxixe, merla e chás alucinógenos (NASCIMENTO, 2009).

Figura 2: Metabolismo do etanol (ALCOHOL ALERT, 2007).

Figura 3: Regiões do cérebro afetadas pelo álcool, mostrando o sistema dopaminérgico mesolímbico, que inclui a área tegmental ventral (VTA), o núcleo accumbens, e o córtex pré-frontal; a amígdala, o estriado e o hipocampo (CLAPP *et al.*, 2008).

Figura 4: *Cérebro de um indivíduo com histórico de abuso de tolueno (B), comparado com um não usuário (A), mostrando o tamanho reduzido do cérebro. Fonte: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/inhalants/what-are-other-medical-consequences-inhalant-abuse>*

Figura 5: Distribuição do tipo de solvente utilizado entre os usuários de solventes no Distrito Federal (NASCIMENTO, 2009)

Figura 6: Alguns canabinoides presentes na *Cannabis sativa*, ilustrada à direita

Figura 7: Estrutura química da cocaína, extraída da *Erythroxylum coca*

Figura 8: Formas químicas e uso da cocaína

Figura 9: Estruturas químicas do MDMA, serotonina e do LSD (dietilamida do ácido lisérgico).

Figura 10: Estrutura dos benzodiazepínicos clonazepam e diazepam.

Figura 11. Estrutura química dos opiáceos extraídos da papoula, morfina e codeína, dos opióides heroína e naltrexona (semisintéticos), tramadol e metadona (sintéticos)

Figura 12. Frequência das respostas (%) relacionadas a idade e o gênero dos participantes da pesquisa (N=84).

Figura 13: Frequência absoluta da distribuição do nível de defasagem escolar em anos da população estudada.

Figura 14: Frequência das respostas (%) relacionadas ao tempo de atraso nos estudos (em anos) ao gênero dos participantes da pesquisa (N=84).

Figura 15: Frequência absoluta da fonte de renda dos indivíduos do estudo. *Outras formas incluem recebimento por programas do governo, favores/ programas sexuais, troca e venda de objetos.

Figura 16: Frequência das respostas (%) sobre quanto tempo o jovem está frequentando as ruas (N=84).

Figura 17: Frequência das respostas (%) quanto ao acreditar que a rua favorece o uso de drogas (N=84). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Figura 18: Frequência das respostas (%) relacionadas ao tempo de vivência de rua dos participantes da pesquisa e a crença que o ambiente das ruas favorece o uso de psicoativos (N=84). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Figura 19: Representação esquemática quanto ao uso de substâncias psicoativas pelos 84 jovens entrevistados

Figura 20: Frequência das respostas relacionadas a já ter tido contato com alguma substância psicoativa e o tempo de atraso escolar (N = 84)

Figura 21: Frequência das respostas relacionadas a já ter tido contato com alguma substância psicoativa e o período de tempo (em dias) que o entrevistado fica/ ficava nas ruas (N = 84). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Figura 22: Frequência das respostas (%) sobre qual substância psicoativa teve primeiro contato na vida (N=69).

Figura 23: Frequência das respostas (%) sobre qual substância psicoativa os entrevistados já tiveram contato na vida (N=69). Mais de uma opção de resposta foi possível para esta pergunta.

Figura 24: Frequência das respostas (%) quanto a utilizar drogas antes de começar a frequentar as ruas (N=69). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Figura 25: Frequência das respostas relacionadas a substância escolhida para primeiro uso e o uso de drogas antes de frequentar as ruas (N = 69). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Figura 26: Frequência das respostas (%) sobre o motivo que o jovem permanece fazendo uso de drogas. (N=51). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder.

Figura 27: Frequência das respostas (%) sobre a quantidade de vezes que o entrevistado tentou parar o uso de substâncias psicoativas (N=51). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Figura 28: Frequência das respostas (%) quanto a se considerar dependente de drogas (N=51). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Figura 29: Frequência das respostas (%) sobre percepção acerca dos efeitos das drogas no organismo (N=84). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Figura 30: Frequência das respostas relacionadas a percepção dos efeitos das substâncias psicoativas a saúde e as tentativas dos entrevistados em parar o uso (N = 51). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Figura 31: Frequência das respostas (%) sobre a opinião dos familiares dos entrevistados quando perguntado o que estes acham sobre o uso de drogas (N=84). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Figura 32: Frequência das respostas (%) sobre a prevalência do uso de drogas entre pessoas do círculo de convívio do participante (N=84). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Figura 33: Frequência das respostas (%) sobre qual substância psicoativa as pessoas que convivem com ele usam (N=52).

Figura 34: Frequência das respostas relacionadas a faixa etária que se deu o primeiro contato com as substâncias psicoativas e a opinião dos familiares acerca do uso de drogas (N = 69). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1: Contexto familiar das 2.807 crianças e adolescentes em situação de rua entrevistados nas 27 capitais brasileiras (NOTO *et al.*, 2003).

Tabela 2. Uso de cada categoria de drogas psicotrópicas entre 2807 crianças e adolescentes em situação de rua entrevistados nas 27 capitais brasileiras (NOTO *et al.*, 2003).

Tabela 3. Uso de cada categoria de drogas psicotrópicas entre 88 crianças e adolescentes em situação de rua entrevistados em Brasília (NOTO *et al.*, 2003).

Tabela 4: Características sociais e demográficas dos jovens em estudo (N=84).

Tabela 5: Unidade familiar dos jovens em estudo antes de iniciar o contato com as ruas (N = 84).

Tabela 6: Causa/motivação que levaram o jovem a ter contato com o ambiente das ruas (N=84)*.

Tabela 7: Frequência das respostas referente a companhia que o jovem permanecia ou permanece nas ruas (N=84)*.

Tabela 8: Frequência das respostas sobre o período de tempo que o participante do estudo permanece nas ruas (N=84)

Tabela 9: Frequência das respostas referente a motivação para o primeiro contato com as drogas (N= 69)*.

Tabela 10: Distribuição por faixa etária do início do uso de bebidas alcóolicas, cigarro e demais substâncias psicoativas (N=69).

Tabela 11: Frequência das respostas (%) referente a como o jovem faz para conseguir as substâncias psicoativas (N=51)*.

Tabela 12: Frequência das respostas (%) referente a frequência do uso de substâncias psicoativas entre os jovens participantes do estudo (N=51).

Tabela 13: Frequência das respostas (%) referente aos fatos que já ocorreram com o jovem após o uso de substâncias psicoativas (N=69)*.

Tabela 14: Frequência das respostas (%) sobre a percepção do incentivo externo recebido para cessar o uso de drogas (N=51).

Quadro 1: Símbolos referentes às convenções de transcrição (PRETI, 1999; NASCIMENTO, 2009).

SIGLAS E ABREVIATURAS

AAS – Amostra Aleatória Simples
ADH – Álcool desidrogenase
ALDH – Aldeído desidrogenase
CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CENTRALAC – Central de Vagas de Acolhimento para Criança e Adolescente
CEP- FS – Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
DMT – Dimetiltryptamina
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
GDF – Governo do Distrito Federal
IARC – Agência Internacional de Pesquisa em Câncer
INCA – Instituto Nacional de Câncer
INPAD – Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas
LENAD – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
LSD – Dietilamida do Ácido Lisérgico
MDMA – Metilenodioximetanfetamina
nACh – receptor nicotínicos da acetilcolina
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PETab – Pesquisa especial de tabagismo
SEDESTMIDH – Secretaria Adjunta de Desenvolvimento Social da Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos do Governo do Distrito Federal
SNC – Sistema Nervoso Central
SPSS – Statistical Package for Social Sciences
SUBSAS – Subsecretaria de Assistência Social
TAA – Termo de Assentimento para Adolescentes
TAC – Termo de Assentimento para Crianças
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THC – Tetra-hidrocanabinol
UNAC – Unidade de Acolhimento para Crianças e Adolescentes

UNACAS – Unidade de Acolhimento para Crianças e Adolescentes em Situação de Rua

UnB – Universidade de Brasília

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

5-HT_{2A} – 5- hidroxitriptamina-2A

RESUMO

O consumo de drogas psicoativas, legais ou ilegais, tornou-se um sério problema de saúde pública devido à expansão rápida em todo o mundo nas últimas décadas. Especialmente, condições de vulnerabilidade social de crianças e adolescentes podem leva-los a abandonar as suas casas serem expostos a vários riscos, inclusive o uso de drogas. O objetivo deste estudo foi avaliar as características e fatores do uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social atendidas por instituições no Distrito Federal. Foram realizados estudo quantitativo e qualitativo, por meio da aplicação de questionários estruturados e entrevistas abertas no período de setembro de 2016 a outubro de 2017. No total, 84 jovens (8 a 17 anos) responderam ao questionário e 15 deles participaram da entrevista aberta. A maioria dos entrevistados (84,5%) era de adolescentes (12 anos ou mais) e meninos (64,3%). Em média, a defasagem escolar desta população foi 3,5 anos, 32,1% frequentavam as ruas há mais de 5 anos e 51,2% o faziam diariamente. A maioria relatou o uso de drogas pelo menos uma vez na vida (82,1%), dos quais 73,9 % no último ano. Para 40,6%, o primeiro contato com as drogas ocorreu no seio familiar, um terço iniciou o uso com bebidas alcoólicas e 29 % com maconha. Menos de 10% deles relataram o uso de solventes, ao contrário de estudo conduzido há dez anos na região que indicava seu uso por cerca de 70% dos jovens. Apesar de 73,6% dos entrevistados terem consciência de que o uso de drogas faz mal à saúde, a maioria não tentou ou não conseguiu parar de usá-las. Os resultados deste estudo mostraram que o gatilho para o uso de drogas não é determinado somente pela ida às ruas, mas principalmente pelos problemas gerados pelos vínculos familiares frágeis e instáveis, que ficam evidentes nos relatos de vida. A busca pelo ambiente das ruas, e o uso de drogas para a maioria, está relacionada à busca de proteção/pertencimento em algum grupo, e funciona como um mecanismo de escape da realidade vivida por esses jovens.

Palavras-chave: Vulnerabilidade social; Situação de rua; Criança; Adolescente; Uso de drogas.

ABSTRACT

The consumption of legal or illegal psychoactive drugs has increased substantially in the last decades, becoming a health public problem worldwide. Specially, children and adolescents living on the street under social vulnerability can be exposed to various risks, including the use of drugs. The objective of this study was to investigate the characteristics and factors that affect drug use among children and adolescents under social vulnerability situation supported by social institutions in the Federal District, Brazil. The study used both quantitative and qualitative approaches through the application of a structured questionnaire and open interviews, during the period from September 2016 to October 2017. In total, 84 individuals (8 to 17 years old) responded the questionnaire, from which 15 participated in the interviews. Most of the individuals (84,5%) were adolescents (12 years or older) and males (64.3%). In average, they were 3.5 years behind the school expected grade, 32% used to go to the street for the last 5 years, which was a daily practice for 51.2% of them. Most had used drugs at least once in their lives, from which 73.9% in the last year. For 40.6% of the users, the contact with drugs started at home, and it was mainly with alcohol (33.3%) and cannabis (29%). Cannabis was the drug most used by the youths (71.2%), followed by crack/cocaine (46.2%). Less than 10% reported the use of solvent/inhalants, indicating a change in the drug use profile for this population compared to a previous study conducted 10 years ago, when this drug was reported by about 70% of the youths. Although 73.6% of the youths understand the health consequence of drug use, most have never tried to stop or failed in their attempts to do so. The results of this study indicated that, although the street experience collaborate with the drug use behavior in this population, the determinant factor is mainly the fragility and the instability of the family bounds, which is evident when they talk about their life history. When searching for a street environment, and drug use for most, they seek protection and belonging, in a mechanism to escape from the harsh reality experienced by these youths.

Keywords: social vulnerability, street situation, children and adolescents, drug use

INTRODUÇÃO:

Eu só peço a Deus
Um pouco de malandragem
Pois sou criança
E não conheço a verdade
Eu sou poeta e não aprendi a amar
(Malandragem – Cássia Eller)

Ao longo dos últimos 30 anos, o consumo de drogas psicoativas, legais ou ilegais, tem aumentado de forma alarmante em todo o mundo, tornando-se um problema de saúde pública. A Organização das Nações Unidas indica que cerca de 5 % da população mundial adulta consumiram drogas em 2015, e cerca de 0,6 % da população sofre de problemas de saúde relacionado ao uso dessas substâncias (UNODC, 2017). Dados mundiais sobre o consumo por crianças e adolescentes não estão disponíveis.

A primeira experiência com drogas psicoativas ocorre principalmente na adolescência, porém esse comportamento tem ocorrido cada vez mais cedo, mesmo com o aumento das estratégias preventivas (BESSA *et al.*, 2011). O período da adolescência é marcado pelas mudanças e adaptações que o indivíduo vivencia na transição para a fase adulta. É um período crítico no que se refere ao desenvolvimento de competências pessoais e interpessoais, aquisição de habilidades e tomada de decisões (SCHENKER e MINAYO, 2004). Além disso, é na adolescência que o sujeito busca mais fortemente seu universo de experimentações (descoberta do novo) e identificações, geralmente com associações aos grupos de pares. A infância é uma fase de grande vulnerabilidade, quando a personalidade está em formação e a criança tem capacidade limitada de julgamento, usando os pais como modelo de referência para sua formação. Quando esses modelos são problemáticos, incluindo o uso de drogas, a criança poderá desenvolver o mesmo comportamento (FIGLIE *et al.*, 2004).

A vulnerabilidade social compreende condições que colocam grupos de indivíduos à margem da sociedade como, por exemplo, a situação de rua. Muitas circunstâncias podem levar as crianças e adolescentes a abandonar as suas casas, como problemas familiares e baixo nível socioeconômico. No Brasil, é comum adolescentes que passam o dia nas ruas e voltam a sua casa e família à noite (MOURA *et al.*, 2014). O cotidiano nas ruas geralmente é marcado pelos constantes ir e vir, pela participação em grupos, pela violência, pelo uso de drogas e pela busca diária pela sobrevivência. Neste ínterim, o que interessa é o tempo presente, sendo o passado e o futuro considerados distantes (GONTIJO e MEDEIROS, 2009). Nesta forma de existir e viver, a violência e

o uso de drogas apresentam-se como uma forma de interação que faz parte do dia-a-dia, sendo caracterizada como mais um dos aspectos da chamada "cultura de rua". Diversos estudos indicam um altíssimo índice de uso de drogas por grupos caracterizados como "meninos de rua" (GONTIJO e MEDEIROS, 2009; ABDELGALIL, 2004).

Estudo realizado com crianças e adolescentes em situação de rua no Distrito Federal em 2006/ 2007 indicou que as principais substâncias psicoativas utilizadas por esta população eram o álcool, cigarro e os solventes (NASCIMENTO, 2009). Nos últimos anos, porém, o uso de cocaína/crack tem aumentando em todo o país, sendo importante avaliar como esta droga tem se inserido nesta população vulnerável. O presente estudo tem como objetivo avaliar o perfil de uso de substância psicoativas por crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social no Distrito Federal, que se encontram abrigados em instituições públicas. Adicionalmente, o estudo procura avaliar as características e fatores que envolvem o uso dessas substâncias e quais os impactos sociais relacionados a esse comportamento. Os resultados deste estudo poderão servir de base para ações de intervenção focadas na prevenção e proteção desses jovens.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA:

“Eu moro com a minha mãe
Mas meu pai vem me visitar
Eu moro na rua, não tenho ninguém
Eu moro em qualquer lugar
Já morei em tanta casa
Que nem me lembro mais
Eu moro com os meus pais”
(Pais e Filhos – Legião Urbana)

1. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: trilhando (des)caminhos

1.1 Vulnerabilidade social: o que é?

Por vulnerabilidade social entende-se como o resultado negativo da relação entre a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas e culturais oriundas do Estado, do mercado e da sociedade (ABRAMOVAY *et al.*, 2002). Esse resultado se traduz em debilidades ou desvantagens para o desempenho e mobilidade social dos indivíduos e está relacionado com o maior ou menor grau de qualidade de vida das pessoas (MORAIS *et al.*, 2010).

As crianças e adolescentes que se encontram em situação de vulnerabilidade social vivem negativamente as consequências das desigualdades sociais, da pobreza e da exclusão social, da falta de vínculos afetivos na família, da falta de acesso à educação ou alto índice de reprovação e/ou evasão escolar, da inserção precoce no mundo do trabalho, da falta de perspectivas profissionais e projetos para o futuro. Como consequência, é comum o consumo de drogas, o uso de armas, e a inserção no tráfico (ABRAMOVAY *et al.*, 2002; POLETTTO e KOLLER, 2008; MORAIS *et al.*, 2010; 2012).

1.2 Vivência de rua: o que leva a ela?

A história dos jovens em situação de rua no Brasil data da época da colonização, em que o processo de urbanização agravou a situação de crianças pobres e das consideradas ilegítimas, que eram rejeitadas ou abandonadas nas ruas, tornando necessária a organização de instituições de amparo, com base nos preceitos de salvaguardá-las do risco de se tornarem perigosos e criminosos (PENNA *et al.*, 2017).

A situação de miséria e pobreza extremas a que estão submetidos milhares de famílias brasileiras tem suas raízes na desigualdade na distribuição de renda que caracteriza o nosso contexto (GONTIJO e MEDEIROS, 2009). Essas desigualdades influenciam diretamente na dinâmica familiar e, conseqüentemente, no aumento do

número de crianças e adolescentes em situação de risco social e pessoal (GONTIJO e MEDEIROS, 2009). Em consequência, alguns adolescentes entram precocemente para o mercado de trabalho sem o devido preparo, em condições de subemprego e exploração; outros são iniciados na prostituição e/ou no crime organizado (GONTIJO e MEDEIROS, 2009). Esta trajetória pode culminar na tomada das ruas como espaço de sobrevivência, levando a um processo de desfiliação (PENNA *et al.*, 2017).

Muito embora não exista uma definição única para a conceituação de indivíduos em situação de rua, o viver na rua implica uma condição em que há inexistência de moradia estável, utilização de áreas públicas e degradadas como espaço de moradia e sustento, existência de vínculos familiares rompidos e vida em situação de pobreza extrema. Nesse contexto, a literatura demonstra uma importante interface entre o uso de substâncias e essa população em especial (NOTO *et al.*, 2003; HALPERN *et al.*, 2017).

1.3 Crianças e adolescentes: aonde estão seus direitos?

No Brasil, um dos marcos nas políticas públicas para a juventude se dá em meados dos anos 90 com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. O ECA prevê garantia de condições básicas para o desenvolvimento durante a infância (entre zero e doze anos incompletos) e a adolescência (entre doze e dezoito anos incompletos), que são assistidos de direitos inerentes à sua condição de pessoa em desenvolvimento (GAMA *et al.*, 2017). O artigo 3º do Estatuto diz textualmente que:

“A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”.

Com o ECA e demais legislações, constata-se a construção de novos parâmetros para o acolhimento institucional de crianças e adolescentes retirados da convivência familiar, contribuindo para a garantia integral dos direitos dessas crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade. As mudanças oficiais exigidas hoje aos serviços de acolhimento institucional incluem adaptações tanto no que concerne à organização, quanto à estrutura física, buscando uma melhor qualidade no atendimento. Dessa forma, a instituição deve estar de acordo com as diretrizes de acolhimento, assumindo um caráter

residencial, com atendimento personalizado, em pequenas unidades e grupos reduzidos. A instituição deve propiciar um contexto de desenvolvimento saudável, o provimento material e um ambiente seguro e afetivo (ACIOLI *et al.*, 2018).

Vale destacar outra relevante garantia trazida pelo ECA em seu inciso VI do artigo 101, o qual refere que:

“Art. 101. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:

VI - inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;”

A garantia de prioridade absoluta à criança e ao adolescente já começa quando da elaboração das políticas sociais básicas, incluindo programas de orientação e tratamento psicológico e psiquiátrico, prevenção e tratamento para drogadição (DIGIÁCOMO e DIGIÁCOMO, 2010).

2. Uso de substâncias psicoativas por jovens em situação de vulnerabilidade social

O consumo de substâncias psicoativas acompanha a história da humanidade, e desde a pré-história são utilizadas para fins terapêuticos, recreativos ou ritualísticos. Isso leva diversos autores a concluir que o ser humano jamais viveu apenas a dimensão real do cotidiano, pois todas as culturas desenvolveram formas de transcendência regulamentadas socialmente nas quais o uso de drogas tinha um lugar definido, não representando risco para os indivíduos e sendo até mesmo divinizadas (RAUP *et al.*, 2011).

As substâncias psicoativas podem ser classificadas em três grupos principais de acordo com os efeitos que produzem no sistema nervoso: estimulantes da atividade cerebral (como a cocaína/crack, cafeína, nicotina, anfetaminas, ecstasy), sedativas, que funcionam como inibidores da atividade cerebral (como o álcool, calmantes, solventes, narcóticos, canabis) e perturbadoras, que produzem distorção no humor e na percepção (canabis, LSD, alguns tipos de cogumelo, ayahuasca) (NOTO *et al.*, 2003; LEITE, 2015).

Diversos são os motivos para o início do uso de drogas, e nem sempre quem as usa ou experimenta desenvolve algum problema relacionado à dependência (VASTERS e PILLON, 2011). Pode-se conceituar a etiologia do abuso de drogas empregando o modelo de saúde pública frequentemente citado ao estudar doenças infecciosas, ou seja, uma interação entre o hospedeiro (o potencial usuário), o agente (a substância psicoativa,

neste caso) e o meio ambiente (a vida familiar, o grupo e as atitudes sociais, culturais e religiosas em relação ao uso dessa substância) (BRUNTON *et al.*, 2012). A dependência química é compreendida como uma síndrome multifatorial, que inclui aspectos genético e neurobiológico, estrutura psicológica, comorbidade psiquiátrica, oferta e disponibilidade da droga, histórico familiar, tipo de substância, stress e eventos traumáticos (GIGLIOTTI e GUIMARÃES, 2010). Um ambiente instável não tem os recursos necessários para prover apoio social, dificultando a capacidade dos membros da família para formar relacionamentos saudáveis, podendo levar a problemas mentais e físicos (MARCHI *et al.*, 2017).

O uso de substâncias psicoativas na infância e na adolescência está associado tanto a condições de vulnerabilidade social (situação de rua, vivências de abuso e maus tratos), quanto ao abuso e à dependência de substâncias na vida adulta. A escola e a família entram em foco quando se fala de consumo dessas substâncias por adolescentes, pois os primeiros contatos com as drogas costumam ocorrer em ambientes conhecidos e com pessoas dos círculos de relacionamento (HORTA *et al.*, 2014). Os aspectos relacionados à estrutura e à dinâmica da vida familiar servem tanto como fatores protetores e de risco para iniciação e desenvolvimento de uso de substâncias psicoativas (MARCHI *et al.*, 2017).

Resultados de três levantamentos sobre o uso de drogas por crianças em situação de rua atendidos por instituições governamentais e não governamentais conduzidos no Brasil em 1987, 1989 e 1993 em cinco capitais brasileiras (Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo) mostraram que 57 a 90% das crianças experimentaram outras drogas que não o álcool ou o tabaco (FORSTER *et al.*, 1996). O uso aumentou com a idade, mas não houve diferença no perfil de uso com o sexo. No levantamento realizado em 1993, 565 crianças foram entrevistados, e 74.3% reportaram o uso pelo menos uma vez na vida. Solvente e maconha foram as drogas mais citadas, e o consumo de cocaína/crack foi restrito à região sudeste, enquanto que drogas de prescrição foram mais relatados no nordeste do país (NOTO *et al.*, 2003). Segundo os autores, o início do consumo de drogas nesta população parece ser consequência da situação de rua e faz parte do estilo de vida deste grupo.

Um levantamento realizado em 2003, coordenado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), incluiu 2.087 crianças e adolescentes de 10 a 18 anos em situação de rua que estavam recebendo assistência de 93 instituições nas 27 capitais brasileiras (NOTO *et al.*, 2003). Na maioria das vezes, a

família era composta apenas pela mãe e os irmãos (alguns casos com irmãos também em situação de rua), sendo a figura paterna menos frequente (Tabela 1). O estudo mostrou uma associação entre o consumo de álcool, o uso de drogas ilícitas e o sexo sem preservativos.

Tabela 1: Contexto familiar das 2.807 crianças e adolescentes em situação de rua entrevistados nas 27 capitais brasileiras (NOTO *et al.*, 2003).

		Mora com família		Não mora com família	
		N = 1.932		N = 875	
		N	%	N	%
Com quem mora/morava	Mãe	1596	82,7	601	68,4
	Pai	879	45,6	319	36,3
	Irmãos	1689	87,6	677	77,0
	Padrasto	308	16,0	205	23,3
	Madrasta	52	2,7	59	6,7
	Avó/avô/tios	486	25,2	227	31,5
	Pais adotivos	14	0,7	23	2,6
	Outros	356	18,5	129	14,7
Total de pessoas com quem mora/morava	1-4 pessoas	476	24,7	265	30,1
	5 ou mais pessoas	1446	75,0	605	68,8
	Em branco	10	0,5	5	0,6
Tem irmãos que ficam na rua	Não	1198	62,1	643	73,2
	Sim	706	36,6	203	23,1
	Não sabe	22	1,1	33	3,8
Quantas vezes tentou voltar a viver com a família	Nenhuma			304	34,6
	1 a 2 vezes			205	23,3
	3 a 4 vezes			124	14,1
	5 ou mais vezes			234	26,6

Na: Não se aplica.

As Tabelas 2 e 3 mostram a frequência de uso de drogas por esta população no país e no Distrito Federal. O consumo de tabaco e álcool no Distrito Federal apresentou prevalência de uso *no ano* (81,8 e 84,1%) superior ao da amostra nacional (52,5 e 62,4%). O uso de solventes/inalantes foi mencionado por 72,7% dos entrevistados no Distrito Federal e o percentual de usuários de crack foi similar no âmbito nacional e no Distrito Federal (~9%) (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2. Uso de cada categoria de drogas psicotrópicas entre 2807 crianças e adolescentes em situação de rua entrevistados nas 27 capitais brasileiras (NOTO *et al.*, 2003).

	Uso no ano*		Uso no mês**	
	N	%	N	%
Tabaco	1473	52,5	1248	44,5
Álcool	1752	62,4	1208	43,0
Cerveja	1511	53,8	1021	36,4
Vinho	1107	39,4	553	19,7
Pinga	660	23,5	410	14,6
Outra bebida	518	18,5	255	9,1
Solventes	1032	36,8	806	28,7
Cola	727	25,9	536	19,1
Esmalte	73	2,6	34	1,2
Loló	423	15,1	290	10,3
Lança-perfume	129	4,6	58	2,1
Thinner	472	16,8	332	11,8
Benzina	64	2,3	23	0,8
Outros solventes	19	0,7	6	0,2
Maconha	900	32,1	714	25,4
Cocaína e derivados	519	18,5	353	12,6
Cocaína cheirada	268	9,5	147	5,2
Cocaína injetada	26	0,9	8	0,3
Merla	125	4,5	71	2,5
Crack	242	8,6	153	5,5
Outra droga derivada da coca	107	3,8	85	3,0
Medicamentos	207	7,4	141	5,0
Rohypnol®	167	5,9	108	3,8
Artane®	60	2,1	44	1,6
Benflogin®	53	1,9	30	1,1
Chá	79	2,8	37	1,3
Outras	90	3,2	40	1,4

*uso no ano: ao menos uma vez no ano que antecedeu a pesquisa

**uso no mês: ao menos uma vez no mês que antecedeu a pesquisa

Tabela 3. Uso de cada categoria de drogas psicotrópicas entre 88 crianças e adolescentes em situação de rua entrevistados em Brasília (NOTO *et al.*, 2003).

	Uso no ano*		Uso no mês**	
	N	%	N	%
Tabaco	72	81,8	65	73,9
Álcool	74	84,1	58	65,9
Cerveja	65	73,9	46	52,3
Vinho	55	62,5	34	38,6
Pinga	41	46,6	24	27,3
Outra bebida	11	12,5	2	2,3
Solventes	64	72,7	52	59,1
Cola	27	30,7	17	19,3
Esmalte	3	3,4	0	0
Loló	9	10,2	3	3,4
Lança-perfume	2	2,3	0	0
Thinner	59	67,0	49	55,7
Benzina	10	11,4	3	3,4
Outros solventes	6	6,8	1	1,1
Maconha	62	70,5	46	52,3
Cocaína e derivados	35	39,8	21	23,9
Cocaína cheirada	15	17,0	7	8,0
Cocaína injetada	2	2,3	1	1,1
Merla	27	30,7	17	19,3
Crack	8	9,1	2	2,3
Outra droga derivada da coca	0	0	0	0
Medicamentos	21	23,9	12	13,6
Rohypnol®	21	23,9	12	13,6
Artane®	1	1,1	0	0
Benflogin®	0	0	0	0
Chá	10	11,4	5	5,7
Outras	4	5,0	1	1,1

*uso no ano: ao menos uma vez no ano que antecedeu a pesquisa

**uso no mês: ao menos uma vez no mês que antecedeu a pesquisa

Nascimento (2009) realizou um estudo com crianças e adolescentes em situação de rua no Distrito Federal. No total, 132 jovens foram entrevistados no período de agosto de 2006 a novembro de 2007. Álcool e tabaco também foram as substâncias mais referidas pelos entrevistados (~70%), seguido de solventes (Figura 1).

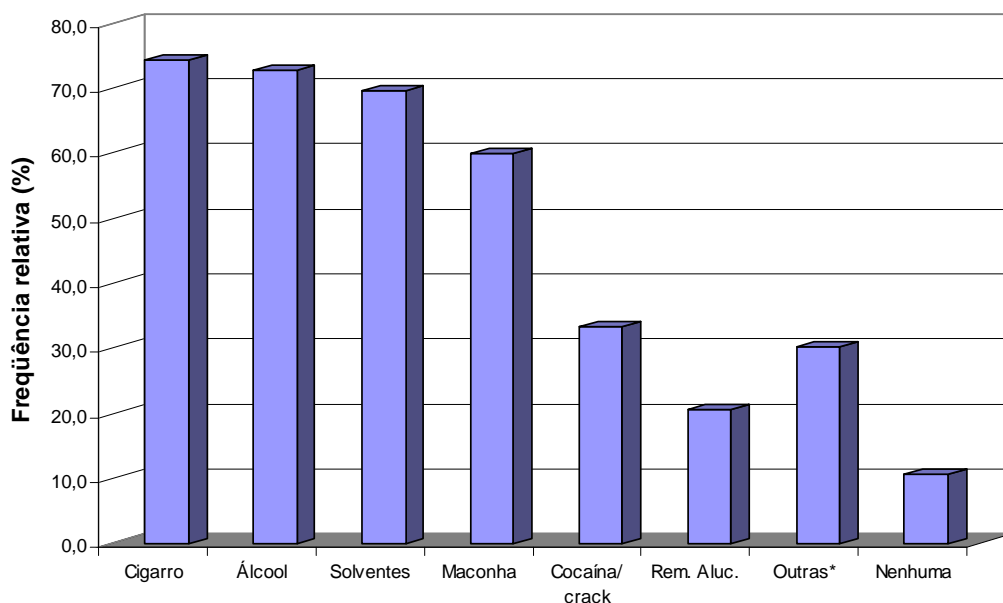


Figura 1: Distribuição das substâncias psicoativas utilizadas pelos jovens entrevistados no Distrito Federal. Outras drogas incluem haxixe, merla e chás alucinógenos (NASCIMENTO, 2009).

3. Substâncias psicoativas:

3.1 Bebidas Alcoólicas: A Força da Bebida

“Eu bebo sim!
 Eu tô vivendo
 Tem gente que não bebe
 E tá morrendo
 Tem gente que já tá com o pé na cova
 Não bebeu e isso prova
 Que a bebida não faz mal
 Uma pro santo, desce o choro, a saidera...”
 (Eu Bebo Sim – Elizeth Cardoso)

O álcool é uma substância de uso comum e geral consumida por quase metade da população. Apesar de lícita, é uma droga que causa dependência e que provoca muitos prejuízos na sociedade (GOSTA, 2017). Tem sido observado um aumento constante no consumo de álcool entre crianças e adolescentes (WHO, 2004), para quem os efeitos do álcool são mais devastadores do que numa pessoa adulta, inclusive com o aumento das chances de que este indivíduo venha a se tornar um dependente no futuro (GOSTA, 2017).

O consumo de álcool pode causar uma variedade de efeitos imediatos e tardios (PAWLOWSKA-KAMIENIAK *et al.*, 2018). O álcool pode causar danos em órgãos e tecidos, principalmente hepático, causar intoxicação, levando ao comprometimento da

coordenação física, consciência, cognição, percepção e comportamento, e a dependência, em que o autocontrole do usuário sobre seu comportamento de beber é prejudicado (WHO, 2004; WHO, 2007). A intoxicação alcoólica pode ser fatal e afeta o sistema respiratório, cardiovascular e causa distúrbios metabólicos, e a redução da função motora leva a lesões com risco de morte (PAWLOWSKA-KAMIENIAK *et al.*, 2018). O consumo de álcool é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de vários tipos de câncer, como de ovário, próstata e fígado, sendo o álcool considerado como carcinogênico ao homem, classificado no Grupo 1A pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer da Organização Mundial da Saúde (IARC) (SCHEIDELER e KLEIN, 2018).

O metabolismo do álcool é controlado por fatores genéticos, como variações nas enzimas que o metabolizam, a quantidade consumida e o estado nutricional do indivíduo. A maior parte do etanol no organismo é decomposta no fígado pela álcool desidrogenase (ADH), que transforma o etanol em acetaldeído, um composto tóxico carcinógeno, que é rapidamente metabolizado a acetato, que se degrada a dióxido de carbono e água, principalmente em tecidos que não o fígado (ALCOHOL ALERT, 2007).

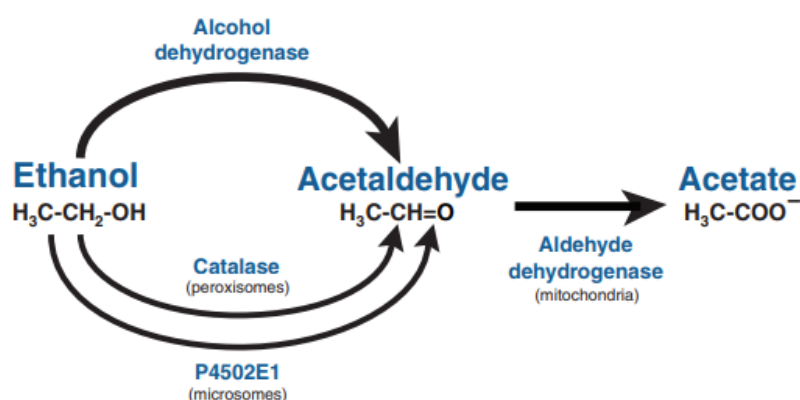


Figura 2: Metabolismo do etanol (ALCOHOL ALERT, 2007).

O álcool é um depressor do sistema nervoso central (SNC) que regula a expressão de receptores de vários neurotransmissores, principalmente o ácido gama-aminobutírico (GABA), o principal neurotransmissor inibitório do SNC, o glutamato, a dopamina, a serotonina e os opioides (CLAPP *et al.*, 2008; COSTARDI *et al.*, 2015). A Figura 3 mostra as principais regiões do cérebro afetadas pelo consumo do álcool.

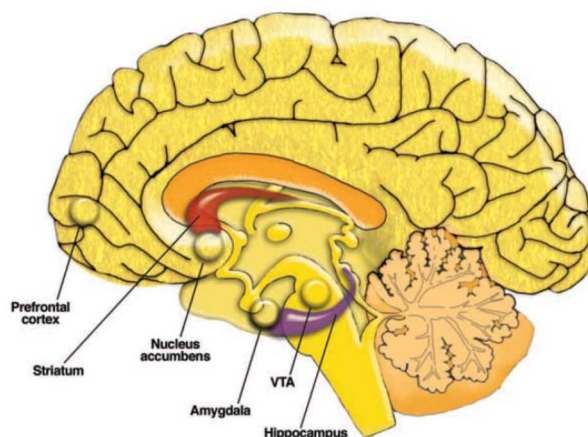


Figura 3: Regiões do cérebro afetadas pelo álcool, mostrando o sistema dopaminérgico mesolímbico, que inclui a área tegmental ventral (VTA), o núcleo accumbens, e o córtex pré-frontal; a amígdala, o estriado e o hipocampo (CLAPP *et al.*, 2008).

Estudos de imagem mostram que adolescentes e jovens adultos que, de maneira esporádica ou frequente, têm alto consumo de álcool, apresentam menor volume e espessura do córtex pré-frontal e regiões do cerebelo, e comprometimento do desenvolvimento da matéria branca do cérebro (CSERVENKA *et al.*, 2017). Anormalidades na atividade cerebral são também observadas em adolescentes com histórico familiar de alcoolismo, que pode significar um risco para o desenvolvimento de desordens relacionadas ao uso de álcool (JACOBUS e TAPERT, 2013).

Segundo Galduroz *et al* (2004), o percentual de estudantes entre 10 e 18 anos de 10 capitais brasileiras (inclusive Brasília) que já consumiram álcool permaneceu estável no período de 1987 e 1997, cerca de 80%. Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE) realizada em 2009, mostraram um percentual similar (71.4%), sendo que 27,3% deles fazem uso regular de bebidas alcólicas, prevalência que não diferiu entre alunos de escola privada e pública (MALTA *et al.*, 2010).

3.2 Tabaco: O Trago que acalma

“Hey joe
O que o teu filho vai pensar
Quando a fumaça baixar
Fumaça de fumo
Fogo de revólver
E é assim que eu faço, eu faço a minha história”
(Hey Joe – O Rappa)

Estima-se que uso do tabaco é a causa de uma em cada 10 mortes ocorridas no mundo a cada ano, porém seu uso tem caído nas últimas décadas, resultado das campanhas governamentais de informação quanto aos efeitos adversos do tabaco e medidas de restrição ao seu uso (WHO, 2017). A OMS estimou uma diminuição da prevalência de uso de 2,8% nos últimos 8 anos na população acima de 15 anos de idade, caindo de 23.5% em 2007 para 20.7% em 2015, uma queda que foi mais importante nos países desenvolvidos (WHO, 2017). Porém, não houve uma mudança significativa na prevalência de fumantes na população de jovens entre 13 e 15 anos. Estima-se que, em 2030, a prevalência de uso do tabaco caia para 17% globalmente (WHO, 2017).

Como o tabaco é a segunda droga mais consumida entre os jovens de todo o mundo, o tabagismo é considerado hoje como uma doença pediátrica, já que a maioria dos jovens começa a fumar ainda na adolescência (INCA e OPAS, 2011). O uso de tabaco por jovens está associado a um significativo aumento de problemas de saúde durante a infância e a adolescência, bem como é um importante fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (MALTA *et al.*, 2010).

As pesquisas realizadas no Brasil por diferentes instituições de referência no assunto na última década indicam que o uso de tabaco ocupa o segundo lugar no ranking de drogas mais experimentadas no país (INCA e OPAS, 2011). A idade média de experimentação de tabaco entre os jovens brasileiros é de 16 anos de idade, tanto para meninos quanto para meninas. Nacionalmente, a frequência de fumantes jovens do sexo masculino tende a ser maior do que do sexo feminino (INCA e OPAS, 2011).

O Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD) da UNIFESP realizou em 2012 o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas com indivíduos com 14 anos ou mais de todo território brasileiro. Quando comparados os levantamentos realizados em 2006, a prevalência de fumantes entre os adolescentes com idade entre 14 e 17 anos reduziu, passando de 6,2% para 3,4%, sendo maior entre os meninos (5,2%) do que entre as meninas (1,6%). A distribuição do tabagismo entre os jovens variou de 2,5% no Sudeste a 11,9% no Centro Oeste (LARANJEIRA *et al.*, 2012). O estudo PeNSE realizado em 2009 (MALTA *et al.*, 2010) mostrou que 6,3 % dos alunos do ensino fundamental e médio eram fumantes, com prevalência similar entre meninos e meninas, mas um maior percentual encontrado nas escolas privadas.

O uso de tabaco na forma fumada é a mais comumente usada globalmente, e a pirólise da matéria orgânica desta planta, e as substâncias adicionadas no preparo do

cigarro comercial, pode gerar mais de 4000 produtos químicos, dos quais 50 são conhecidos como carcinogênicos (WHO, 2010). De todas essas substâncias, apenas a nicotina está envolvida no processo de dependência química. Quando tragada, a nicotina é absorvida pelos pulmões e, atuando no sistema nervoso central (SNC), proporciona uma pequena elevação no humor (estimulação) e diminuição do apetite. Embora a nicotina seja um estimulante leve, é comum que alguns fumantes relatem sensação de relaxamento, pois ela proporciona também relaxamento muscular (NOTO *et al.*, 2003). A nicotina se liga preferencialmente aos receptores nicotínicos da acetilcolina no SNC (nACh), primeiramente na área tegumentar central (VTA), levando a liberação de dopamina no núcleo accumbens (Figura 3), o que leva à sensação de recompensa, característica da dependência (D'SOUZA e MARKOU, 2011).

3.3 Solventes: O Badagar das ruas

“Cheiro bom que vem lá da Argentina
Que eu comprei lá no Paraguai
Que eu botei no seu lencinho menina
Te roubei um beijo e você querendo mais
Água de beber, água de tomar
Água de comer e água pra se envenenar
Lança, Lança, lança, lança seu olhar em mim
Lança, lança se balance cuidado pra não cair”
(Lança, Lança – Jammil e Uma Noites)

Os inalantes, ou solventes, são uma das classes de drogas mais populares em todo o mundo, mas também uma das menos conhecidas, principalmente pela variedade de substâncias que a compõe. Inalantes utilizados de modo abusivo contêm substâncias voláteis, como gases, líquidos e aerossóis, que induzem efeitos psicoativos e de alteração de consciência (BALSTER *et al.*, 2009).

O início do efeito das substâncias utilizadas como inalantes é rápido, o que permite fácil deposição nos neurônios, causando sintomas semelhantes aos provocados pelo álcool, como euforia e embriaguez. Malloul *et al.* (2018) mostraram que o hipocampo de ratos expostos ao tiner por inalação, solvente orgânico utilizado como removedor, tiveram mudanças moleculares e estruturais significantes, levando a uma diminuição da neuroplasticidade, o que explica as alterações comportamentais observadas em indivíduos expostos. As substâncias presentes nos inalantes possuem toxicidade aguda e crônica em diversos órgãos e sistemas, geram dependência e crise de abstinência, e podem levar ao óbito (SOUZA *et al.*, 2016; DUNCAN e LAWERENCE, 2013). O efeito tóxico mais

importante dos inalantes após exposição crônica é o dano ao cérebro e outras partes do sistema nervoso, como ilustrado na Figura 4.

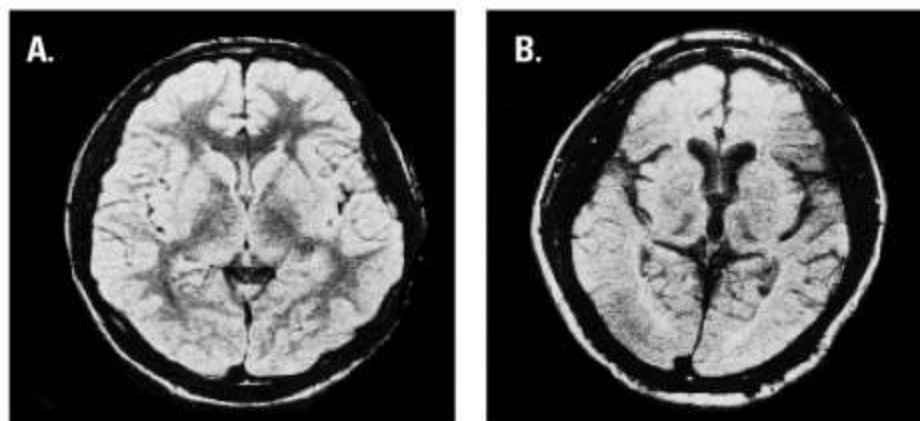


Figura 4: Cérebro de um indivíduo com histórico de abuso de tolueno (B), comparado com um não usuário (A), mostrando o tamanho reduzido do cérebro. Fonte: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/inhalants/what-are-other-medical-consequences-inhalant-abuse>

O uso de inalantes está associado à população jovem, principalmente por ser barato, acessível e seu efeito chegar rápido (DUNCAN e LAWRENCE, 2013; GIGENGACK, 2013). Este uso precoce está associado ao desenvolvimento de vários transtornos psiquiátricos, incluindo ansiedade, transtornos de humor e personalidade, bem como ao aumento do risco de delinquência e outros comportamentos problemáticos (STANLEY e SWAIM, 2015). Em um estudo realizado por Gigengack (2014) na cidade do México, os jovens de rua relataram o uso destes produtos como um meio transformar a dor em prazer e diminuir a fome.

No estudo de Nascimento (2009), os solventes mais utilizados pelos jovens em situação de rua foram o tiner (94,6%) e a cola de sapateiro (65,2%) (Figura 5). O tiner é um solvente removedor de tinta facilmente obtido no comércio a baixo preço, composto principalmente por tolueno e acetato de etila. A maioria relatou obter o solvente diretamente no comércio (27,2%), ou por meio do grupo de rua, compartilhamento (21,8%) ou comprando (21,7%). Segundo a autora, jovens usuários de solventes no Distrito Federal possuem baixa estima e constroem sua identidade a partir do papel de marginal no âmbito do próprio grupo. Costumam andar isolados ou em grupos de iguais; e não são bem aceitos pelos demais em situação de rua que não utilizam solventes

(NASCIMENTO, 2009).

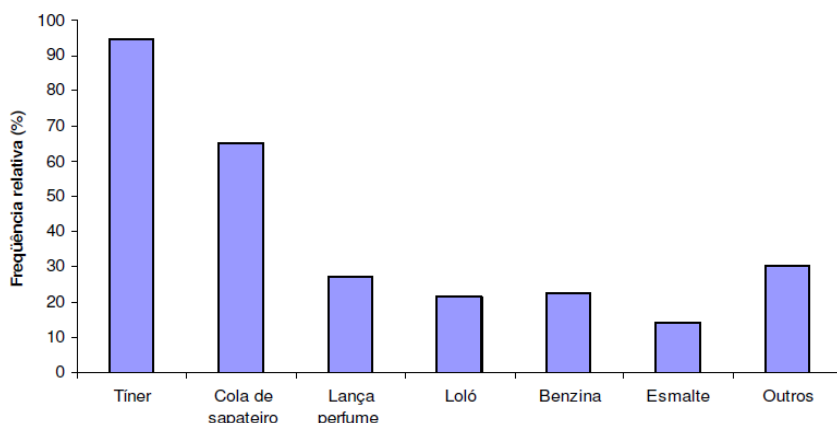


Figura 5: Distribuição do tipo de solvente utilizado entre os usuários de solventes no Distrito Federal (NASCIMENTO, 2009)

3.4 Maconha: O Barato da Viagem

“Tem um verso que fala da maconha
Que é uma erva que dá no meio do mato
Se fumada provoca o tal barato
A maior emoção que a gente sonha
A viagem às vezes é medonha
Dá suor dá vertigem dá fraqueza
Porém quase sempre é uma beleza
Eu por mim experimento todo dia
Se tivesse um agora eu bem queria
Pois a coisa é da santa natureza”
(O Autor da Natureza -Zé Ramalho -)

A maconha (*Cannabis sativa* ou *C. indica*) é a droga com propriedades psicoativas mais utilizada no Brasil (NOTO *et al.*, 2003; ANDRADE *et al.*, 2010) e no mundo (UNODC, 2017), depois do álcool e tabaco. A maconha possui várias substâncias com atividade psicoativa (Figura 6), sendo o THC (Δ^9 tetrahydrocannabinol) o canabinoide presente em maior concentração e o principal responsável pelos efeitos psicoativos da planta (THIEME *et al.*, 2015).

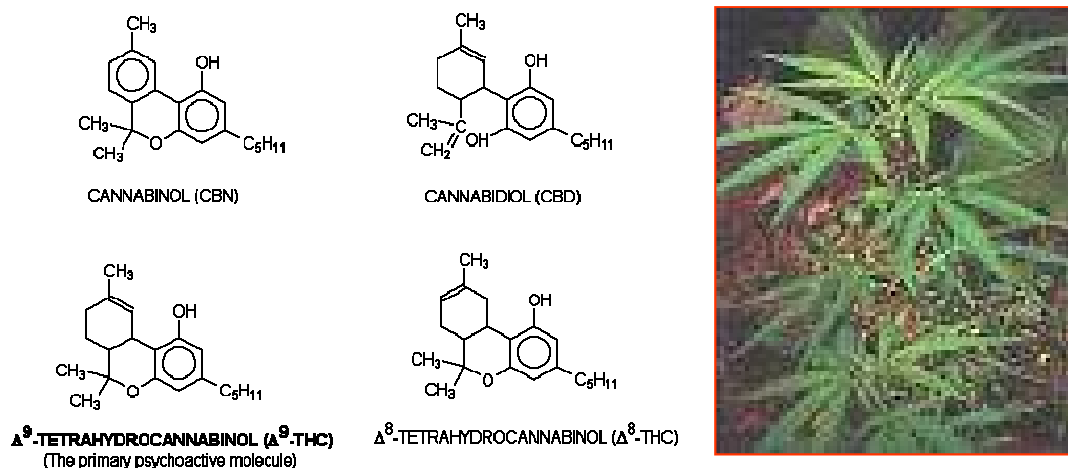


Figura 6: Alguns canabinoides presentes na *Cannabis sativa*, ilustrada à direita

A maconha pode produzir vários efeitos subjetivos em humanos, incluindo euforia, disforia, sedação, alteração da percepção do tempo, aumento da interferência na atenção seletiva e no tempo de reação, alteração nas funções sensoriais, prejuízo do controle motor, do aprendizado e prejuízo transitório na memória de curto prazo, além de efeitos neurovegetativos como boca seca, taquicardia e hipotensão postural (CRIPPA *et al.*, 2005; THIEME *et al.*, 2015). Estes efeitos são mediados pelos receptores canabinoides, presentes em regiões do cérebro responsáveis por várias funções no organismo, incluindo memória, cognição, motivação e recompensa, coordenação motora, apetite, dor, sono e temperatura corporal (MACKIE, 2008)

O uso de maconha por adolescentes tem sido associado a uma diminuição do coeficiente de inteligência em vários estudos (DAS *et al.*, 2016). Existe evidências que mostram uma associação entre o uso de maconha e o desenvolvimento de esquizofrenia e outras psicoses e que seu uso na infância e adolescência é um fator de risco para o uso abusivo (NASEM, 2017). Estudo realizado por Wagner *et al.* (2010) conclui que, comparado a adolescentes não usuários, adolescentes usuários de maconha têm dificuldade no autocontrole da agressividade em situações sociais adversas, e maior inabilidade para lidar com sentimentos e reações gerados nestas situações. Durante a infância e adolescência, o cérebro está em desenvolvimento, o que torna estas populações mais sensíveis aos efeitos da maconha e outras drogas que o adulto (SZUTORISZ e HURD, 2018). A dependência relacionada à maconha, caracterizada pela síndrome de abstinência, foi reconhecida pela Associação Americana de Psiquiatria em 2013 (HASIN *et al.*, 2013).

3.5 Cocaína – Crack: do Pó à Pedra

“Então prefiro sim um fininho ao que me diz
Do que a pedra no cachimbo e o pó no nariz
Afinal é tipo assim, pretendo usufruir
Já vi vários lutarem contra o vício e conseguir”
(Cocaína – Sabotagem)

A cocaína é um alcaloide estimulante do sistema nervoso central extraída das folhas da *Erythroxylum coca*, planta nativa dos Andes e outras regiões planeta (Figura 7). Mascar folhas de coca é um uso ancestral de povos andinos no contexto social, ritualístico e médico, principalmente no tratamento de doenças gastrintestinais, para diminuir os sintomas devido à alta altitude e a fome (BIONDICH e JOSLIN, 2016).

O uso recreativo e abusivo da cocaína é devido aos seus efeitos estimulantes no sistema nervoso central, que envolve principalmente o sistema dopaminérgico, levando ao aumento dos níveis de dopamina na fenda sináptica por meio da inibição da recaptação e estimulando a sua liberação (HUMMEL e UNTERWALD, 2002). O uso abusivo causa dependência química, efeitos no sistema cardiovascular, inclusive infarto, e efeitos neurológicos, com risco de derrame, entre outros (TAMRAZI e ALMAST, 2012).

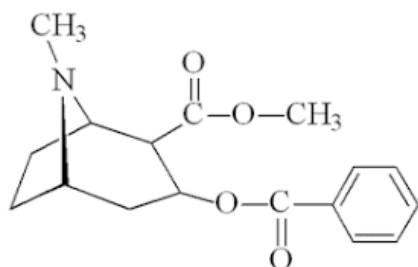


Figura 7: Estrutura química da cocaína, extraída da *Erythroxylum coca*

A cocaína para uso recreativo/abusivo é comercializada na forma de “pó” (cloridrato de cocaína), que pode ser usado na forma aspirada (cheirada) ou injetada. Existem as apresentações alcalinas, voláteis a baixas temperaturas que contêm cocaína na forma de base, o crack e o oxi (Figura 8), que se volatilizam quando aquecidos e, portanto, podem ser fumados em “cachimbos”.

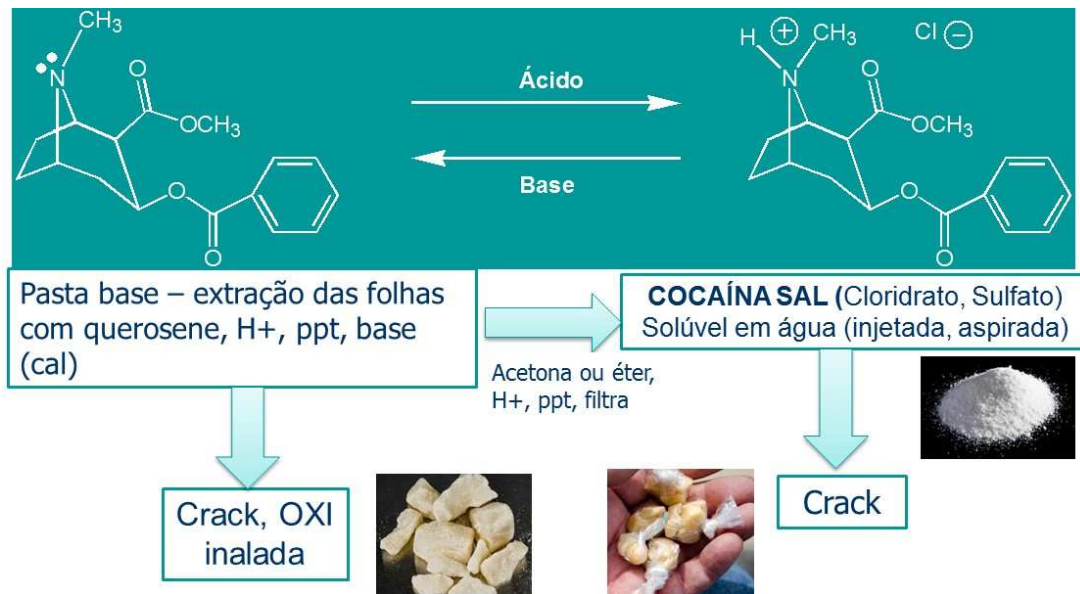


Figura 8: Formas químicas e uso da cocaína

O crack age rapidamente no sistema nervoso central, com o início da ação de 5 a 10 segundos depois da exposição, e efeitos estimulantes que duram cerca de 5 minutos. Por causa da curta duração desse efeito, o usuário tende a repetir o uso e facilmente passa a usar a substância compulsivamente (SOUZA *et al.*, 2013). O crack começou a ser utilizado no Brasil no início da década de 1990 em São Paulo, e só a partir dos anos 2000 seu uso foi identificado em outras regiões do país (BASTOS e BERTONI, 2014). Um estudo conduzido no país em 2012 estimou que a prevalência do uso regular de *crack* ou similares nas capitais brasileiras seja de 0,81%, correspondendo a 35% dos consumidores de drogas ilícitas, excluindo a maconha (BASTOS e BERTONI, 2014). Cerca de 14 % dos usuários eram crianças e adolescentes (<18 anos).

Um estudo recente conduzido em Porto Alegre mostrou que adolescentes usuários de cocaína/crack têm menor motivação para cessar o uso e mudar problemas comportamentais relacionados, e maior propensão a usar outras drogas ilícitas que jovens adultos (BISCH *et al.*, 2011). Em um trabalho de revisão, Claro *et al.* (2014) concluíram que o uso de crack é muito frequente em crianças e adolescentes em situação de rua, a maioria o usa de forma abusiva, mesmo reconhecendo os efeitos negativos advindos deste uso. A maioria destes indivíduos são marginalizados e estão fora do sistema educacional. As rotas de tráfico da cocaína e seus derivados determinam a maior ou menor facilidade de acesso nas diferentes localidades (NOTO *et al.*, 2003).

O uso/abuso de crack tem sido associado com situações de marginalidade, isolamento social, negligência quanto aos cuidados corporais e rompimento de vínculos

familiares e afetivos (BASTOS e BERTONI, 2014; MOURA *et al.*, 2014; HALPERN *et al.*, 2017; STRIKE e WATSON, 2017). Também está associado à violência e criminalidade, a problemas psicológicos, sociais e é considerado um problema de saúde pública (DUAILIBI *et al.*, 2008; RODRIGUES *et al.*, 2013; HALPERN *et al.*, 2017; STRIKE e WATSON, 2017).

3.6 Ecstasy: A Bala que Alucina

“Vontade de dançar até o amanhecer
Ela está suada pronta para se derreter
Ela é puro êxtase
Êxtase!
Barbies, Betty Boops
Puro êxtase”
(Puro Êxtase – Barão Vermelho)

O 3,4 metilenodioximetanfetamina (MDMA; Figura 8), também conhecido como “ecstasy” é uma droga sintética estruturalmente semelhante às demais anfetaminas e alguns alucinógenos, como mescalina (WHITE, 2014). Em 1914, o laboratório Merck patenteou o MDMA com a perspectiva de uso como um inibidor de apetite, mas não o tornou comercialmente viável principalmente em razão de vários efeitos adversos (XAVIER *et al.*, 2008). Posteriormente, o MDMA foi utilizado como adjuvante na psiquiatria, mas no final dos anos 70 passou a ser utilizada de modo recreativo e abusivo, caindo na ilegalidade (KIRKPATRICK e WIT, 2015; HALL e HENRY, 2006). O MDMA tem sido descrito como “a droga do amor” devido a seus efeitos pró-sociais, incluindo sociabilidade e proximidade interpessoal e por suas propriedades que melhoram o humor e as 3 Es: energia, empatia e euforia (RIGG e ESTREET, 2018; HALL e HENRY, 2006). É popular na cena da *dance music* eletrônica, as festas “rave”, onde os efeitos desejados são acentuados pela música alta, dança e luz destes ambientes (WHITE, 2014). Estes efeitos psicofarmacológicos/alucinógenos estão relacionados com a capacidade do MDMA de promover a liberação de serotonina (Figura 9), principalmente, dopamina e outros neurotransmissores em várias regiões do cérebro (GUDELSKY e YAMAMOTO, 2007).

O uso do MDMA pode, porém, causar vários efeitos adversos, incluindo distúrbios do sono, psicose, alucinação paranoico, agitação, confusão, taquicardia e hipertensão (HALL e HENRY, 2006; KROLIKOWSKI e KOYFMAN, 2014). Complicações após a intoxicação com MDMA, assim como outras anfetaminas, incluem

hiponatremia, síndrome serotoninérgica, rabdomiólise, convulsões, falência múltipla dos órgãos e morte (HALL e HENRY, 2006; KROLIKOWSKI e KOYFMAN, 2014).

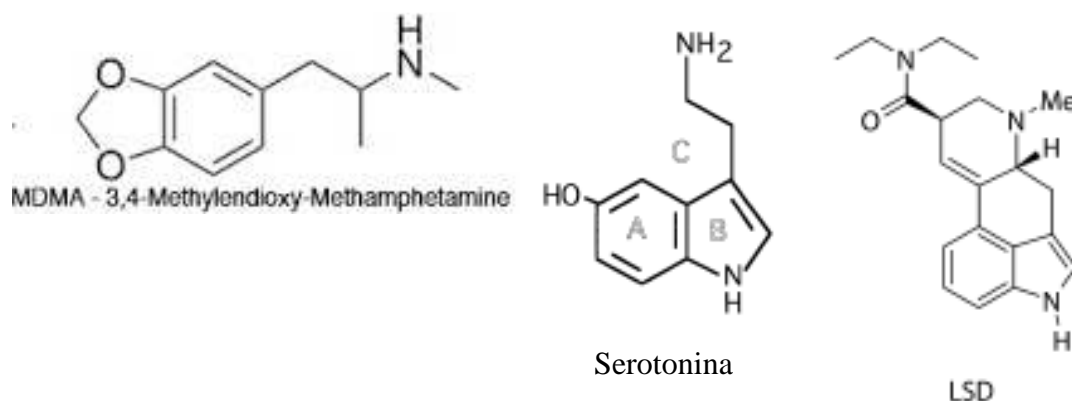


Figura 9: Estruturas químicas do MDMA, serotonina e do LSD (dietilamida do ácido lisérgico).

As anfetaminas não foram reportadas pelas crianças e adolescentes em situação de rua no Brasil que participaram no estudo do CEBRID (NOTO *et al.*, 2003). O levantamento conduzido em 2010 entre alunos dos ensinos fundamental e médio (10 a 19 anos) mostrou que 1,3% dos indivíduos desta população reportaram ter feito uso na vida de ecstasy no país e no Distrito Federal (CARLINI *et al.*, 2010). O uso de anfetaminas na vida (incluindo o ecstasy), porém, diminuiu significativamente em relação ao levantamento anterior, realizado em 2004 (de 3,7 para 2,1% da população estudada). Em 2014, o UNODC (*United Nations Office on Drugs and Crime*) emitiu um alerta sobre o aumento do uso de estimulantes, incluindo as anfetaminas, em países de renda baixa e média devido às suas economias emergentes e populações jovens, alvos preferidos dos grupos do crime organizado envolvidos no comércio dessas substâncias. As prisões relacionadas ao ecstasy no Brasil representaram 47% de todas as prisões relacionadas às anfetaminas na América do Sul, América Central e Caribe entre os anos de 2008 e 2012 (SMART, 2014).

3.7 Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD): O Mundo Mágico do Papel

“Neblina turva e brilhante em meu cérebro coágulos de sol
Amanita matutina que transparente cortina ao meu redor”
(Avôhai – Zé Ramalho)

As substâncias alucinógenas são aquelas que alteram as percepções dos sentidos

e/ou o pensamento causando delírios devido a ação de “perturbar” o funcionamento do SNC (NOTO *et al.*, 2003). Clássicos alucinógenos, incluindo o LSD (dietilamina do ácido d-lisérgico; Figura 9), exercem sua ação nos receptores serotoninérgicos 5-hidroxitriptamina-2A (5-HT_{2A}) (SCHMID e LIECHTI, 2018; TAGLIAZUCCHI e SANZ, 2018). Outros alucinógenos incluem a mescalina, presente no cacto peiote, o psilocibin, presente em fungos do gênero *Psilocybe*, e a N,N-dimetiltriptamina (DMT), presente no arbusto *Pisicotria viridis* (RUCKER *et al.*, 2017).

O LSD foi primeiramente sintetizado em meados do século passado por Albert Hoffman, da indústria química farmacêutica Sandoz, em experimentos de síntese a partir de alcaloides do fungo *Claviceps purpurea* (toxinas ergot) para criar estimulantes circulatórios e respiratórios, e substâncias para serem utilizadas na psiquiatria (HWANG e SAADABADI, 2017; DAS *et al.*, 2016). Após um uso recreacional intenso na década de 1960, o LSD foi proibido e incluído no Anexo I da Convenção das Nações Unidas sobre Drogas, limitando as pesquisas de seus potenciais terapêuticos (RUCKER *et al.*, 2017).

Alguns estudos sugerem que a ativação do receptor 5-HT_{2A} reduz a atividade neural em algumas regiões do cérebro, incluindo o girus dentado e cerebelo, e aumenta a atividade nas estruturas do córtex paralímbico e córtex frontal, levando à indução de formação de imagens características dos efeitos alucinógenos da droga (HWANG e SAADABADI, 2017). Os efeitos induzidos incluem imagens visuais simples e complexas, experiências místicas, flashbacks, distorções no sentido do próprio eu e na relação entre o corpo e o ambiente, alterações nos processos cognitivos, e outros sintomas com efeitos supostamente duradouros sobre o bem-estar subjetivo e a personalidade (DAS *et al.*, 2016; SCHMID e LIECHTI, 2018; TAGLIAZUCCHI e SANZ, 2018; RUCKER *et al.*, 2018).

O uso recreativo do LSD se dá por meio de selinhos de papel (~0,5x0,5cm, contendo de 20-80 µg da substância), que são colocados principalmente na região sublingual do indivíduo. O uso diário e abusivo é quase impossível porque a mesma produz uma "boa viagem" absurda ou intensa. Assim, a magnitude da viagem pode ser preenchida com visões alucinógenas brilhantes e sensações, expansão da mente, bem como sentimentos eufóricos de conexão com o universo. O uso do LSD não leva dependência física, mas de necessidade psicológica porque os usuários querem continuar revivendo as mesmas boas viagens (HWANG e SAADABADI, 2018; DAS *et al.*, 2016).

Há preocupações sobre o aumento do comportamento antissocial causado pelo uso indiscriminado do LSD, pois perigos comportamentais e emocionais são muito visíveis (HWANG e SAADABADI, 2018). A preocupação mais relevante com a segurança é decorrente do comportamento potencialmente perigoso e errático resultante das intensas experiências subjetivas com a droga. Os efeitos adversos do uso de LSD, chamadas de *bad trip*, varia muito entre os usuários, e pode incluir ansiedade, pânico, medo, depressão, desespero e solidão, e pode levar a psicose (HWANG e SAADABADI, 2018; DAS *et al.*, 2016).

No estudo do CEBRID com estudantes do ensino fundamental e médio conduzido em 2010, 1% dos mais de 50 mil participantes reportaram ter experimentado LSD pelo menos uma vez na vida (CARLINI *et al.*, 2010), mas não foi reportado por meninos de rua no estudo conduzido em 2003 (NOTO *et al.*, 2003). No estudo conduzido por Nascimento (2009) com meninos de rua do Distrito Federal, há relato do uso de remédios/chás alucinógenos por 20% dos entrevistados, porém LSD não é mencionado especificamente.

3.8 Medicamentos Psicotrópicos: Os Fáceis Comprimidos

“Rafaela está trancada há dois dias no banheiro
Enquanto a sua mãe
Toma Prozac, enche a cara e dorme o dia inteiro
Parece muito, mas podia ser”
(Quatro Vezes Você – Capital Inicial)

Os medicamentos psicotrópicos são substâncias psicoativas que atuam em nível de SNC afetando a função comportamento e experiência mental, e prescritas para controlar sintomas como ansiedade (ansiolíticos), depressão, distúrbios psicológicos (antipsicóticos) e/ou insônia (hipnóticos/sedativos) (LINDSEY, 2009).

Os benzodiazepínicos são depressores do SNC, que potencializam a função do sistema GABA, cujos receptores são os principais mediadores da neurotransmissão inibitório cerebral (LEE, 2002). Os benzodiazepínicos são os medicamentos mais prescritos para tratamento de pacientes que sofrem de ansiedade, ataques de estresse agudo e distúrbios do sono, além de indicados para tratar outros transtornos psiquiátricos mais severos (KURTZ *et al.*, 2017). O uso indevido de benzodiazepínicos e a automedicação podem aumentar o risco de tolerância, dependência e síndrome de abstinência quando da retirada repentina do medicamento (GONZÁLEZ *et al.*, 2016).

No Brasil, o estudo realizado em 2003 pelo CEBRID mostrou que 13,4% das crianças e adolescentes em situação de rua entrevistados reportaram o uso recreacional de medicamentos no último ano, principalmente Rohypnol[®] (flunitrazepam), Artane[®] (trixafenidila) e Benflogin[®] (benzidamina), principalmente no Nordeste (NOTO *et al.*, 2003). O Rohypnol[®] é um hipnótico benzodiazepínico e o Artane[®] um anticolinérgico indicado para doença de Parkinson, ambos de uso controlado que necessitam de prescrição médica para compra. O largo uso destes medicamentos por esta população mostra a falta de controle na venda nas farmácias, e provavelmente o comércio clandestino. O uso abusivo de benzodiazepínicos concomitante com outros depressores do sistema nervoso central, como álcool, pode levar a potencialização dos efeitos depressores e risco (KURTZ *et al.*, 2017).

Dentre os 78 usuários de Benflogin[®] reportados no estudo do CEBRID, 20 reportaram o uso pelo menos 4 vezes no último mês (OPALEYE *et al.*, 2009). Alucinações e mudanças sensoriais foram os efeitos prazerosos mais reportados pelos usuários, mas 75% reportaram efeitos adversos, principalmente náusea e vômito. O Benflogin[®] é um antiinflamatório que não causa dependência e pode ser adquirido sem receita médica em farmácias.

Os benzodiazepínicos (Figura 10), principalmente o clonazepam (comercializado como Rivotril[®], entre outros medicamentos) e diazepam (comercializado como Valium[®], entre outros), foram os principais fármacos envolvidos nas intoxicações com medicamentos no Distrito Federal no período de 2009 a 2013 (MAGALHÃES & CALDAS, 2018a). Clonazepam, diazepam e a benzidamida (Benflogin[®]) estiveram entre os 157 casos de intoxicações fatais ocorridos neste período com medicamentos (MAGALHÃES e CALDAS, 2018b).

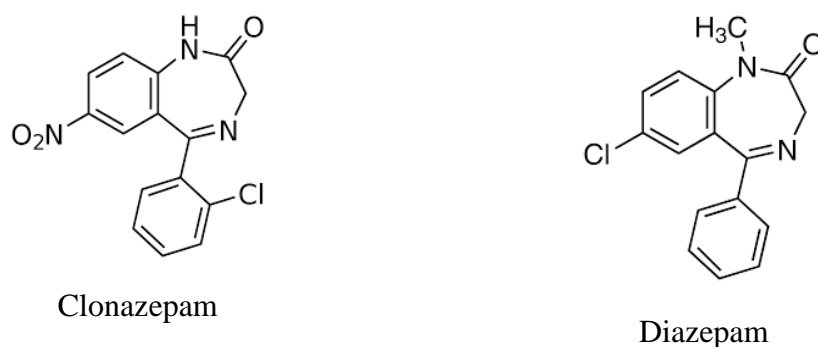


Figura 10: Estrutura dos benzodiazepínicos clonazepam e diazepam.

3.9 Ópio e seus derivados: A Fuga para essa Dor

“Eu não quero ver você cuspiendo ódio
Eu não quero ver você fumando ópio
Para sarar a dor”
(Ópio – Zeca Baleiro)

O ópio é uma mistura de alcaloides extraídos da papoula (*Papaver somniferum*), de ação analgésica, narcótica e hipnótica, incluindo a morfina, a codeína e a tebaina, denominados opiáceos (PEREIRA *et al.*, 2017). O ópio é produzido ilicitamente em quase 50 países em todo o mundo, principalmente em países do sudoeste asiático, como o Afeganistão, abastecendo mercados nos países vizinhos e nos países na Europa, Oriente Médio, África e o Sul da Ásia, e Américas (CHAWLA e PICHON, 2006). A morfina é um potente analgésico usado na terapia humana, porém pouco prescrito no Brasil por seu potencial de causar dependência (PEREIRA *et al.*, 2017). A codeína, um antitussígeno, é foi largamente utilizado na formulação de vários xaropes no país, mas atualmente não existe nenhum produto registrado pela ANVISA com este componente (<http://portal.anvisa.gov.br/medicamentos/consultas>).

Os opioides são substâncias semissintéticas, como a heroína, uma droga ilegal produzida a partir da morfina, e a naltrexona, um fármaco utilizado no tratamento da dependência do álcool (KOSTEN e GEORGE, 2002). A heroína é mais lipossolúvel do que a morfina, sendo mais potente por atingir o SNC mais rapidamente (DUARTE e FORMIGONI, 2017). Entre os opioides sintéticos estão o tramadol, um fármaco analgésico, e a metadona, utilizada no tratamento da dependência à heroína (KOSTEN e GEORGE, 2002). A Figura 11 mostra a estrutura química de alguns opiáceos e opióides utilizados na terapêutica e como substância de abuso. Estas substâncias são supressoras do SNC e atuam direta ou indiretamente como agonistas dos receptores opióides (KLAASEN e WATKINS, 2012).

O consumo abusivo de derivados de opióides para o tratamento da dor e como droga de recreação continua evoluindo gradativamente, atingindo níveis epidemiológicos em alguns países, principalmente nos Estados Unidos, com vários casos fatais ocorrendo diariamente (CLARK e SCHUMACHER, 2017). No Brasil, este uso ainda é pouco relatado, principalmente pelo grande controle das autoridades e baixa prescrição dos fármacos (PEREIRA *et al.*, 2017). No estudo realizado pelo CEBRID em 2010 com estudantes do ensino fundamental e médio, 0.6% dos 50.890 participantes em todo Brasil reportaram ter experimentado analgésico opiáceo (provavelmente um opióide) uma vez

na vida, e 0,3 % experimentaram ópio/heroína (CARLINI *et al.*, 2010). Porém, nenhum deles reportou uso mais recente destas substâncias. Em Brasília, estes percentuais são similares (0,5 e 0,3%, respectivamente). No primeiro levantamento realizado com estudantes universitários no Brasil, também realizado em 2010, o uso na vida de analgésico opiáceos (provavelmente um opióide) foi relatado por 5,5% dos participantes, de heroína por 0,2% e de xarope a base de codeína por 2,7% deles (ANDRADE *et al.*, 2010). O uso de heroína nos últimos 30 dias não foi relatado, mas o uso de opiáceos e xarope citado por 2 e 0,7% desta população, respectivamente.

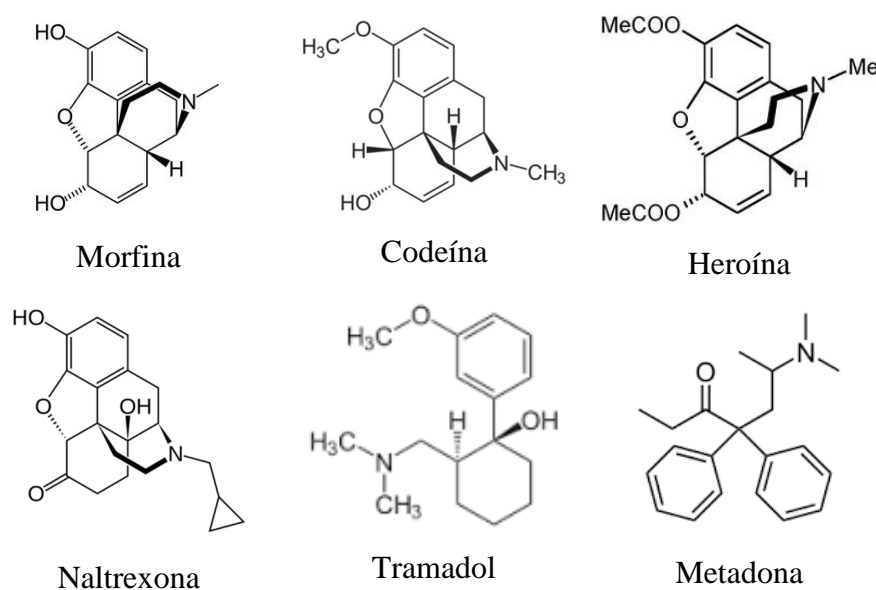


Figura 11. Estrutura química dos opiáceos extraídos da papoula, morfina e codeína, dos opióides heroína e naltrexona (semissintéticos), tramadol e metadona (sintéticos)

OBJETIVOS:

Bola de meia, bola de gude
O solidário não quer solidão
Toda vez que a tristeza me alcança
O menino me dá a mão
Há um menino
Há um moleque

(Bola de Meia, Bola de Gude – Milton Nascimento)

1. Objetivo Geral:

Avaliar as características e fatores do uso de substâncias psicoativas entre crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social no Distrito Federal.

2. Objetivos Específicos:

- a) Caracterizar o perfil da população em estudo quanto aos aspectos familiares, demográficos e sócio-econômicos;
- b) Avaliar o perfil de uso e a percepção de risco nesta população relacionado a substâncias psicoativas;
- c) Analisar os fatores objetivos e subjetivos associados ao uso de substâncias psicoativas;
- d) Comparar os resultados deste estudo com aquele realizado na região anteriormente

MÉTODOS

Meus heróis morreram de overdose
Meus inimigos estão no poder
Ideologia
Eu quero uma pra viver
(Ideologia – Cazusa)

1. Tipo do estudo e abordagem:

Para atender aos objetivos desta pesquisa, o método adotado foi o estudo de caso realizado com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social assistidos por instituições públicas no Distrito Federal, numa amostragem de conveniência. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de campo quanti-qualitativa onde foram realizadas entrevistas semiestruturadas com questões abertas para a abordagem qualitativa associada a um questionário estruturado para contemplar a análise quantitativa. Os questionários e entrevistas foram aplicados nas dependências das instituições incluídas no estudo.

2. Período e cenário do estudo:

O estudo foi realizado no período de setembro de 2016 a outubro de 2017, e incluiu seis instituições inscritas no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal que realizavam o serviço de acolhimento crianças e adolescentes em medidas protetivas por determinação judicial ou pela impossibilidade de cuidado e proteção pela família.

Este estudo de caso é limitado às crianças e adolescentes assistidos por instituições cadastradas no Conselho, em organizações do tipo Casa-lar e que viviam em situação de rua no momento do estudo, portanto, caracterizadas em situação de vulnerabilidade social.

No período da pesquisa existiam no Distrito Federal dez instituições de abrigo e casa-lar. Todas foram convidadas a participar do estudo, e seis concordaram em participar:

- ✓ UNACAS - Unidade de Acolhimento para Crianças e Adolescentes em Situação de Rua, localizado no Setor de Garagens e Oficinas Norte: unidade com 20 vagas para acolhimento, porém, apenas 08 vagas estavam ocupadas durante o período da pesquisa. A UNACAS foi extinta no mês de agosto de 2017 devido a reestruturação do serviço de acolhimento;
- ✓ CENTRALAC – Central de Vagas de Acolhimento para Criança e Adolescente, localizado em Taguatinga: responsável por recepcionar crianças e adolescentes

encaminhadas pelos órgãos de proteção, prestando os primeiros cuidados e encaminhando-os para unidades de acolhimento;

- ✓ UNAC - Unidade de Acolhimento para Crianças e Adolescentes: tratam-se de três unidades de acolhimento (UNAC I localizado no Guará, UNAC II localizado no Recanto das Emas e UNAC III localizado na M Norte) para crianças e adolescentes em medidas protetivas. A UNAC I e II dispõem de 08 vagas para acolhimento cada, e a UNAC III oferta 16 vagas;
- ✓ Lar de São José e unidades descentralizadas, localizado em Ceilândia Norte: organização não governamental que acolhe crianças e adolescentes de 0 a 18 anos em situação de risco e vulnerabilidade social, encaminhados pela Vara da Infância/DF. A entidade atende 70 acolhidos (40 na Casa Lar em Aldeia e 30 em Casas Lares na comunidade);
- ✓ Batuira – Obras Assistenciais do Centro Espírita Batuira, localizado em Ceilândia Norte: instituição com capacidade para 20 acolhidos no abrigo institucional e 30 em Casa Lar na comunidade, visando a reintegração familiar;
- ✓ Irmão Áureo – Obras Assistenciais do Centro Espírita Irmão Áureo, localizado em Brazlândia: Casa Lar em aldeia com 30 vagas para acolhimento institucional para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social.

3. Sujeitos da pesquisa:

Segundo o Relatório da Infância e Juventude – Resolução nº 71/20111, publicado pelo Conselho Nacional do Ministério Público, em 2013, do total de 2.754 entidades de acolhimento institucional (abrigos e casas-lares) no Brasil, 86,5% foram inspecionadas pelo Ministério Público em março de 2013, possuindo juntas capacidade de atendimento a 45.569 crianças e adolescentes, enquanto o número de atendidos é de 29.321 em acolhimento¹. No Distrito Federal, o relatório indica existir uma rede de dez instituições, com capacidade de acolhimento de 499 vagas, das quais 323 são direcionadas para o acolhimento tipo abrigo e 176 são para o acolhimento do tipo casa-lar. Entretanto, a ocupação registrada foi de 204 crianças e adolescentes nas instituições de abrigo e 157 nas casas-lares do Distrito Federal.

¹ Conselho Nacional do Ministério Público. Relatório da Infância e Juventude – Resolução nº 71/2011: Um olhar mais atento aos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes no País. Brasília: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013.

Nos abrigos para pequenos grupos, o acolhimento institucional deve ser executado em unidade institucional semelhante a uma residência, inserida na comunidade, em área residencial, oferecendo ambiente acolhedor. É destinada ao atendimento de grupos de até 20 crianças e/ou adolescentes. Nessa unidade é indicado que os educadores/cuidadores trabalhem em turnos fixos diários, a fim de garantir estabilidade das tarefas de rotina diárias, referência e previsibilidade no contato com as crianças e adolescentes². Poderá contar com espaço específico para acolhimento imediato e emergencial, com profissionais preparados para receber a criança/adolescente, em qualquer horário do dia ou da noite, enquanto se realiza um estudo diagnóstico detalhado de cada situação para os encaminhamentos necessários. O atendimento deverá ser personalizado e em pequenos grupos, e favorecer o convívio familiar e comunitário das crianças e adolescentes atendidos.

Nas casas-lares, o acolhimento institucional é oferecido em unidade residencial, na qual pelo menos uma pessoa ou casal trabalha como educador/cuidador residente – em uma casa que não é a sua – prestando cuidados a um grupo de até 10 crianças e/ou adolescentes. Esse tipo de serviço visa estimular o desenvolvimento de relações mais próximas do ambiente familiar, promover hábitos e atitudes de autonomia e de interação social com as pessoas da comunidade. Com estrutura de uma residência privada, deve receber supervisão técnica, localizar-se em áreas residenciais da cidade e seguir o padrão socioeconômico da comunidade onde estiver inserida. O serviço deve organizar ambiente próximo de uma rotina familiar, proporcionar vínculo estável entre o educador/cuidador residente e as crianças e adolescentes atendidos, além de favorecer o convívio familiar e comunitário dos mesmos, bem como a utilização dos equipamentos e serviços disponíveis na comunidade local, devendo atender a todas as premissas do Estatuto da Criança e do Adolescente, especialmente no que diz respeito ao fortalecimento dos vínculos familiares e sociais, e oferecimento de oportunidades para a (re) inserção na família de origem ou substituta.

² Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes CNAS/CONANDA/ MDS. Brasília, 2009. Disponível em <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos-orientacoes-tecnicas-servicos-de--acolhimento-para-criancas-e-adolescentes-tipo-de-publicacaocaderno/68-orientacoes-tecnicasservicos-de-alcolhimento.pdf/> download.

4. Aspectos éticos da pesquisa e aprovação do trabalho pelo comitê de ética

Este estudo respeitou as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde (CEP-FS) da Universidade de Brasília (UnB) parecer nº 1.651.110 (Anexo 1).

O estudo foi realizado com a colaboração das seis instituições acima descritas, resguardando a identidade, privacidade e confidencialidade dos dados. Foi apresentada a cada instituição a documentação completa que regulamenta a pesquisa e entregue uma cópia do parecer emitido pelo CEP-FS/ UNB, o projeto e a carta de autorização para a pesquisa emitida pela Subsecretaria de Assistência Social - Secretaria Adjunta de Desenvolvimento Social da Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos do Governo do Distrito Federal - SUBSAS/ SEDESTMIDH/ GDF (Anexo 2).

Devido à incapacidade e vulnerabilidade que se encontra a população estudada e frente a ausência do responsável legal, foi solicitada a cada responsável pelas instituições participantes a assinatura do o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3) onde autoriza a participação do jovem a ser entrevistado na pesquisa.

Foi realizado o esclarecimento verbal do jovem em linguagem simples e sempre na presença de um dos representantes das instituições participantes. Todos os convidados a participar do estudo foram informados acerca dos propósitos da pesquisa, sobre a confidencialidade da sua identidade e a não obrigatoriedade de participação na pesquisa e que a saída da pesquisa poderia ser solicitada a qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de retaliação. Cada participante assinou o Termo de Assentimento para Crianças (Anexo 4) ou Termo de Assentimento para Adolescentes (Anexo 5).

5. Execução operacional do projeto:

O questionário objetivo aplicado junto aos participantes do estudo (Anexo 6) é composto por 50 questões organizadas da seguinte forma:

- i. Seis questões referem-se às variáveis de identificação sociodemográficas;
- ii. Sete questões referem-se à vulnerabilidade social de renda, desigualdade social, exclusão social e moradia;
- iii. Três questões destinam-se à vulnerabilidade social referente à falta de acesso e evasão escolar;
- iv. Duas questões abordam a vulnerabilidade social referente à inserção precoce no trabalho;

- v. Oito questões tratam da vulnerabilidade social referente aos vínculos afetivos familiares; e
- vi. Vinte e quatro questões referem-se ao uso de substância psicoativas.

Tal instrumento contém perguntas objetivas que abordaram aspectos demográficos, sociais, familiares, uso de substâncias psicoativas e a percepção de risco relacionada a essa prática. Esse questionário foi adaptado do questionário aplicado no estudo anterior conduzido no Distrito Federal (NASCIMENTO, 2009) para as condições atuais da população em estudo e foi previamente testado em grupo com características semelhantes para os ajustes finais.

Por se tratar de um público alvo diferenciado e com dificuldades na emissão das informações, foi desenvolvido um método híbrido no qual a entrevistadora, de posse do questionário objetivo e do roteiro de para entrevista, encorajava o colaborador da pesquisa a emitir relatos de sua vida (narrativas de vida). O método das entrevistas narrativas inclui ferramentas não estruturadas, visando aprofundar aspectos específicos, a partir das quais emergem histórias de vida, tanto do entrevistado como as entrecruzadas no contexto situacional. Esse tipo de entrevista visa encorajar e estimular o sujeito entrevistado (informante) a contar algo sobre algum acontecimento importante de sua vida e do contexto social (JOVCHELOVICH e BAUER, 2002).

As entrevistas foram realizadas em sala específica para atendimento e gravadas. Nesse estilo de coleta/geração de dados, o pesquisador converte as questões objetivas (questões exmanentes) concernente ao tema em estudo em questões imanentes (questões subjetivas) que ancoram as questões exmanentes na narração e aproximam o informante do entrevistador, que utiliza a linguagem do informante. Essa técnica evita o viés de que o informante, quando de posse de um questionário objetivo, assumia uma identidade que não é a real, que podem afetar as respostas do questionário.

Para facilitar a interação com essa população, utilizou-se de técnicas para uma aproximação amistosa com o participante, no qual o primeiro contato era feito despertando o lúdico por meio de brincadeiras (jogos) e entrega de guloseimas para os participantes visando o estreitamento das relações amizade e confiança entre ambos. Os questionamentos feitos para estimular o participante a narrar sua história de vida eram: Conte-me como tudo começou. Como você veio parar aqui? Fale-me sobre sua família. Conte-me como estão os estudos. Quando você começou a frequentar as ruas? O que você

acha das ruas? Como você conheceu as drogas? Relate como você se sentiu após o uso de cada uma delas. O que você acha das drogas? Você tem vontade de parar?

Desta forma, obteve-se informações sobre a opinião/percepção do entrevistado em relação ao seu meio, suas vivências, ações e reações, sentimentos de pertencimento e identidade, com destaque à interpretação pessoal de como o jovem se vê, como ele vê seu meio e como se insere nele. Tais dados permitiram avaliar como eles constroem sua própria realidade e percepções de riscos de acordo com seus conhecimentos subjetivos.

As entrevistas que apresentaram informações claras e consideradas de mais relevância para o estudo foram transcritas posteriormente para análise. No total, foram transcritas 45 entrevistas, das quais 15, consideradas representativas do discurso da população, foram avaliadas neste estudo, a partir da técnica da análise do discurso descrita em Fairclough (2003), a qual está relacionada não só ao estilo, mas também aos aspectos discursivos do modo de falar de uma pessoa, que revelam seu modo de ser, suas identidades. Nesse contexto, os dados gerados foram trabalhados explorando o sentido do texto. O corpus da análise é composto por ideologia juntamente com a história e a linguagem. A ideologia é entendida como o posicionamento do sujeito quando se filia a um discurso, sendo o processo de constituição do imaginário que está no inconsciente, ou seja, o sistema de ideias que constitui a representação; a história representa o contexto sócio histórico e a linguagem é a materialidade do texto gerando “pistas” do sentido que o sujeito pretende dar (CAREGNATO e MUTTI, 2006).

Segundo Gregolin (1995), através da análise do discurso é possível realizarmos uma análise interna (o que este texto diz? como ele diz?) e uma análise externa (por que este texto diz o que ele diz?). Ao analisarmos o discurso, estaremos inevitavelmente diante da questão de como ele se relaciona com a situação que o criou. A análise vai procurar colocar em relação ao campo da língua (suscetível de ser estudada pela Linguística) e o campo da sociedade (apreendida pela história e pela ideologia). A "ideologia" é um conjunto de representações dominantes em uma determinada classe dentro da sociedade.

A interpretação do discurso é o lugar próprio da ideologia e onde ela se materializa na história. Ela sempre se dá de algum lugar da história e da sociedade e é assumido, como um gesto simbólico que dá sentido fazendo a significação. Não há sentido sem interpretação, portanto deverá sempre existir uma interpretação para dar visibilidade ao sentido que o sujeito pretendeu transmitir no seu discurso (ORLANDI, 2003; 2004).

Considerando esse posicionamento, as análises textuais aqui abordadas identificaram traços linguísticos que permitam perceber os estilos ou o modo como o enunciador si identifica e como identifica outras pessoas em seu meio.

6. Análise estatística:

Os dados obtidos do questionário objetivos foram lançados no programa computacional IBM SPSS Statistics version 22. Inicialmente, realizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para todas as variáveis numéricas e o mesmo indicou que os dados não obedecem a uma distribuição normal (p -valor $< 0,001$). O teste Qui-Quadrado foi usado para avaliar as variáveis independentes e o teste de Spearman para determinar correlações entre as variáveis contínuas. Foi considerado estatisticamente significativo os resultados com nível de confiança de 95% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

Mudaram as estações, nada mudou
Mas eu sei que alguma coisa aconteceu
(Por Enquanto – Cassia Eller)

A análise dos resultados foi dividida em dois eixos: o eixo quantitativo, que compreende a análise das variáveis do questionário, e o eixo qualitativo, que corresponde à análise das entrevistas semiestruturadas. Neste estudo os termos substâncias psicoativas e drogas foram utilizadas num mesmo contexto e incluem substâncias legais (álcool e cigarro) e ilegais.

Eixo 1 – Análise quantitativa:

As variáveis do questionário foram categorizadas de acordo com as perguntas formuladas em tal instrumento, com o objetivo de melhor entendimento das respostas, direcionando assim os resultados:

- a) Descrição da população: inclui informações quanto ao gênero, faixa etária, renda, escolaridade, residência e crenças religiosas.
- b) Vivência de rua: visa averiguar a percepção dos entrevistados sobre a trajetória de vida nas ruas, os motivos que levaram a ela e o porquê de permanecerem nessa condição.
- c) Uso de substâncias psicoativas: investiga se quais participantes fazem uso de substâncias psicoativas/ drogas, o que os levou a ter o primeiro contato, por que permanecem em uso e com qual frequência fazem uso.
- d) Percepção do risco: busca verificar a capacidade que o jovem tem de reconhecer as situações ou condições que os expõem ao risco devido ao uso de drogas.
- e) Aspectos familiares frente ao uso das drogas: visa saber como a família se comporta frente ao evento droga. O que pensam a respeito desse tema, se influenciam positiva ou negativamente nas escolhas do jovem e se há membros na família diretamente ligado a ele que também faz uso de alguma substância psicoativa.

Eixo 2 – Análise qualitativa:

- a) Análise de discurso: as análises textuais irão identificar traços linguísticos que permitam perceber os estilos ou o modo como o enunciador si identifica e como identifica outras pessoas em seu meio.

Eixo 1 – Análise quantitativa:

1. Descrição da população

Os participantes da pesquisa foram crianças e adolescentes com idades entre 8 e 17 anos, acolhidas em instituições públicas ou não governamentais no Distrito Federal, provenientes do serviço de abordagem de rua ou em medidas protetivas por determinação judicial. O serviço de abordagem de rua tem por finalidade a busca ativa e abordagem de famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social com direitos violados, incluído o trabalho infantil, exploração sexual, situação de rua e uso de drogas. No Distrito Federal, o jovem abordado é encaminhado a abrigos e institucionalizado, possibilitando o acesso à rede de serviços, benefícios assistenciais e possível reinserção a família.

No período do estudo, foram entrevistados 13 (15,5%) crianças de 8 a 11 anos e 71 (84,5%) adolescentes (12-17 anos), totalizando 84 participantes (Tabela 4). A maioria dos participantes era do sexo masculino. Idades mais frequente (moda) foram 14 e 17 anos, correspondendo cada a 17,9% da população estudada (Figura 7). Todos relataram já ter frequentado a escola, porém 22 (26,2%) afirmaram não estar frequentando no momento. Cerca de 48% deles frequentou a escola até a 5ª série do ensino fundamental. A maioria (71,4%) morava em residência fixa com familiares ou responsável quando passou a ter vivência de rua. Cerca de 38% afirmaram ter crenças religiosas, mas sem religião definida (Tabela 4).

Tabela 4: Características sociais e demográficas dos jovens em estudo (N=84).

Características		Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	p-valor*
Faixa etária	08 – 11 anos	13	15,5	0,009
	12 – 17 anos	71	84,5	
Gênero	Feminino	30	35,7	< 0,001
	Masculino	54	64,3	
Escolaridade	2º ao 5º ano	40	47,6	< 0,001
	6º ao 9º ano	41	48,8	
	Ensino médio	03	3,6	
Tipo de moradia	Casa/ apartamento	60	71,4	< 0,001
	Abrigo/ Albergue	15	17,9	
	Rua	09	10,7	
Crenças religiosas	Católico	10	11,9	< 0,001
	Evangélico/ protestante	28	33,3	
	Espírita	04	4,8	
	Não tem religião	32	38,1	
	Não tem crenças	10	11,9	

* Teste Qui-quadrado.

Há associação entre o idade e gênero dos participantes da pesquisa, com maior ocorrência de jovens do sexo masculino a partir de 13 anos de idade (Figura 12). A ocorrência de crianças em ambos os sexos é menor quando comparada ao grupo de adolescentes.

Do total de participantes, apenas 5 (5,9%) jovens estavam matriculados na série correspondente à idade no momento da entrevista (Figura 13). A média de defasagem escolar foi 3,5 anos de estudo.

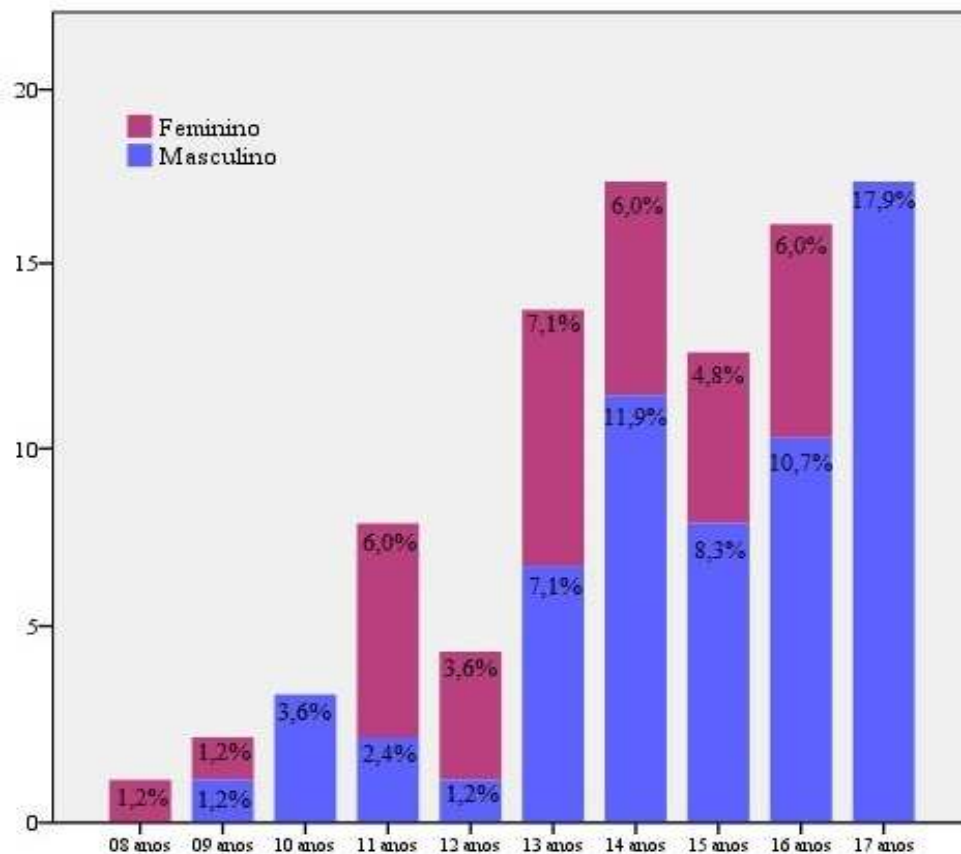


Figura 12. Frequência das respostas (%) relacionadas a idade e o gênero dos participantes da pesquisa (N=84).

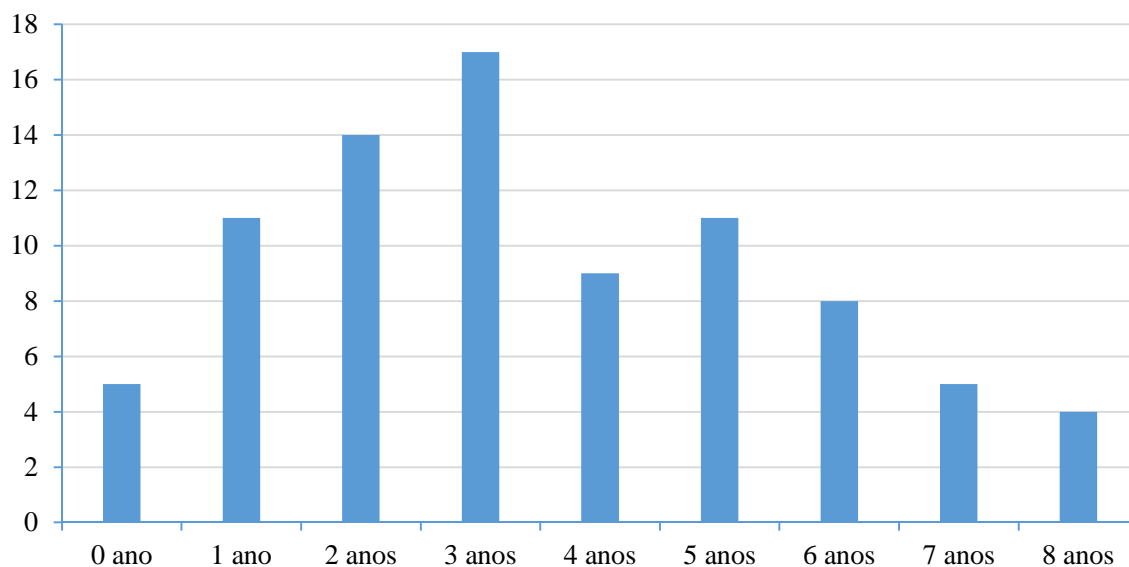


Figura 13: Frequência absoluta da distribuição do nível de defasagem escolar em anos da população estudada.

Foi observado o efeito da variável gênero e idade sob a variável anos de atraso nos estudos (Figura 14), com um número maior de jovens do sexo masculino com defasagem escolar ($p < 0,001$); quanto mais idade tinha o participante da pesquisa, maior a ocorrência de matrícula em séries do início do ensino fundamental ($\rho = 0,296$; $p < 0,01$) e, como consequência disso, maior era a defasagem escolar ($\rho = 0,677$; $p < 0,001$).

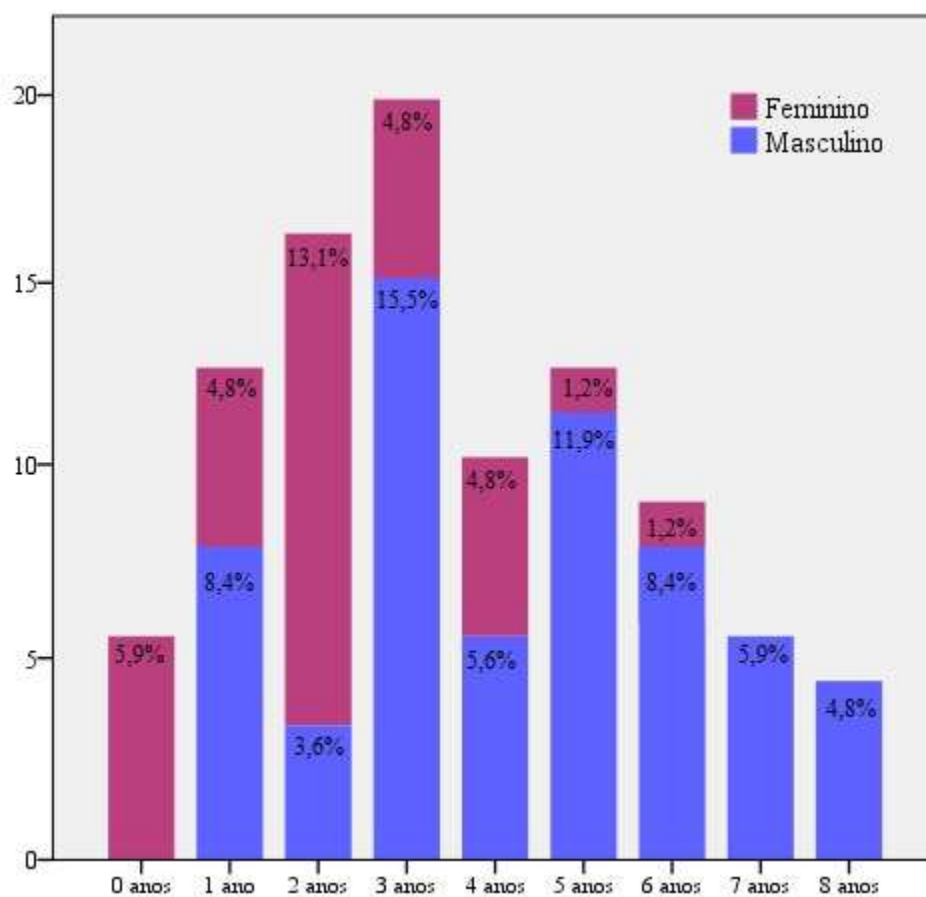


Figura 14: Frequência das respostas (%) relacionadas ao tempo de atraso nos estudos (em anos) ao gênero dos participantes da pesquisa (N=84).

Cerca de 43% dos indivíduos moravam apenas com a mãe, e 15,5% com os pais (Tabela 5). Apenas dois indivíduos moravam sozinhos antes de serem encaminhados para as instituições acolhedoras.

Tabela 5: Unidade familiar dos jovens em estudo antes de iniciar o contato com as ruas (N = 84).

Unidade familiar	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Mãe	36	42,9
Mãe e pai	13	15,5
Pai	06	7,1
Irmãos	04	4,8
Tios (as)	08	9,5
Avós	08	9,5
Amigos ou conhecidos	06	7,1
Companheiro (a)	01	1,2
Sozinho	02	2,4
TOTAL	84	100

Todos os participantes tinham alguma maneira de obter dinheiro, seja de forma lícita ou ilícita (Figura 15). Um único indivíduo confirmou ter mais de uma forma de aquisição de renda. Dentre as formas lícitas mais recorrentes são receber de familiares ou outras pessoas (54,8 %) e vigiar carros (17,8%) e, das formas ilícitas estão o envolvimento com o tráfico de drogas (21,4%) e furtos e/ou roubos (8,3%).

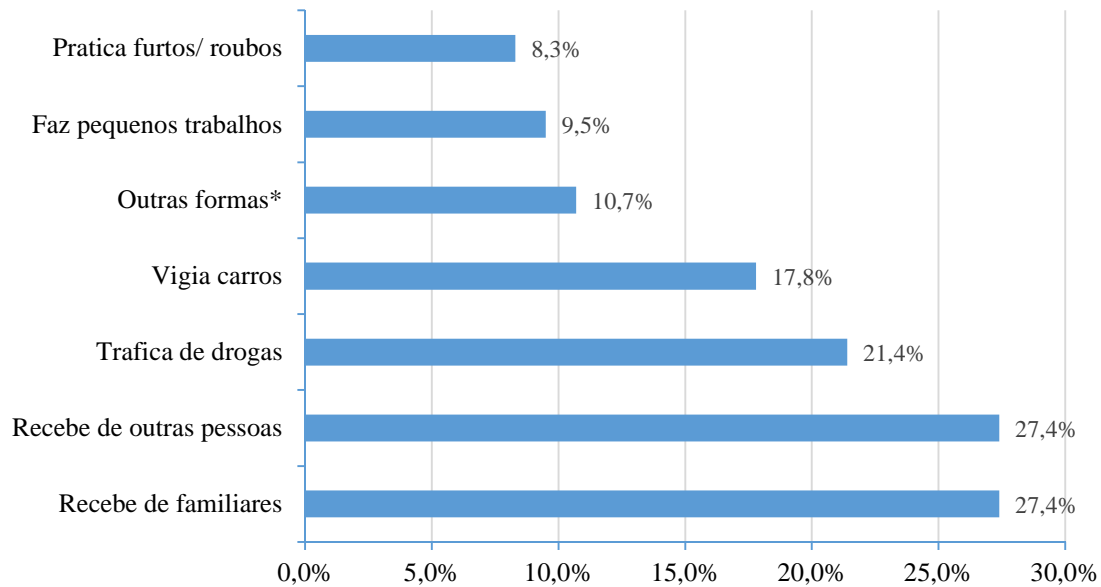


Figura 15: Frequência absoluta da fonte de renda dos indivíduos do estudo. *Outras formas incluem recebimento por programas do governo, favores/ programas sexuais, troca e venda de objetos.

Vivência de rua

A Tabela 6 mostra as principais causas ou motivações relatadas pelos jovens para buscar o ambiente das ruas. As mais recorrentes foram a falta de afeto familiar e o gostar do ambiente das ruas (21,4% cada). Cerca de 16,7% relataram que as ruas podem ser um meio de buscar recursos para sobrevivência, o que reflete as baixas condições financeiras desta população. A violência doméstica foi a motivação para 13,1% dos entrevistados passarem a conviver com o ambiente das ruas.

Dentro desse contexto, buscamos verificar com quem o entrevistado permanecia nas ruas. Quase metade (45,2%) respondeu que costuma ficar a maior parte do tempo sozinho e 25% afirmaram ficar na companhia de amigos ou conhecidos (Tabela 7). A baixa frequência nas respostas referente a companhia do pai ou da mãe reforça a ideia de que o ambiente das ruas funciona como refúgio frente a desestruturação familiar.

Tabela 6: Causa/motivação que levaram o jovem a ter contato com o ambiente das ruas (N=84)*.

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Por que você passou a frequentar as ruas?		
Por falta de afeto familiar	18	21,4
Por gostar das ruas	18	21,4
Por busca de meios de subsistência	14	16,7
Violência doméstica (castigos verbais e/ ou físicos)	11	13,1
Por influência de outras pessoas	07	8,4
Por exploração do trabalho	05	5,9
Por querer independência	04	4,7
Por causa do consumo de drogas	04	4,7
Outros motivos	08	9,5

* mais de uma opção de resposta foi possível para esta pergunta

Tabela 7: Frequência das respostas referente a companhia que o jovem permanecia ou permanece nas ruas (N=84)*.

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Com quem você fica/ ficava nas ruas?		
Sozinho	38	45,2
Amigos ou conhecidos	25	29,8
Irmãos	13	15,5
Mãe e Pai	06	7,1
Mãe	04	4,7
Outros Parentes	01	1,2
Companheiro (a)	01	1,2

* mais de uma opção de resposta foi possível para esta pergunta.

Quando perguntado há quanto tempo o participante estava frequentando as ruas no momento da entrevista, 37% informaram que o faziam há menos de um ano, e 32,1% há mais de 5 anos (Figura 16).

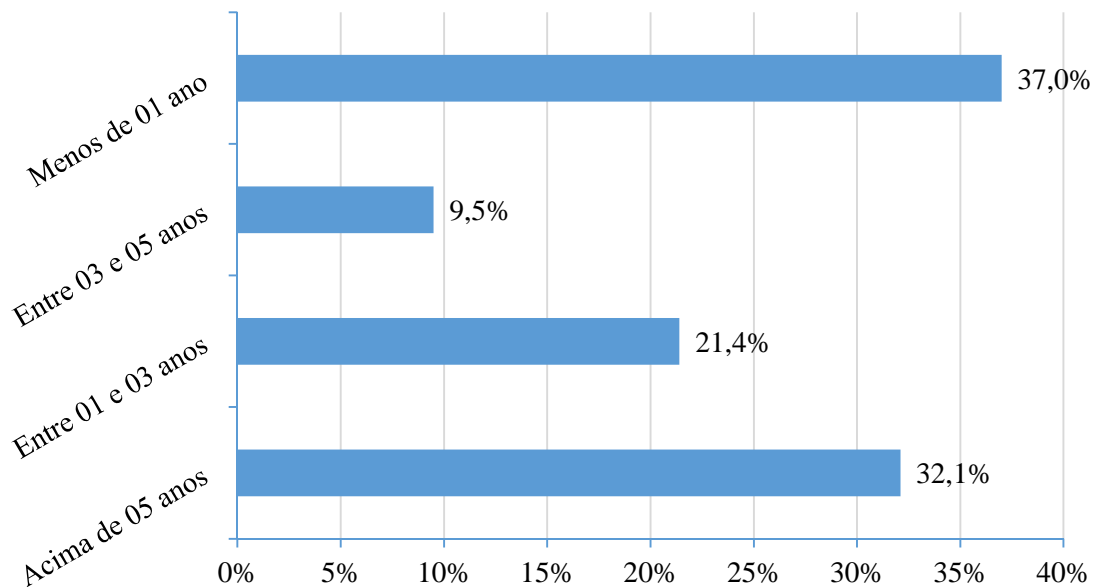


Figura 16: Frequência das respostas (%) sobre quanto tempo o jovem está frequentando as ruas (N=84).

Mais da metade (51,2%) relatou permanecer mais de cinco dias por semana nas ruas (Tabela 8). Foi observado uma relação entre gênero e tempo em anos que está frequentando as ruas ($p < 0,05$), sendo que, 67,9% dos entrevistados que afirmavam permanecer mais de 3 dias por semana nas ruas ($n=56$) eram meninos.

Tabela 8: Frequência das respostas sobre o período de tempo que o participante do estudo permanece nas ruas (N=84)

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Qual o período de tempo que fica/ ficava nas ruas?		
Mais de 5 dias por semana	43	51,2
Morava nas ruas	09	10,7
1 a 2 dias por semana	07	8,4
3 a 5 dias por semana	04	4,8
1 dia na semana	01	1,2
Não sabe, não lembra ou não quis responder.	20	23,8
TOTAL	84	100%

Ao serem abordados quanto a temática droga relacionada ao espaço das ruas, 45% dos entrevistados acreditam que a rua favorece o uso de drogas, mas quase um terço não soube responder (Figura 17).

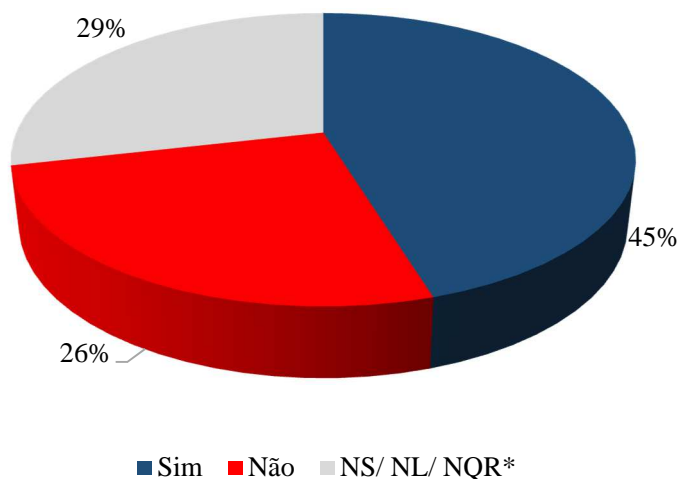


Figura 17: Frequência das respostas (%) quanto ao acreditar que a rua favorece o uso de drogas (N=84). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Observou-se uma correlação entre a idade do participante e a crença de que o contato com as ruas influencia no uso de substâncias psicoativas ($p < 0,05$), indicando que os mais jovens não conseguem ter uma opinião clara sobre esta relação.

Duas variáveis se relacionaram significativamente com o tempo que o participante está frequentando as ruas: a idade do entrevistado ($\rho = 0,410$; $p < 0,001$) e a defasagem escolar ($\rho = 0,410$; $p < 0,001$). Quanto mais velho, maior o tempo de vivência nas ruas e maior o atraso nos estudos. Existe ainda uma correlação entre o tempo que entrevistado está frequentando as ruas e a crença que o contato com as ruas favoreça o consumo de substância psicoativas ($p < 0,05$), como mostra a Figura 18.

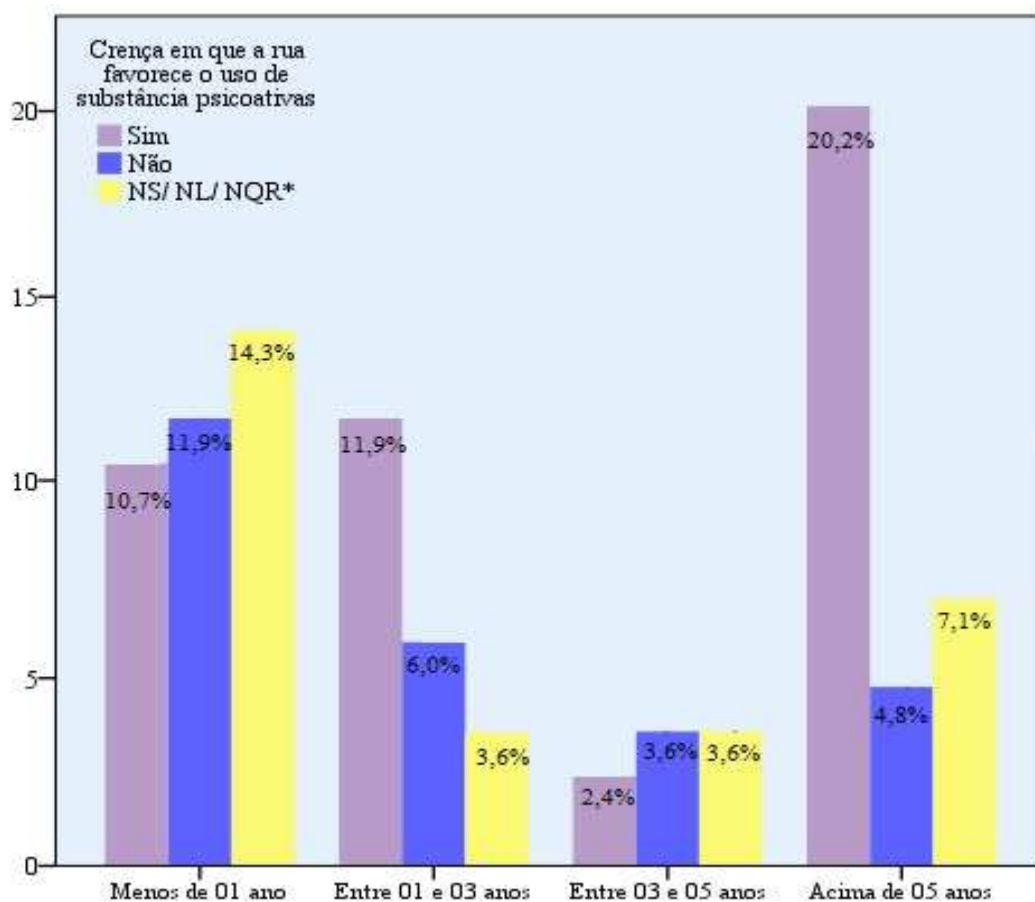


Figura 18: Frequência das respostas (%) relacionadas ao tempo de vivência de rua dos participantes da pesquisa e a crença que o ambiente das ruas favorece o uso de psicoativos (N=84). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Uso de substâncias psicoativas

Quando perguntado ao entrevistado se já experimentou algum tipo de droga em algum momento na vida, 82,1% responderam positivamente, dos quais 73,9% o fizeram no último ano (Figura 19).

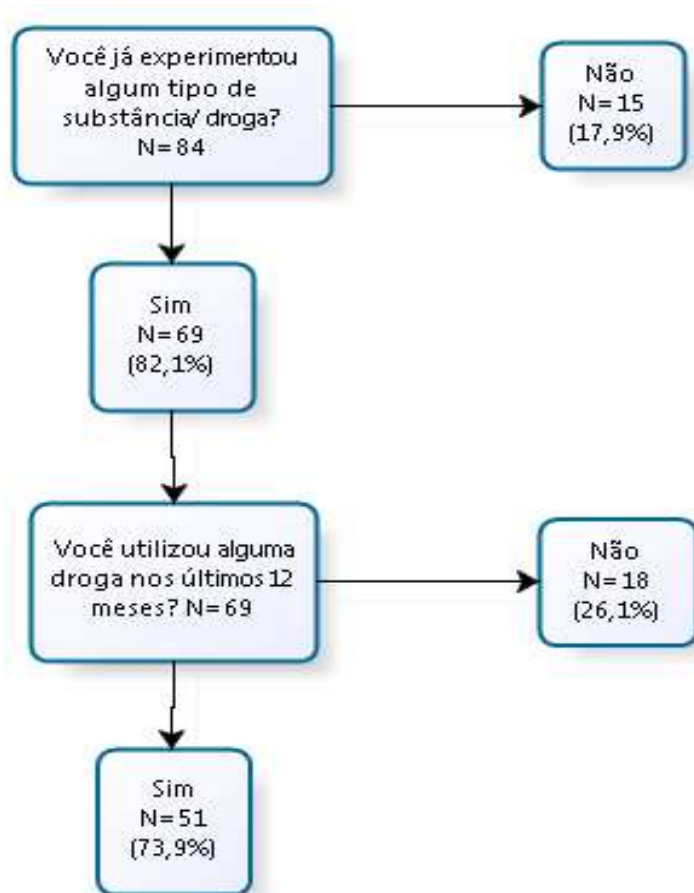


Figura 19: Representação esquemática quanto ao uso de substâncias psicoativas pelos 84 jovens entrevistados

Foi observado uma correlação significativa entre o fato do jovem já ter experimentado alguma substância psicoativa e os anos de atraso nos estudos ($p < 0,001$), quanto maior o atraso nos estudos maiores as chances de uso, ou vice-versa (Figura 20).

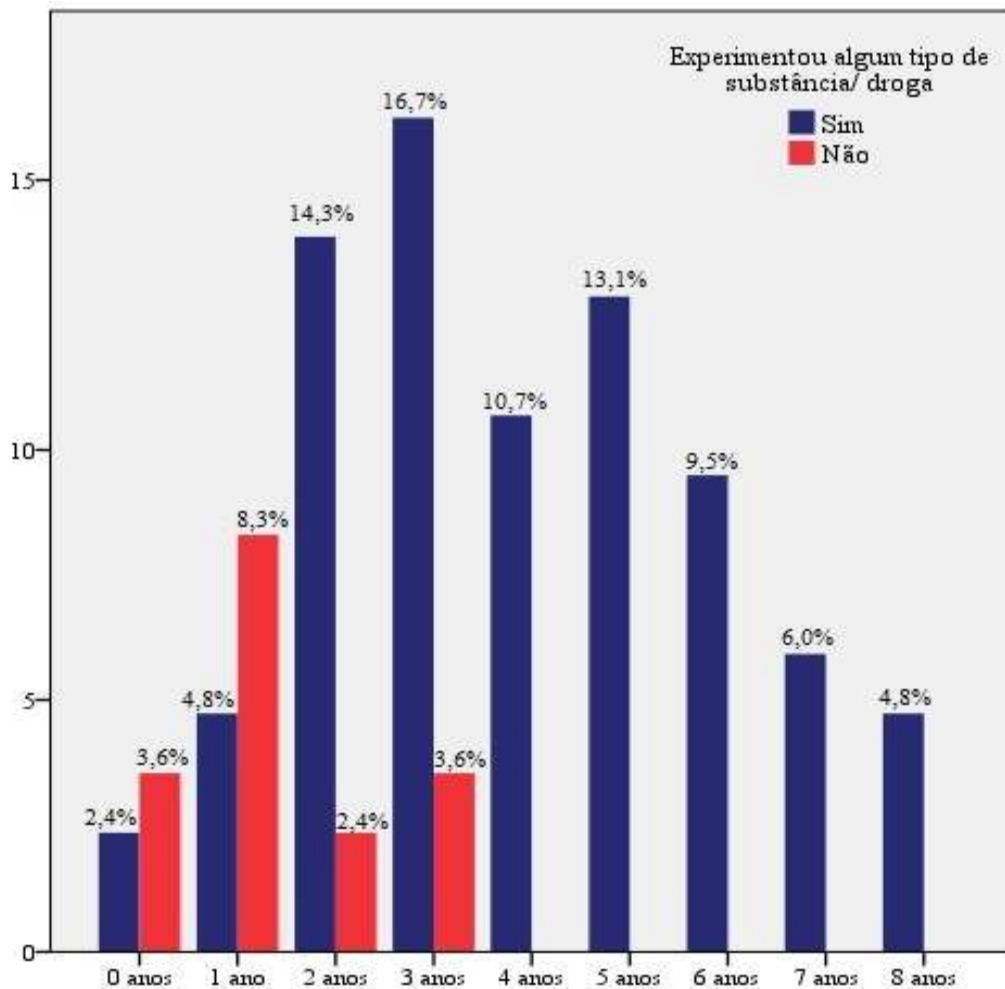


Figura 20: Frequência das respostas relacionadas a já ter tido contato com alguma substância psicoativa e o tempo de atraso escolar (N = 84).

Quase 18% dos participantes afirmaram nunca terem usado droga. Dentre os motivos que influenciaram este comportamento, a maioria respondeu ser por razões familiares (53,3%), 13,3% por questões relacionadas a saúde, e os demais se abstiveram da resposta (33,4%). Observou-se também que os entrevistados que não tiveram contato com as drogas eram indivíduos mais jovens, a maioria crianças ($p < 0,001$).

Jovens que passam mais de cinco dias na semana na rua estão mais propensos a usar substâncias psicoativas ($\rho = 0,247$; $p < 0,05$) (Figura 21).

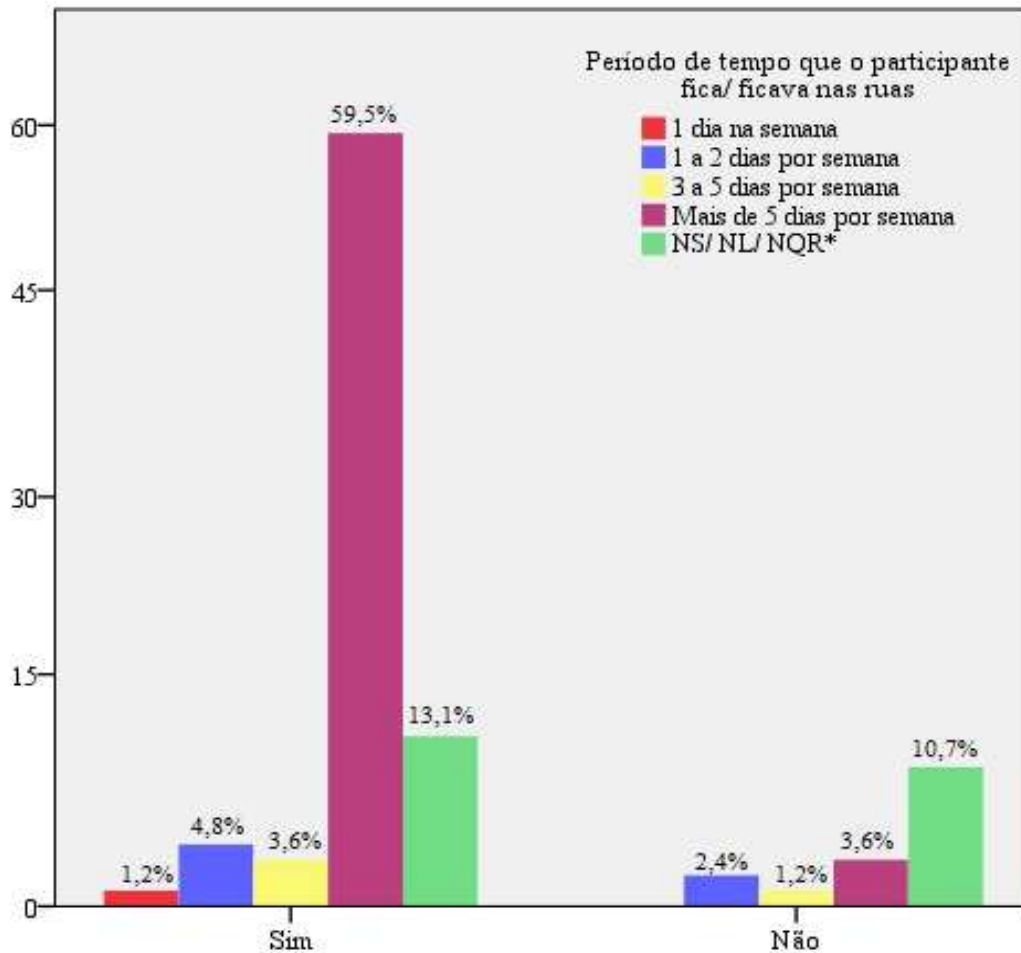


Figura 21: Frequência das respostas relacionadas a já ter tido contato com alguma substância psicoativa e o período de tempo (em dias) que o entrevistado fica/ ficava nas ruas (N = 84). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Quando perguntados aos jovens sobre as razões que os levaram a usar drogas pela primeira vez, a maioria respondeu ter sido por curiosidade ou para acompanhar/incentivado por amigos (72,4%). Cerca de 12% deles relataram que acompanhavam membros da família (Tabela 9).

Tabela 9: Frequência das respostas referente a motivação para o primeiro contato com as drogas (N= 69)*.

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Por qual motivo você utilizou drogas pela primeira vez?		
Curiosidade	25	36,2%
Acompanhar ou incentivado por amigos	25	36,2%
Acompanhar alguém da família	8	11,6%
Para esquecer algum problema.	7	10,2%
Outro motivo	3	4,3%
Foi forçado	2	2,9%
Não sabe, não lembra ou não quis responder.	2	2,9%

* mais de uma opção de resposta foi possível para esta pergunta.

Quando questionados sobre qual a primeira substância psicoativa o jovem teve contato quando iniciou o uso, 33,3% relataram bebidas alcoólicas e 29,0% a maconha (Figura 22). Solventes e cigarros foram relatados por 17,4 % cada e cocaína/crack por 2,9%.

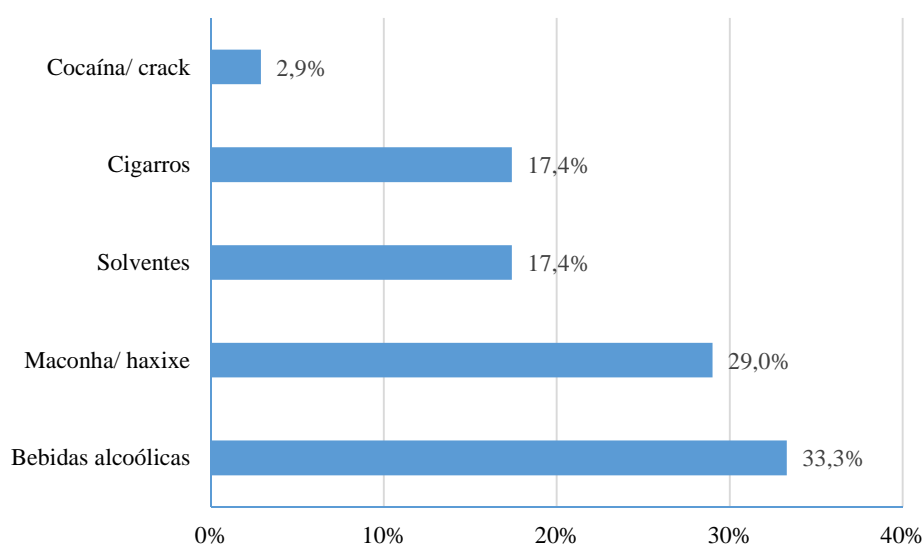


Figura 22: Frequência das respostas (%) sobre qual substância psicoativa teve primeiro contato na vida (N=69).

Outro ponto importante a ser observado é a idade que se deu o primeiro uso de substâncias psicoativas (Tabela 10). Para os 35 usuários de álcool e/ou cigarro, o uso iniciou-se principalmente entre os 12 e 14 anos. Para 27,5% daqueles que iniciaram o uso com drogas ilícitas, o evento iniciou principalmente entre os 8 e 11 anos.

Tabela 10: Distribuição por faixa etária do início do uso de bebidas alcóolicas, cigarro e demais substâncias psicoativas (N=69).

Variáveis	Bebidas alcóolicas/cigarro		Drogas ilícitas	
	Frequência	Frequência	Frequência	Frequência
	absoluta (n)	relativa (%)	absoluta (n)	relativa (%)
<i>Qual idade (faixa etária) se deu o primeiro uso?</i>				
04 - 07 anos	5	7,3%	4	5,8%
08 - 11 anos	11	15,9%	19	27,5%
12 - 14 anos	16	23,2%	9	13,1%
15 - 17 anos	3	4,3%	2	2,9%
TOTAL	35	50,7%	34	49,3%

A Figura 23 mostra as substâncias que os jovens já tiveram contato na vida. Quase todos (89,9%) afirmaram já ter tido contato com a maconha ou haxixe e 71% relataram o contato com bebidas alcóolicas. Cocaína/crack foi reportada por 37,7% dos jovens, e em menor ocorrência está o uso de opioides/opiáceos (17,4%), incluindo a metadona, morfina e codeína. Não houve relato de uso de heroína.

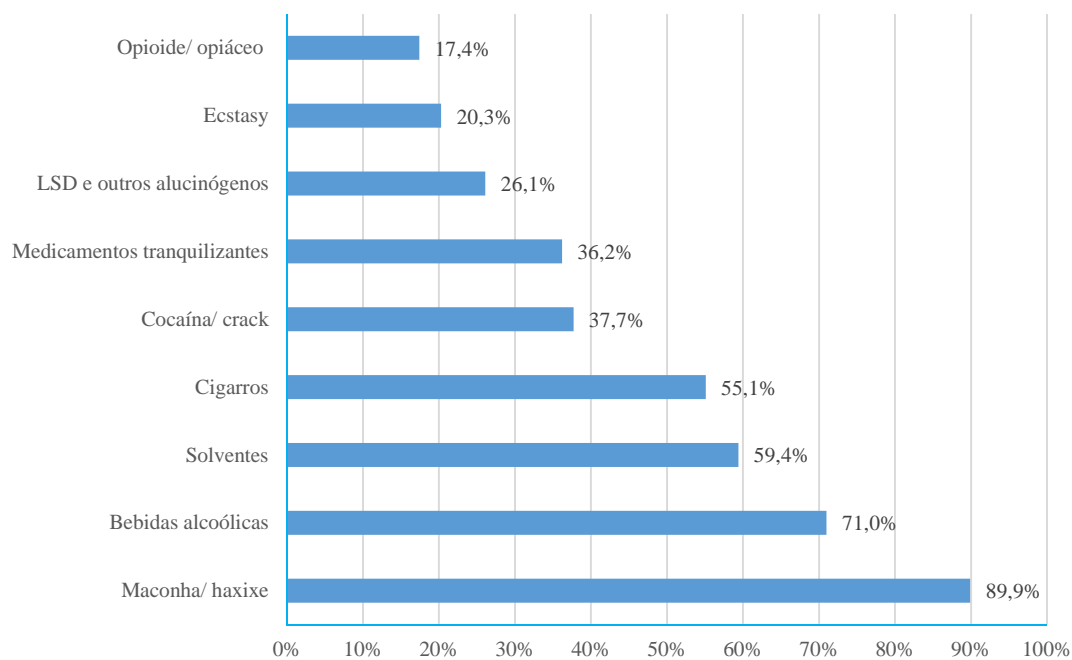


Figura 23: Frequência das respostas (%) sobre qual substância psicoativa os entrevistados já tiveram contato na vida (N=69). Mais de uma opção de resposta foi possível para esta pergunta.

Quase a metade dos jovens (49,3%) revelaram ter conhecido o universo das drogas após ter passado a frequentar o espaço das ruas e 40,6% afirmam ter usado drogas ainda no ambiente familiar (Figura 24).

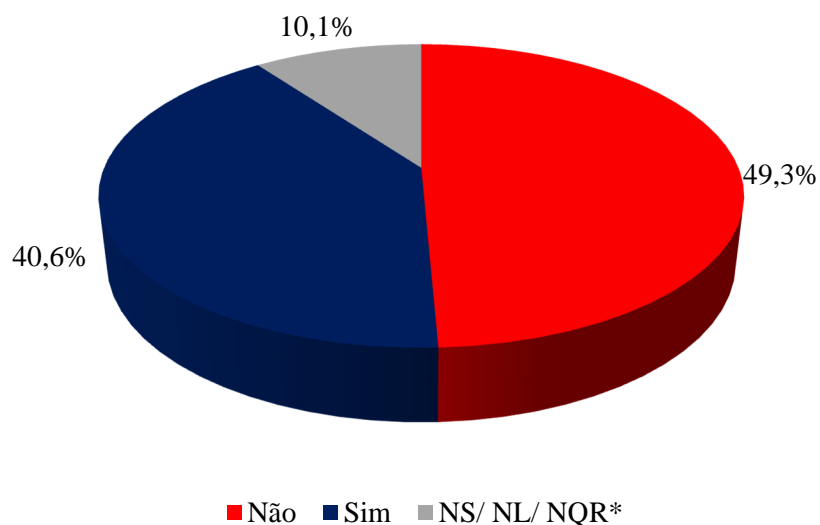


Figura 24: Frequência das respostas (%) quanto a utilizar drogas antes de começar a frequentar as ruas (N=69). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

De acordo com a Figura 25, observou-se que jovens que tiveram o primeiro contato com as drogas antes de frequentar as ruas utilizaram maconha no primeiro uso. Já os jovens que foram apresentados aos psicoativos após contato com as ruas iniciaram o uso por bebidas alcoólicas, seguido de solventes.

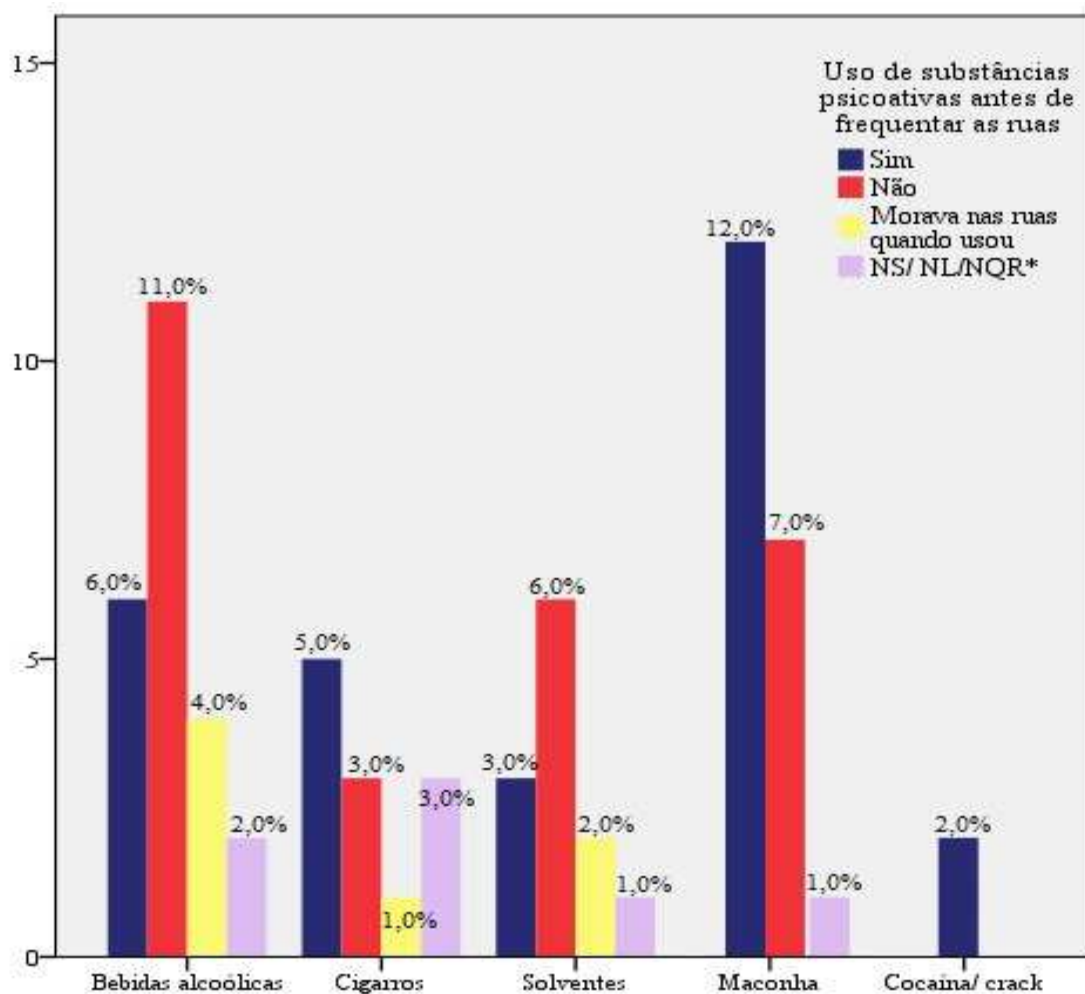


Figura 25: Frequência das respostas relacionadas a substância escolhida para primeiro uso e o uso de drogas antes de frequentar as ruas (N = 69). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Quando perguntado aos 51 participantes que usaram drogas no último ano o porquê de manter tal conduta, 33,3% afirmaram achar “legal” e 11,9% o fizeram para fugir da fome, frio e outros problemas (Figura 26). A influência dos amigos foi relatada por 15,7% dos participantes. Os outros motivos que foram relatados pelos participantes incluem a ociosidade, manutenção do vício e para manter-se calmo.

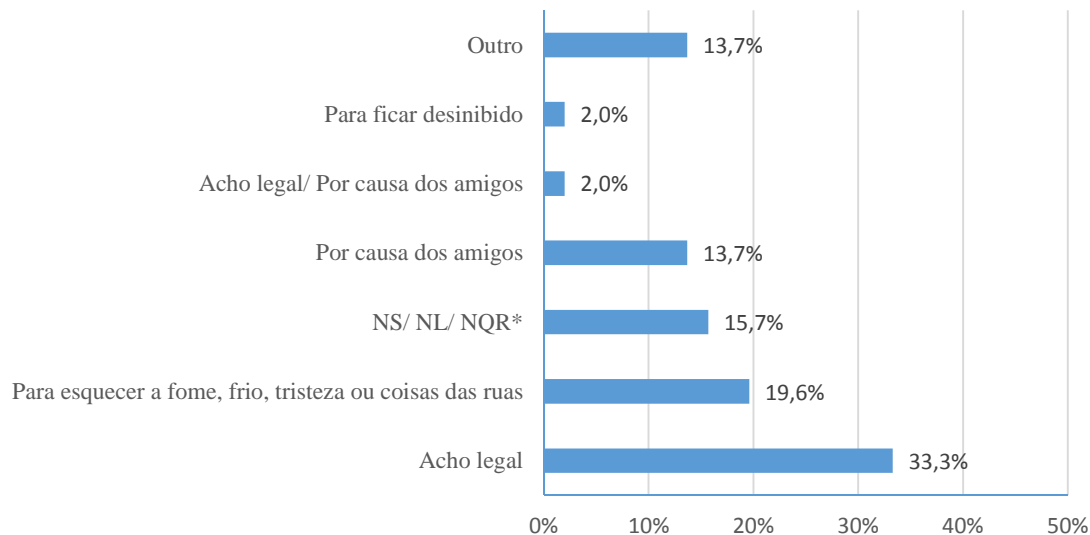


Figura 26: Frequência das respostas (%) sobre o motivo que o jovem permanece fazendo uso de drogas. (N=51). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder.

A Tabela 11 mostra a origem da droga utilizada pelos entrevistados. A maioria (66,7%) afirmou adquirir nos pontos de venda e 45,1% relataram receber de alguém do grupo ao qual está inserido.

Tabela 11: Frequência das respostas (%) referente a como o jovem faz para conseguir as substâncias psicoativas (N=51)*.

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Como você faz para conseguir as drogas?		
Compra pessoalmente nos pontos de venda	34	66,7%
Pede ou recebe de alguém do grupo	23	45,1%
Compra de outras formas	04	7,8%
Não sabe, não lembra ou não quis responder	04	7,8%

* mais de uma opção de resposta foi possível para esta pergunta.

Foi observado uma correlação significativa entre o contato recente com as substâncias psicoativas (nos últimos 12 meses) e as variáveis: idade do participante ($p < 0,05$), tempo (em anos) de atraso nos estudos ($p < 0,01$), tempo em anos que está frequentando as ruas ($p < 0,05$) e tempo (em dias por semana) que permanece nas ruas ($p = 0,275$; $p < 0,05$). Esses jovens são, em sua maioria adolescentes com maior atraso

escolar, que estão há mais tempo frequentando as ruas (acima de cinco anos) e com o maior número de dias na semana nas ruas (acima de cinco dias por semana).

Quando questionados com que frequência costumam fazer uso das drogas, 31,4% relataram o uso diário ou quase diariamente e 27,4% mais de uma vez ao dia (Tabela 12). Jovens que estão há mais tempo frequentando as ruas fazem uso de substâncias psicoativas com mais frequência ($p = 0,332$; $p < 0,05$).

Tabela 12: Frequência das respostas (%) referente a frequência do uso de substâncias psicoativas entre os jovens participantes do estudo (N=51).

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Com que frequência você costuma utilizar drogas?		
Quase que diariamente/diariamente	16	31,4%
Mais de uma vez por dia	14	27,4%
De 1 a 2 vezes por mês	09	17,6%
De 1 a 2 vezes por semana	03	5,9%
Menos de 1 vez por mês	03	5,9%
Não sabe, não lembra ou não quis responder.	06	11,8%
TOTAL	51	100,0%

Percepção do risco

As variáveis elegíveis para a categorização desse tema buscaram investigar dentro desse grupo social o entendimento acerca da percepção de risco de iniciar o uso e de mantê-lo, além da percepção sobre o perigo no uso de drogas para a saúde. As variáveis escolhidas para caracterizar a percepção de risco foram:

- a) Fatos que ocorreram durante o uso de drogas
- b) Quantas vezes tentou parar de usar drogas?
- c) Alguém já te incentivou a parar o uso das drogas?
- d) Você se considera dependente das drogas?
- e) O que você acha que as drogas fazem à sua saúde?

Quanto ao questionamento a respeito dos fatos que já aconteceram com o participante quando estava sob efeito de alguma substância psicoativa, 36,9% declararam nada de anormal ter acontecido e 32,1% relataram terem se envolvido em algum tipo de confusão (Tabela 13). Esse questionamento foi feito para todos os participantes que já tiveram contato com as substâncias psicoativas alguma vez na vida.

Tabela 13: Frequência das respostas (%) referente aos fatos que já ocorreram com o jovem após o uso de substâncias psicoativas (N=69)*.

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Selecione os fatos que já ocorreram contigo após uso de drogas?		
Nada de anormal aconteceu	31	44,9%
Brigou com alguém ou causou algum tipo de confusão	27	39,1%
Passou mal	11	15,9%
Colocou a própria vida em risco (sem intenção)	10	14,5%
Foi roubado, agredido, abusado sexualmente ou prejudicado de alguma forma	08	11,6%
Foi roubar	05	7,2%
Transou sem camisinha	02	2,9%

* mais de uma opção de resposta foi possível para esta pergunta

A Figura 27 mostra que 43,1% dos entrevistados afirmaram já ter tentado parar o uso de drogas alguma vez, mas 29,4% deles reconheceram nunca terem tentado. Mais de um quarto não souberam ou não quiseram responder esta pergunta.

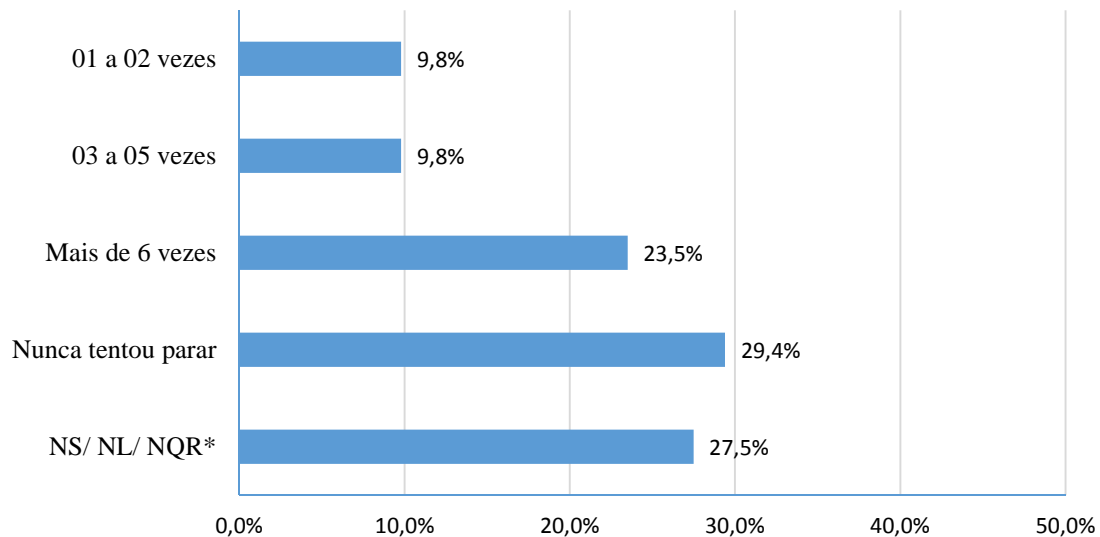


Figura 27: Frequência das respostas (%) sobre a quantidade de vezes que o entrevistado tentou parar o uso de substâncias psicoativas (N=51). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Foi questionado aos jovens se eles já haviam sido incentivados a parar de usar drogas e quem era responsável pelo aconselhamento (Tabela 14). Quase 70% deles foram incentivados a parar por grupos de apoio, e 15,7% referiram nunca terem sido incentivados.

Tabela 14: Frequência das respostas (%) sobre a percepção do incentivo externo recebido para cessar o uso de drogas (N=51).

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Alguém já te incentivou a parar o uso das drogas?*		
Grupos de apoio/ assistenciais/ religiosos	35	68,6%
Pais	11	21,6%
Amigos	02	3,9%
Irmãos	01	2,0%
Nunca fui incentivado	08	15,7%

* mais de uma opção de resposta foi possível para esta pergunta.

Foi perguntado aos jovens se eles se consideravam dependentes das drogas (Figura 28). Pouco mais que a metade dos entrevistados (54,9%) não se considera

dependente, mas 41,2% se reconhece como tal. Foi observado uma correlação entre a frequência em que o entrevistado faz uso de substâncias psicoativas e a percepção de se considerar dependente das mesmas ($p < 0,05$). Isto é, a maioria dos participantes da pesquisa faz uso de psicoativos com frequências, mas não se considera dependente químico.

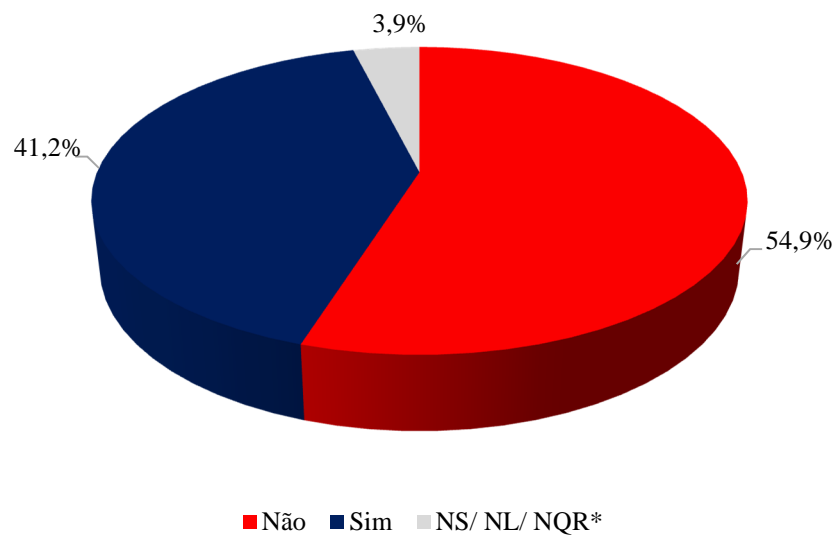


Figura 28: Frequência das respostas (%) quanto a se considerar dependente de drogas (N=51). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Quando questionados sobre os impactos das drogas na saúde, a maioria (73,8%) reconheceu que o uso faz mal à saúde (Figura 29).

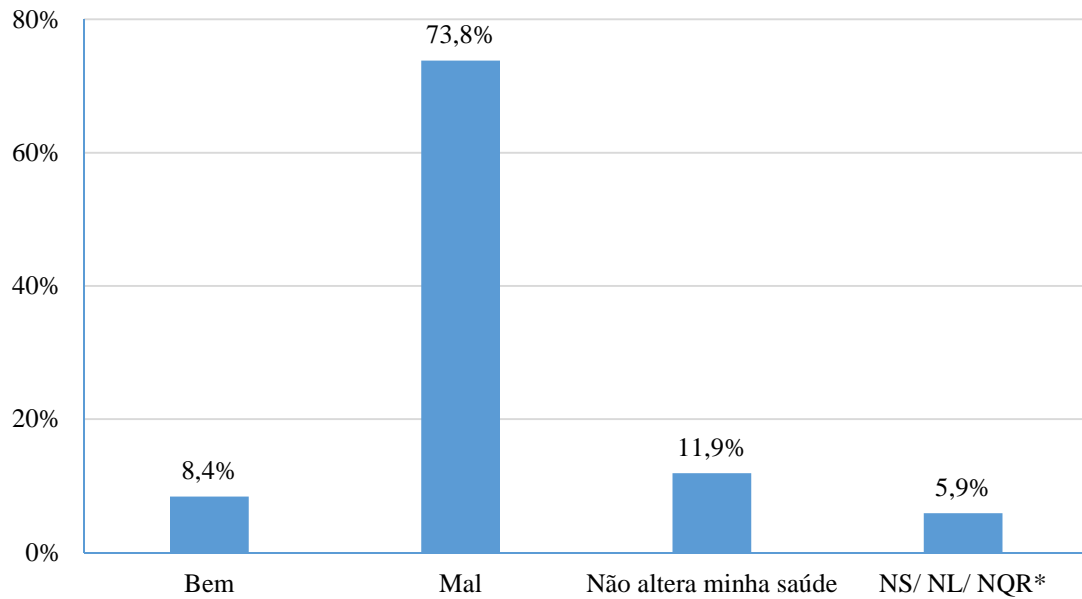


Figura 29: Frequência das respostas (%) sobre percepção acerca dos efeitos das drogas no organismo (N=84). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Com relação as tentativas de parar o uso de psicoativos e as variáveis relacionadas aos questionamentos “*Você acredita que o contato com as ruas favorece o uso de drogas?*” e “*O que você acha que as drogas fazem a saúde?*”, verificou-se que há uma correlação positiva fraca em ambas ($\rho = 0,3$; $p < 0,05$). A Figura 30 mostra a relação entre tentar parar de usar drogas e a percepção de risco com relação à saúde. Apesar de ter consciência de que o uso de substâncias psicoativas fazem mal a saúde, a maioria dos jovens não conseguem parar de usá-las.

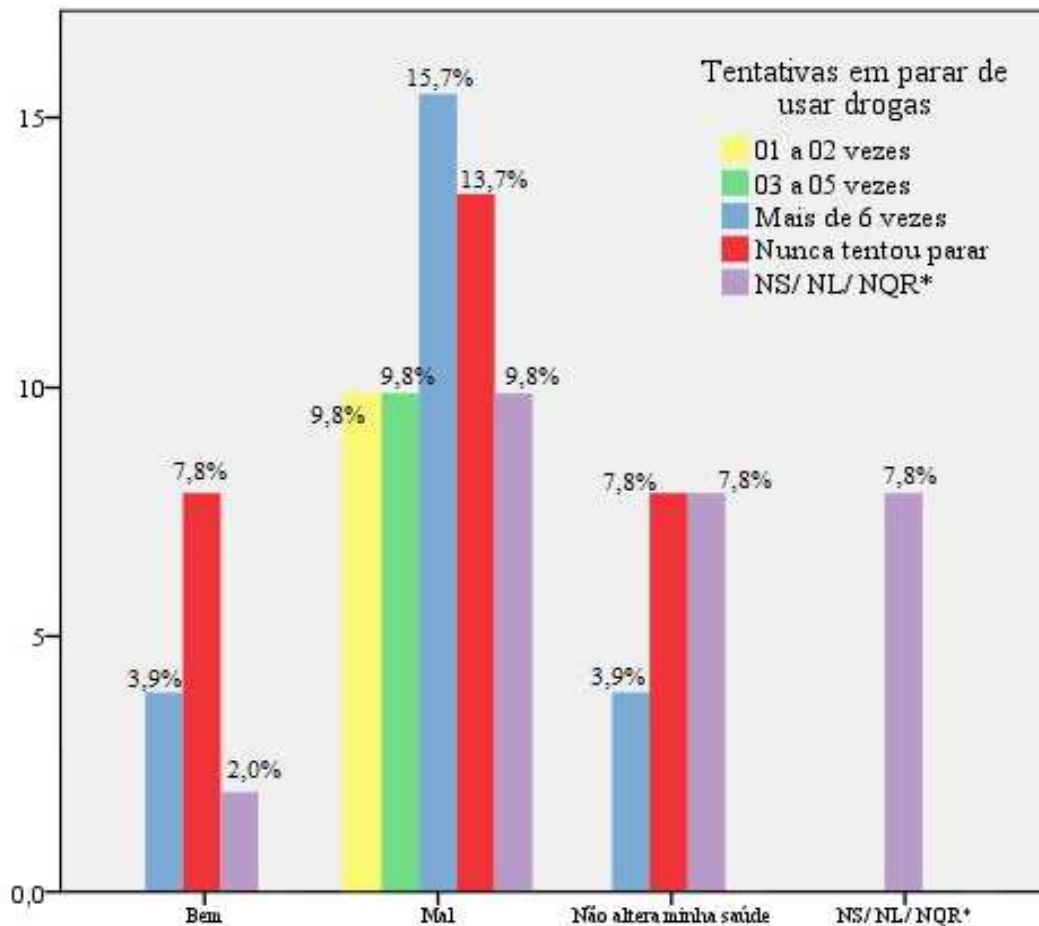


Figura 30: Frequência das respostas relacionadas a percepção dos efeitos das substâncias psicoativas a saúde e as tentativas dos entrevistados em parar o uso (N = 51). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Aspectos familiares frente ao uso de drogas

Afim de investigar melhor a relação dos jovens com seus familiares, foram aplicadas perguntas que buscaram investigar se existem fatores que envolvem o relacionamento familiar que podem conferir risco ou proteção para o uso de drogas.

Aos 84 participantes da pesquisa, foi perguntado a respeito da opinião dos familiares quanto ao uso de drogas. Quase a metade (46,4%) dos jovens entrevistados afirmaram que a família não considera este comportamento correto, e 29,8% afirmaram que a temática drogas nunca foi discutida no ambiente familiar (Figura 31). Quase 18% dos jovens não souberam/não quiseram responder a esta pergunta.

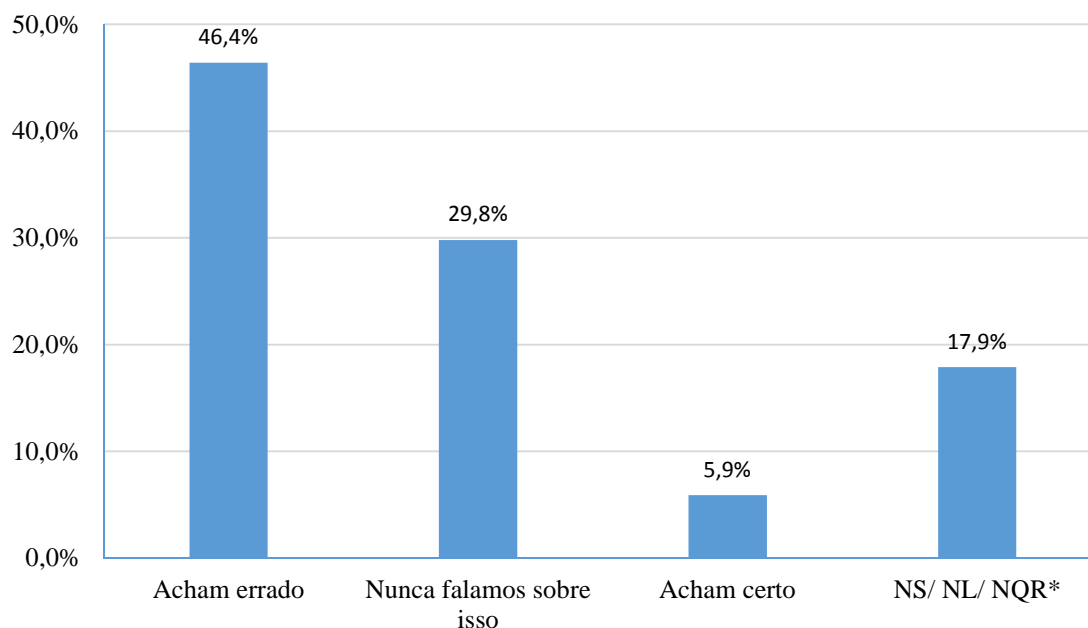


Figura 31: Frequência das respostas (%) sobre a opinião dos familiares dos entrevistados quando perguntado o que estes acham sobre o uso de drogas (N=84). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Ainda nesta temática, todos foram questionados se outras pessoas em seu ambiente de convívio faziam uso de substância psicoativa. Cerca de 62% dos entrevistados confirmaram este uso (Figura 32), principalmente de maconha/haxixe e (71,2%) e cocaína/crack (46,2%) (Figura 33). Um quarto dos jovens não souberam/quiseram responder.

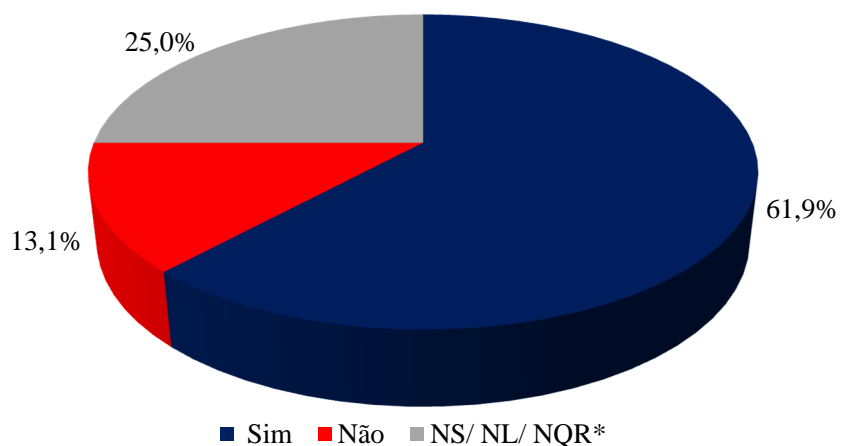


Figura 32: Frequência das respostas (%) sobre a prevalência do uso de drogas entre pessoas do círculo de convívio do participante (N=84). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

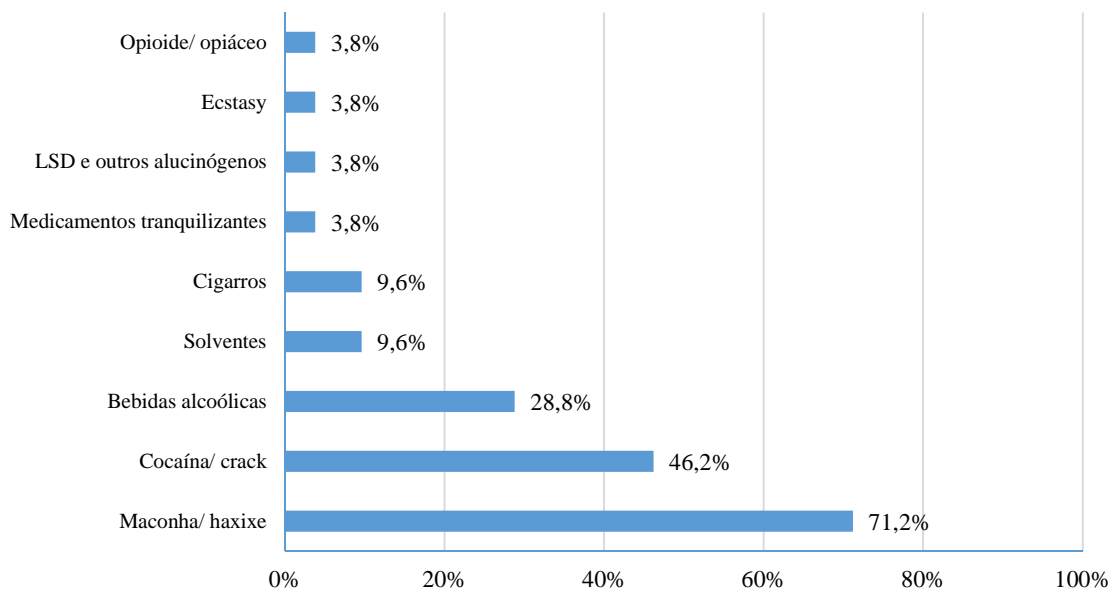


Figura 33: Frequência das respostas (%) sobre qual substância psicoativa as pessoas que convivem com ele usam (N=52).

Foi observado uma correlação entre faixa etária em que se deu o primeiro uso de substâncias psicoativas e a opinião dos familiares quanto ao uso de drogas ($p < 0,01$). Apesar dos familiares dos jovens entre 10 a 13 anos acharem errado, este grupo teve um maior índice de primeiro uso de drogas (Figura 34).

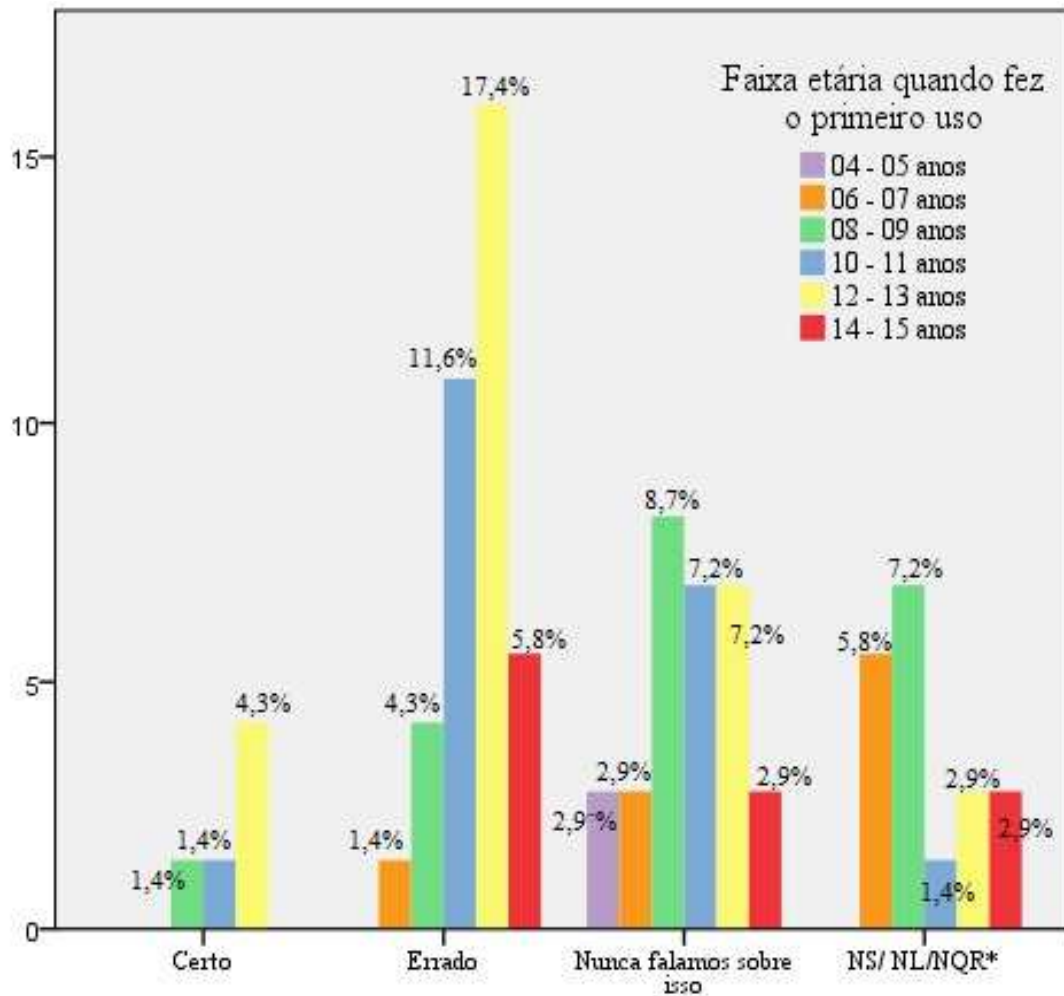


Figura 34: Frequência das respostas relacionadas a faixa etária que se deu o primeiro contato com as substâncias psicoativas e a opinião dos familiares acerca do uso de drogas (N = 69). *NS = Não sabe; NL = Não lembra; NQR = Não quis responder

Eixo 2 – Análise qualitativa:

Descrição da população:

Foram realizadas quinze entrevistas para análise qualitativa entre o período de outubro de 2016 a outubro de 2017. Segue a descrição do perfil destes jovens:

Jovem 01, sexo masculino

D.C.S., 17 anos, mora na Casa Lar do Guará. Na infância, morava nas ruas com os pais biológicos, mas passava o dia pedindo dinheiro, que o pai pegava para comprar bebidas alcoólicas. Bêbado, o pai batia em *D.C.S.* e em sua mãe. Aos 5 anos de idade, os pais o abandonaram em um posto de gasolina. O dono da lanchonete do posto ligou para a polícia e um dos policiais o adotou. Relatou muitos conflitos nesse novo lar. *D.C.S.* fugiu de casa aos 12 anos de idade, quando o conselho tutelar o resgatou e o colocou em um abrigo.

Jovem 02, sexo masculino

I.S.B., 17 anos, nasceu em Brasília e, ainda criança, foi deixado no abrigo pelos pais. Não se recorda bem desse fato. Lembra que, um tempo depois, voltou para casa e permaneceu até os 12 anos. Foi para o abrigo novamente devido a conflitos familiares. Mora no abrigo Casa Lar do Guará há dois meses, mas frequentemente vai para as ruas vender drogas. A namorada de *I.S.B.* está grávida de 7 meses e ainda mora nas ruas.

Jovem 03, sexo feminino

A.B.T., 15 anos, natural de São José dos Campos/SP, veio com os pais morar em Planaltina/GO. Aos 12 anos, os pais se separaram e a mãe decidiu morar nas ruas. Após pedir chorando para ir para uma casa, a mãe resolveu ir morar na casa de uma tia. Pouco tempo depois, a mãe se casou novamente, os conflitos a levaram à vara da infância para pedir ajuda. *A.B.T.* está no abrigo Casa Lar da Ceilândia desde de 19 de maio de 2016.

Jovem 04, sexo masculino

R.A.N., 14 anos, natural de Brasília/ DF, relatou que a mãe o entregou para outra mulher criar. Não se recorda quando, mas lembra que, depois disso, passou por várias moradas até que foi morar com o irmão e amigos numa casa em Santa Maria/GO. No momento da entrevista, *R.A.N.* estava acolhido na Casa Lar de Ceilândia.

Jovem 05, sexo masculino

J.S.L., 17 anos, natural de Brasília/DF. Relatou que bem pequeno foi abandonado pela mãe, passando a morar em abrigos. Aos 14 anos fugiu do abrigo porque conheceu uma mulher que prometeu ajuda-lo. Sem receber a ajuda prometida, J.S.L. passou a morar nas ruas. Retornou para o abrigo há cerca de seis meses após resgate pelo conselho tutelar. No momento da entrevista, morava na Casa Lar do Guará.

Jovem 06, sexo masculino

I.W.S., 17 anos, natural de Planaltina/GO. Relata que nunca morou com a mãe e que foi uma amiga da mesma que cuidou dele na infância. Aos 7 anos foi morar em um abrigo em Taguatinga. Aos 10 anos de idade e por meio de um amigo, chegou a UNACAS, onde mora atualmente.

Jovem 07, sexo feminino

V.R.A., 14 anos, natural de Brasília/DF. Narra que morava nas ruas com a mãe, padrasto e seus três irmãos. Seus responsáveis eram usuários de *crack*. Aos 10 anos, foram morar em um albergue, mas pouco tempo depois, seu padrasto foi expulso porque foi pego com drogas. Sua mãe resolveu acompanhá-lo abandonando os filhos. V.R.A. e seus irmãos foram encaminhados para o abrigo Lar de São José onde se encontravam no momento da entrevista.

Jovem 08, sexo masculino

T.A.N., 16 anos, natural do Gama/DF e morador da Casa Lar Ceilândia há dois anos. Relata que passou a frequentar as ruas aos 12 anos após fugir de casa devido à violência doméstica praticada pelo padrasto. Morou nas ruas por pouco mais de um ano.

Jovem 09, sexo masculino

Y.R.M.Q, 13 anos, natural de Anápolis/GO. Relata que foi abandonado pela mãe ainda pequeno, sendo entregue para outra mulher o criar. Foi para o abrigo por estar sendo ameaçado nas ruas. Afirma que frequenta as ruas desde os 9 anos e usa maconha todos os dias várias vezes aos dias. No momento da entrevista, o adolescente morava há 3 meses na Casa Lar Ceilândia.

Jovem 10, sexo masculino

V.E., 13 anos, natural de Salvador/ BA. Conta que, ainda pequeno, morava com os pais quando estes se separaram. Após a separação, V.E. e sua mãe vieram para Brasília, onde foram morar nas ruas. Aos 11 anos, teve uma convulsão sendo levado ao hospital onde foi abandonado pela mãe. Após isso, foi encaminhado para o abrigo Lar de São José onde permanecia no momento da entrevista. V.E. nunca mais teve notícias dos pais.

Jovem 11, sexo masculino

E.G.L., 17 anos, natural de Sobradinho/DF. Relata que aos 3 anos de idade, o padrasto o espancou, ficando internado em coma por três meses. Em virtude disso, sua mãe biológica perdeu sua guarda. Relata que a mãe tentou por diversas vezes recuperar a guarda, mas sem sucesso. Posteriormente, a guarda foi entregue a uma outra mulher, que o jovem relata ter explorado desde pequeno colocando-o para vigiar carros. Aos 7 anos fugiu desse lar, passando a morar nas ruas, mas há 2 anos mora na Casa Lar Ceilândia.

Jovem 12, sexo masculino

T.P., 14 anos, natural de Brasília/ DF. Conta que morava com a mãe, mas, sem se recordar do motivo, foi posteriormente morar com uma tia. Aos 10 anos, saiu da casa da tia após conhecer companhias que o levaram para as ruas. Relata que os companheiros de rua foram presos e, na ocasião, o conselho tutelar o resgatou e o encaminhou para o abrigo. No momento da entrevista, T.P. morava na UNACAS.

Jovem 13, sexo masculino

F.M.M.G., 16 anos, natural de Teresina/Piauí. Relata que ainda na infância morava com os pais. Aos 5 anos, os pais se separaram e ele ficou com a mãe. A mãe encontrou um novo companheiro que entregou F.M.M.G. para uma irmã criar. Após denúncias de maus tratos, o conselho tutelar o levou para um abrigo. Foram feitas tentativas de reintegração do jovem à família entregando-o ao pai que também o abandonou posteriormente. Depois disso, F.M.M.G. passou a frequentar as ruas até que foi levado para o abrigo. No momento da entrevista, o adolescente estava morando na UNACAS.

Jovem 14, sexo masculino

R.A.F., 14 anos, natural de Planaltina/ GO. Relata que o pai faleceu recentemente devido ao alcoolismo. Refere que a mãe não sabe aonde ele está, pois está frequentando as ruas e abrigos há bastante tempo. No momento da entrevista, R.A.F estava morando na Central

de Acolhimento da UNAC devido a descumprimento de normas internas no outro abrigo que morava.

Jovem 15, sexo masculino

M.M.V., 17 anos, natural de Belo Horizonte/MG. Afirma que os pais faleceram há bastante tempo. Só tem contato com a avó. Não recorda quando começou a frequentar as ruas. Está abrigado na Central de Acolhimento da UNAC há menos de um mês devido a ameaças. Relata intensa atividade relacionada ao crime mesmo estando abrigado.

Análise do discurso

Com o objetivo de contribuir para a compreensão sobre os mecanismos de construção do texto falado (análise do ato conversacional), buscou-se aqui aplicar alguns dos fundamentos da análise do discurso à análise de textos orais produzidos. Os significados dos símbolos mostrados nos textos transcritos estão mostrados no Quadro 1 (PRETI, 1999; NASCIMENTO, 2009).

Quadro 1: Símbolos referentes às convenções de transcrição (PRETI, 1999; NASCIMENTO, 2009).

Descrição	Sinal
Incompreensão de palavras ou segmentos	()
Hipótese do que se ouviu	(hipótese)
Truncamento. Parada brusca. Havendo homografia, usa-se acento indicativo da tônica e/ ou timbre.	/
Entonação enfática	maiúscula
Alongamento de vogal ou consoante (como r, s)	:
Alongamento maior de vogal ou consoante (como r, s)	::
Silabação	-
Interrogação	?
Exclamação	!
Entonação média	,
Finalização de ideia	.
Qualquer pausa	...
Comentário do transcritor	((minúscula))

Descrição	Sinal
Discurso direto. Citações literais.	“”
Expressões próprias da fala	Itálico
Indicação de que a fala foi suprimida ou transcrição parcial	(...)

Como o jovem identifica a si mesmo:

As análises textuais a seguir se preocupam em identificar traços linguísticos que permitam perceber o modo como o entrevistado identifica a si mesmo (como o jovem se vê, sua identidade e suas ações e reações).

O relato a seguir do Jovem 1 mostra as marcas e consequências que o abandono familiar causaram no entrevistado.

(...) Eu nasci, *né...* *Aí*, sabe como é que é, **a gente quando nasce, aí já tem a sentença de viver**. *Aí*, eu morava na rua com meus pais biológicos. *Aí* meus pais biológicos me deixaram no posto de gasolina. Eles falaram que ia voltar, que ia me buscar só falava isso. "Fica aí que depois a gente volta para te buscar". Nunca voltaram! Eu fiquei no posto por horas chorando...

Observa-se no discurso acima as vozes presentes no texto. Na voz do jovem percebe-se que o mesmo traz consigo as ideias de que foi sentenciado pela vida. A seguir, tal ideia é corroborada pela abertura a outras vozes, a dos pais do jovem, por meio do discurso direto.

Outro fato conflituoso para o entrevistado foi a inserção em um novo lar. O relato a seguir mostra a relação conturbada entre o entrevistado e a nova família.

((...)) Foi bom. Eles me educaram (pais adotivos), entendeu? Só que por meu pai (adotivo) ser militar, ele era muito rígido. Então, **eu apanhava muito dele, dos meus irmãos mais velhos...** e acabei que/ Passaram-se anos. **Eu começava a chorar em sala de aula. Eu chegava com marca** e a diretora denunciou pro Conselho Tutelar do Gama. O Conselho Tutelar foi fazendo processo comigo.

No discurso a seguir, as ações do jovem evidenciam o trauma deixado pelos conflitos e a desestruturação familiar, validando as afirmações anteriores.

(...) Prefiro está aqui (no abrigo) do que está com a minha família (família adotiva). Geralmente eu fico assim (colocando a vida em risco) quando eu tô na tristeza ou então, quando eu tô:: estressado. ((...)) porque ou eu me corto, *né?* Ou eu já:: sou agressivo. ((...)) É tipo surto.

A ideologia de responsabilidade familiar também é vivenciada no discurso do jovem 02. Porém, o entrevistado se coloca na posição de provedor. Esse traço foi marcado durante toda a entrevista, pois o jovem fez poucos relatos sobre suas origens, se prendendo apenas a falar indiretamente sobre sua responsabilidade como pai.

Eu descobri que minha ex tava grávida ((...)) Grávida de mim. Aí, depois pegou/ Eu fui vender droga/ aí, terminou eu fui fazer um estágio no candango. *Aí,* eu descobri que ela tava grávida. *Aí,* o estágio terminou, eu peguei meu dinheiro e fui vender droga. Peguei a rescisão, o dinheiro qui eu recebi. Eu vendi droga ligero. Comprava 25 grama, 600 reais, fazia 1200. Até hoje faço!

Nesse contexto, o jovem se coloca como alguém decidido e a ideia de ter que sustentar um filho é uma forma de legitimar suas ações como vendedor de drogas. O entrevistado se põe a todo momento como um comerciante buscando o próprio sustento e de sua família.

(...) No outro dia, (um usuário) já estava sem a jaqueta e sem o tênis. *Aí,* eu falei: “Hoje o que que tu quer?” Ele falou: “Não. Me dá uma pedra?” Eu falei: “Oxe! Se adiante!” Não sei o que. Ele pedindo coisa de graça já! Já tinha entrado na pedra! **Aí, tinha um nome assim aqui no braço dele, Eloísa. Eu falei: “Quem é essa?” Ele: “É minha filha”. “Oh, cara! Volta para tua casa, bicho! Tu é tão bonito! Tu é pai de família! Seu filho tem quantos anos?”** *Aí,* comecei a trocar ideia com ele... Não sei o quê... *Aí,* falou que ela era pequena e que acabou de entrar, entrar naquela noite (no uso do crack).

A presença de uma voz além da do entrevistado - a voz de um usuário de crack - no texto marca um diálogo no qual o entrevistado interage e se identifica com a situação vivida por aquele. O discurso do jovem entra em concordância com o comportamento de

responsabilidade frente à família quando o mesmo aconselha o seu “cliente” a retornar para casa.

Nos dois relatos a seguir, observa-se a influência dos pares na escolha do jovem em fazer uso de substâncias psicoativas. Em ambos estão presentes relatos indiretos. No primeiro caso, a jovem 3 refere-se ao grupo de jovens que o incentivou a iniciar o uso.

Na rua oferece muito droga para você ((...)) Sei lá... **Eu tava na escola, aí chegaram uns menino e me ofereceram. Aí eu... Aí eu perguntei se era bom. Elas (meninas) disse qui era bom, aí eu fui lá e testei.** *Aí*, eu fiquei até hoje. *Aí*, eu tô tentando parar.

O uso da voz passiva no ato fala é, no caso, indicativo de proteção da identidade do agente que a influenciou. Há um realce do que foi dito e uma redução da importância do agente nesse processo. Além disso, a entrevistada assume a responsabilidade da escolha quando se refere a testar o uso da substância, mas em seguida coloca-se numa posição de fraqueza frente a necessidade em consumir drogas.

No texto a seguir, permanece a ocultação de quem ainda exerce influência nas decisões da jovem frente ao uso de substâncias psicoativas. Além disso, a ideia da necessidade do uso é reforçada pela justificativa do que causa a ausência da droga no organismo.

((...)) **É porque tem umas menina.** *Aí*, tá fumando (meninas). *Aí*, vai lá e me chama, *aí* eu vou! (...) **quando eu não fumo maconha, eu fico estressada.**

No relato do jovem 4, a presença da voz do irmão, mesmo que de forma indireta, está intimamente relacionada a uso de psicoativos pelo entrevistado. Apesar de não ter deixado claro a opinião do irmão quanto ao uso, observa-se uma cumplicidade com relação ao uso.

(...) Foi quando **meu irmão começou a usar droga primeiro do qui eu, aí eu vi ele (irmão) usando, aí comecei a usar.** Depois qui eu comecei a usar, eu gostei da lombra. (...) cada vez qui eu ficava mais doidão, eu queria ficar mais, eu ia lá e comprava.

Também é observado aqui a apatia frente a necessidade do uso. Na voz do entrevistado, quanto mais usa, mais quer, observando-se um consumo compulsivo pelas substâncias.

As entrevistas dos jovens 5 e 6 são marcadas pelas vozes dos emissores onipresente em todo o texto. A ideologia de que não são mais usuários de drogas é reforçado pelo uso do verbo “parei”, seguido de uma justificativa para o ato: “porque eu frequento adolescento” e “é terminar os estudos e arrumar um trabalho decente”.

Em seguida, há contraposição de ideias quando os mesmos jovens afirmam fazer uso de cigarros: “A única coisa é cigarro e bebida” e “Só fumo um cigarro”

Tal discurso denota uma percepção reduzida do potencial ofensivo de substâncias psicoativas lícitas e até mesmo da maconha.

(...) Nunca usei droga, tia! Até hoje! **A única coisa é cigarro e bebida. A bebida é um tipo de droga, né?** ((...)) **Parei porque eu frequento adolescento**::. Hoje, quando os meninos vê eu fumando, *ai* eu pego, *ai* os menino fala: "não vai..." Não sei o que... *Aí*, eu vou, penso um pouco e paro.

No relato anterior, Jovem 5, além da voz do autor, há um relato indireto na voz de amigos do jovem (os menino) em uma pequena parte do texto demarcando a separação do entrevistado dos demais do grupo que o aconselham a não fazer uso de cigarros.

Já o discurso familiar do Jovem 6 entra como apoio à resistência ao uso de substâncias psicoativas. Neste trecho, a representação do entrevistado junto a família atua como oposição ao uso das demais drogas. Há uma ênfase o papel da mãe quando o entrevistado se refere as orientações que recebe mesmo doente. É notado um posicionamento de respeito e zelo com a figura materna que mesmo debilitada se mantém preocupada com a vida do filho, enfatizando uma interação entre ambos.

(...) *Aí*, eu usei droga. Usei muita droga aqui. ***Aí, eu parei.*** ((...)) **Só fumo um cigarro.**

(...) **é terminar os estudos e arrumar um trabalho decenti.**

(...) tem vez que eu num compro cigarro, não. Eu compro droga. ((...)) Umas recaída.

(...) **uso maconha.**

(...) Todo final de semana eu vou pra lá (casa da mãe), pra evitar o uso da droga. ((...)) ela (mãe) deu o avc, mas só qui ela (mãe) num fala assim qui nem a gente, não. Ma eu intendo

tudo qui ela (mãe) fala. Ela (mãe) fala pra mim terminar meus estudo e si cuidá e ajuda a ela (mãe).

Em posição oposta, se põe o discurso da Jovem 7. Observa-se mais uma vez o anonimato do agente influenciador do uso de drogas (**me ofereceram**), sendo minimizado seu papel no ato conversacional devido a jovem não ter aceitado a proposta.

(...) **Já me ofereceram** e eu não aceitei. ((...)) **minha mãe é usuária de droga**. O que que eu quero para minha vida? O mesmo caminho que o dela? Acabar com o crack, **acabar com o corpo dela (mãe)**, acabar com a minha vida, minhas esperança, minhas expectativa... tudo!

O ponto de vista ideológico da entrevistada é de que o uso de drogas acarreta problemas nefastos atingindo não só a saúde, indo mais além, alcançando valores, sonhos e esperanças, sendo considerado inimigo devastador. Apresentado de forma indireta no texto, o exemplo de destruição da figura materna (**acabar com o corpo dela**) foi preponderante na tomada de decisão em não fazer uso de drogas.

Em resumo, os relatos dos jovens mostram a quebra dos vínculos familiares, seja pela situação de abandono ou pelo simples afastamento do convívio familiar, a fragilização dos vínculos afetivos, relacionais, de pertencimento social ou associados à violência. Essas relações geraram crianças e adolescentes passivos ao que ocorrem em seu meio e com a autoestima comprometida.

Interação do jovem com seu meio:

As reflexões a serem desenvolvidas nesta seção a respeito de língua falada terão como ponto de partida a interação do jovem com seu meio (como ele vê o meio em que vive, como se insere nele e os sentimentos de pertencimento).

A entrevista com o Jovem 8 foi marcada pela presença de duas vozes além do entrevistado. Citadas de forma indireta (os amigos) e (a professora) mostra a influência de dois grupos opostos na vida do narrador.

O grupo dos amigos, onde se busca prazer, divertimento e inclusão, e, do lado oposto a professora, como figura de referência e confiança na hora da troca de ideias.

(...) Os amigos me dão (drogas)...

(...) Eu sou calmo, quieto na minha. ((...)) Eu não converso muito, não. Eu só converso com a professora.

O discurso do Jovem 9 é marcado por expressões de autonomia e escolha tanto pelo frequentar as ruas como usar qualquer substância. O verbo querer antecedido do pronome **quem** retrata que são ações da coletividade estando no controle do agente a escolha por aderir a oferta ou não. A rua é, para muitos, apenas um lugar de passagem. No entanto, para esse jovem está estabelecida uma relação íntima com a rua (**Eu vou todo dia!**) não sendo apenas um lugar de passagem, mas um espaço de sobrevivência e de formação de vínculos

O interlocutor se posiciona no texto como pessoa decidida e consciente de sua vontade. Porém, na voz do primo relatada indiretamente no texto, agente que oferece drogas pela primeira vez, fica marcado que o entrevistado sai da posição de firmeza e autonomia para uma posição de influenciável.

(...) A rua tá pra todo mundo andar. **Anda quem quer. Eu vou todo dia!**

(...) Sei lá... Eu fumei. Meu primo me ofereceu e eu fumei. Foi na rua...

(...) **na hora que eu quiser parar, eu paro.**

Do mesmo modo, na entrevista do Jovem 10, nota-se a influência das ruas e de outras companhias na escolha por usar ou não drogas, no caso aqui, solventes. Porém, em oposição ao discurso anterior, o jovem mostra-se fragilizado e temeroso por ser menor que os demais pertencente ao grupo.

Nesse cenário, os jovens não podem ser agrupados de maneira uniforme, sendo possível delinear diferentes perfis. Porém, estes não são definitivos, uma vez que há passagem de um grupo a outro. Observa-se no enunciado também a ideologia de aceitação e pertencimento ao grupo, onde o agente por ser menor (**eu era pequeno, meus amigo um pouco mais grande, né?**) e permanecer incluso, se submete às vontades dos maiores como forma de proteger o grupo e de autoproteção.

(...) **os amigos** que eu tinha oferecidos. ((...)) **Só usei tiner quando eu andava na rua**, mas eu não uso mais isso. (...) Mudava minha voz, eu ficava estranho, achava que eu tava em outro lugar...

(...) **meus amigo::... eu era pequeno, meus amigo um pouco mais grande, né? Aí**, roubaram. *Aí*, eu peguei e falei que era meu sem ser. Má não fui eu que roubei.

O trecho a seguir retrata a narrativa do jovem 11 sobre sua interação com o meio em que vive.

(...) Eu já fiz crime de tudo... ((...)) tráfico, assalto, arma, essas coisas aí.

(...) Eu sou uma pessoa que penso. Para entrar no crime tem que ser esperto. Se não for, morre! A primeira vez que eu fui preso, eu tinha nove anos e que eu levei um tiro, eu tinha 8 anos. Eu era um perigo para sociedade. ((Aonde foi o tiro?)) No meu joelho, pô. Mulher::, eu tenho uma vida inteira dentro de um quadrado.

No relato do jovem 11 predomina de forma hegemônica a voz do agente, em que a constituição discursiva trata-se de um jogo de ideias que reforçam o sentido de “periculosidade” e de “natureza ruim”. Aqui, o jovem se reconhece como um perigo a sociedade, apresentando uma noção de rotina perigosa e reprimida a qual foi deixada para trás na expressão do verbo ser: “Eu **era** um perigo para sociedade”. Percebe-se também, que o jovem se reconhece como um indivíduo esperto, de atitude – “Eu sou uma pessoa que penso. Para entrar no crime tem que ser esperto” – e bem-sucedido por ter entrado cedo, ainda na infância no mundo do crime e ter sobrevivido a ele. O jovem, ainda na infância, apresenta comportamento destemido e é desafiado a se aproximar do perigo levando-o à falsa ideia de estar acima do bem e do mal. Tal pensamento perdura na vida do jovem como mostra nos trechos a seguir:

(...) Me arrepender:: Não me arrependo, não. ((...)) No dia de ser julgado, vai ser julgado, né? Eu também não tenho medo de ninguém. Não tenho medo de morrer. **Só tenho medo do castigo de Deus.**

O discurso legalista e reafirmador do *status quo*, reforça a ideia de consciência da existência do perigo e ausência de temor aos riscos causados pelas suas atitudes e das consequências geradas por ela. Entre as percepções embutidas no texto de justiça material

e justiça divina do jovem 11, o freio moral religioso pela expressão: “Só tenho medo do castigo de Deus” é a única barreira na imposição de limites. No texto a seguir, há reafirmação do sentimento de vergonha pelos deslizes morais cometidos pelo jovem frente a religião.

(...) Num frequente igreja, não. Porque/ No momento, né? **Porque pra mim ir para igreja é só quando Deus tocar no meu coração. (...) Pra mim não compensa ir pra igreja e continuar pecando.**

O jovem 11 apresenta discurso de não reconhecimento do perigo e danos à saúde causado pelo uso de maconha. Nesse mesmo sentido não há reconhecimento de dependência do jovem com relação ao uso da droga. Em sua fala, uma forma de minimizar a importância da ação da droga e seus efeitos sobre o narrador é afirmando que o que causa problema é a mistura de drogas e a maconha não causa problemas porque vem da planta.

(...) Só fumo maconha desde os 6 anos de idade. ((...)) isso para mim, eu penso qui todo mundo fala qui quem usa droga acaba com cérebro. Deixa a pessoa doida. Eu penso assim: deixa doida quem usa um monte de droga e não um tipo irregular. Tipo, vai mim dá... vai mim dá, ó:: vai mim dá coisa na cabeça... Se eu não uso uma droga só, porque se eu uso uma, com mais uma, uma com mais uma, e atrás dessa outra, eu boto outra, e outra, e outra, claro que eu vou ficar biruta! Como é que eu não quero ficar doido com um monte de química? Agora não minha única química é só maconha dentro da planta ((...)) eu fumo maconha há 13 anos.

((...)) eu paro a hora que eu quero. (...) tá no meu controle. Até mesmo já me chamaram pra CAPS. Chegou lá no CAPS, eu expliquei pra ele tudinho, que eu não precisava de CAPS ((risos)).

Semelhante ao discurso do jovem 11, o jovem 12 também se coloca na posição de autonomia e controle da situação.

(...) Eu fumo desde dos 4 anos de idade.

(...) quantas vez? Eu num sei não. Se eu tiver muito, eu uso muito e se eu tiver pouco, eu uso pouco. Mas eu consigo ficar um dia sem usar. Um dia, dois dias, três dias... ((...)) Dum lado faz bem, do outro não faz, né?

Há uma falsa percepção de que este nível de consumo é seguro, independente da percepção que o jovem tem a respeito de seu estado de saúde ou dependência química. O pensamento presente no texto de que, independentemente da quantidade disponível, o jovem fará uso do que tiver ao seu alcance tende a colocá-lo numa posição imune aos riscos desse comportamento. Há também em todo texto uma contraposição de ideias. O fato do jovem fumar desde da infância, gera a ideia de dependência. Porém, essa ideia é quebrada quando o jovem, se mostrando seguro e consciente de suas atitudes, afirma conseguir ficar vários dias sem fumar. Outro paradoxo ideológico presente no texto ocorre em sua finalização, onde o jovem demonstra conhecer lado bom e ruim do uso de drogas.

Da mesma forma, o jovem 13 coloca na posição de segurança e controle da situação. Ao narrar que todos fumam, porém ele só fuma se tiver, o coloca em uma posição de superioridade em relação aos demais. No discurso indireto sobre seus pares, “os muleque”, revela a tendência do jovem em acompanhar o grupo e até mesmo justificar o próprio uso de psicoativos.

(...) Moça, se tiver eu fumo, se não tiver tanto faz ((...)) os muleque aqui... os muleque aqui tudo fuma maconha.

(...) fora maconha? A última vez qui eu fiquei... a última vez qui eu tomei papel eu fiquei doido demais, sai batendo em todo mundo na rua. Os cara falou qui não era eu, não. Falou qui eu tava levantando era dois muleque num braço. Ele tava era com medo de mim. Eu me lembro até hoje! Eu sentado assim, todo mundo só olhava para mim e saía correndo de perto de mim. Falou qui eu derrubei mototáxi no chute::. Um monte de coisa.

Ainda na narrativa do jovem 13, observa-se várias vozes no texto: todo mundo; os caras; dois muleque; mototáxi. Todos esses personagens presenciaram a agressividade do interlocutor quando sob efeito de psicoativos. O sentimento de vergonha pela falta de controle da situação, pela agressividade gerada e pelo temor causado as pessoas foram marcantes para o interlocutor.

(...) *Pô*, minha mãe não pode falar nada, não. Porque ela também é desandada, cabulosa no crack. Ela (mãe) precisa de ajuda porque se ela (mãe) não se ajudar, ela (mãe) vai se afundar mais, e mais, e mais...

Neste exemplo, podemos perceber que o jovem 13 apela para a moralidade do discurso. Ao utilizar um discurso indireto sobre a mãe – que, segundo o discurso moral, é aquela que deveria dar o exemplo –, transmite uma representação da figura materna como com base na perda de controle, identificada como um processo de destruição que instaura a impossibilidade de interrupção do consumo, questionando o papel da mesma. Essa articulação de discurso serviu ao propósito de negar a representação da mãe como o vetor do freio moral. Com isso, tenta convencer sobre seu papel de força e determinação diante de uma “mãe” fraca que precisa de ajuda. Além disso, mais uma vez é ressaltado na fala dos jovens a ojeriza pelo uso de crack devido ao dano que o mesmo causa.

Em contraposição ao discurso anterior, o jovem 13 demonstra fraqueza ao reconhecer que já está muito envolvido com as drogas, o impossibilitando de deixar o uso evidenciando-se o potencial de dependência das drogas.

(...) Mas é porque, sei lá... eu já me... já me inturmei demais com esses bagulho desde pequenininho. Foi conhecendo tanta coisa. *Aí*, me apeguei, véi.

A narrativa da fala do jovem 14 mostra por meio de outras vozes presentes no texto, as relações de poder existentes no meio em que o jovem vive.

(...) Como é que eu não usava nada, eu ia vigiá carro e pa Lan House. Toda hora. Sempre que acabava meu horário, eu ia lá no Euro, num supermercado. Vigiava uns carro. Até algumas... Até algumas vezes eu já cáí nos parte com os meninos de lá porque eles queria tomar meu canto. *Oxe*, um dia o pivete tava lá no meu canto: "E aí pivete, sai do meu canto! Agora aqui é o meu! Sai fora!"

Verificamos a presença de vozes que legitimam relações de poder entre o adolescente e seus pares. Por meio de seus discursos direto e indireto e da utilização de vozes alheias para representar momentos e situações de disputa territorial vividas na rua, se utiliza discursos com oponentes representados por ele como “pivetes” para justificar

sua ação de defesa e auto-representação como “vítima” de usurpação de seu espaço na luta pela sobrevivência nas ruas.

(...) Ô:: tia, os noiado/ Um dia tava numa bocada lá/. Tava fumando uma vela. *Aí*, o noiado chegou lá na minha frente doidão de pedra. *Aí*, os cara: "doido, tá dando um grave aí?" *Aí*, o oreia... O oreia que tem uma oreiona assim... O oreia tirou assim PTzona do bicho assim ((gestos)): "Bora, seu vagabundo! Bora! Sai daqui!" *Aí*, o noiado: "Não! Não!" Oreia é um traficante.

No trecho acima, podemos observar outra relação de poder. Por andar armado “*tirou assim a PTzona*”, o líder impõe medo e legitima seu poder diante dos colegas do grupo. Segundo o narrador, o líder é um traficante, provavelmente, o dono daquele ponto já que exerce a função de controlar quem deve permanecer ali ou não. O “noiado”, figura característica de usuário de crack, é rechaçado pelo grupo sendo vítima da exclusão pelo exercício do poder do mais forte. A utilização desse discurso é uma tentativa de se convencer de que se o líder se mantém no poder e é respeitado por usar de artifícios como a intimidação com o uso de armas. Nessa relação há uma naturalização da violência com legitimação do domínio do mais forte (o traficante) sobre o mais fraco (os demais participantes do grupo).

Tanto no trecho acima como no a seguir, a violência é oriunda de um ethos masculino, sendo expressa nas relações sociais entre homens do mesmo grupo etário ou entre gerações diferentes. No próximo trecho, o discurso narrado pelo jovem 15 representa outra relação de poder. Desta vez, o binômio é expresso pelo jovem na posição de infrator e da mulher na figura de vítima coagida.

(...) Mais uma vez eu fiquei com raiva, tia. Eu fui roubar o carro da mulher. *Aí*, eu tava com revólver. Um oitão. Na hora que/ Os cara me deixou assim de moto/ Na hora que eu descí assim, *aí* ela (mulher) tava parado assim, abrindo o portão de casa para estacionar o carro. *Aí*, eu dei a voz de assalto pra ela (mulher). *Aí*, foi ela ficou pedindo: "Não, meu filho. Por favor, por favor, não." Não sei o que... *Aí*, o mó chato, né? A pessoa fica até... Porque eu sou de boa. *Aí*, ela (mulher) não queria sair do carro, moça. Não queria colaborar. *Aí*, quase que eu dou um tiro nela (mulher). Puxei o cão assim do revólver ((gestos)). Eu ia dá um tiro nela (mulher) assim. *Aí*, ela (mulher) foi saiu do carro e deixou o carro ligado pra mim sair. ((...)) **Me incomodou também... Porque eu tinha que fazer.**

Porque eu tava precisando. Eu roubava todo dia porque eu cherava pó demais. Eu era viciado em pó. Cherava quase todo dia.

A estrutura de dominação, que comumente é associada à masculinidade, para o entrevistado, a violência é algo que foi internalizado e naturalizado por ele. No caso, a legitimação do domínio do masculino sobre o feminino dentro da ideologia de supremacia pode ocorrer por meio do uso da violência, outorga ao jovem o direito de usá-la de qualquer modo rompendo as barreiras legais e morais impostas pela sociedade.

(...) eu tô andando, eu vejo o carro do cara. Nossa:: véi:: Chega minha barriga... deu um frio na barriga. Eu sai correndo. Pulei foi dentro do córrego, doido. E o bicho ((risos)) começou a dar tiro na minha reta, entendeu? Se eu não saio fora... Tu é doido! Eu tinha roubado a filha dele, doido.

Ainda dentro da temática violência, o jovem se depara com a violência num caminho a ser trilhado como um mecanismo para realização de seus objetivos, um modelo a ser seguido e algo inevitável a ser experimentado. Aqui, na construção da identidade masculina, a violência se apresenta na voz do participante, ora como autor, ora como vítima. Papéis que se excluem ou se superpõem.

(...) Também é desrespeitado quem usa crack, cê é doido! Quem usa crack é noiado. Bandido num usa crack, não. ((...)) Porque tem a droga que é de bandido. Droga de bandido que é bandido o cara fuma maconha toma uísque agora noiado toma pinga e fuma pedra. É diferente. Todo noiado é o que usa pedra o resto é de boa. ((...)) Ó o tanto alí ((gesto para outro abrigo)). Por isso que mora aí, ó. Num faz um corre, num trabalha. Os cara de maior, não trabalha, não faz PORRA nenhuma da vida. E fica aí, ó, só naquela parasitage. Fumando pedra e comendo. Eu tô é de boa. Eu vou é arrumar minha casa. Quando eu tiver com a minha casa, eu vou arrumar minha mulher e vou ficar de boa.

O discurso do jovem 15, ainda retrata o papel de marginalização do usuário de crack. Logo, o usuário é colocado em posição inferior na qual o narrador tem baixa afinidade. O crack é situado como droga da destruição, responsável pelo fracasso de planos de vida, desconstrução familiar, carreira profissional, que controla as ações de

quem a consome e outros. Na visão do narrador, a figura de respeito e sinônimo de pessoa bem-sucedida é bandido.

Neste tópico, observou-se a forte presença da criminalidade, com legitimação dos atos de violência, onde as ações são construídas a partir da falta de convívio na escola, acesso à saúde, vínculos familiares, profissionalização e outros.

DISCUSSÃO

Meu pai cuidava de toda a família
Sem perceber, segui a mesma trilha
E toda noite minha mãe orava Deus!
Era em nome da fome que eu roubava
(Marvin – Titãs)

Por tratar de um estudo de caso da população de crianças e adolescentes em situação de Vulnerabilidade Social do Distrito Federal, os resultados obtidos neste estudo não podem ser generalizados em âmbito nacional, sendo apenas um recorte da situação local. Apesar de o modelo de estudo escolhido estar sujeito aos vieses de informação, memória e prevalência, já que esse tipo de ocorrência é de subnotificação, o estudo de caso se mostrou o mais adequado para execução quando frente aos recursos disponíveis para realização da pesquisa.

A amostra coletada neste estudo (84 entrevistados) foi não probabilística e selecionada por conveniência. Porém, é possível estimar se esse tamanho está próximo ou não a uma amostra aleatória simples (AAS) já que o total da população de jovens institucionalizados no período é conhecida. O universo da população considerado foram as 157 crianças e adolescentes institucionalizados nas casas-lares do Distrito federal, cuja ocupação máxima pode ser de 176 vagas (taxa de ocupação de 89,2%). Segundo Spiegel (1993) e Bussab e Morettin (2002), quando a população é finita e conhecida adota-se o seguinte cálculo para determinar o tamanho da amostra (n):

$$n = [p(1-p)Z^2N] / [\epsilon^2(n-1) + Z^2p(1-p)].$$

$$p = \text{taxa de ocupação} = 0,892;$$

$$Z = \text{para 95\% de confiança o } z = 1,96;$$

$$N = \text{tamanho da população (N = 176)};$$

$$\text{Erro } (\epsilon): \text{ Erro amostral para o intervalo de confiança (0,05).}$$

Utilizando estes parâmetros, o tamanho amostral estimado é de 80, próximo do tamanho alcançado no estudo pela amostragem de conveniência (84).

A população do estudo são jovens que chegam às instituições por estarem nas ruas em situação de vulnerabilidade e risco social devido a problemas de renda e quebra dos vínculos afetivos familiares. Segundo Penna *et al.* (2017), esse contexto de instabilidade familiar associado aos problemas econômicos e à falta de apoio de instituições públicas compromete a manutenção dos laços sociofamiliares, impelindo crianças e adolescentes a se distanciarem do ambiente familiar.

Segundo Castel (1994), é crescente o processo de desfiliação no espaço de existência social, que está relacionada às mudanças nas relações de trabalho, nas redes de sociabilidade primária e na forma como emergem rupturas dos laços em relação ao status social em que cada indivíduo está inserido. Nesse processo de desfiliação, onde prevalece a ida para as ruas como espaço de sobrevivência, evidencia-se a condição de vulnerabilidade psicossocial que se desenvolve a partir da associação entre a pobreza, baixa escolaridade, precarização do trabalho, envolvimento com drogas, ambiente comunitário violento, entre outros fatores.

A população do presente estudo é caracterizada por uma maior ocorrência de jovens do sexo masculino, de 12 anos de idade ou mais. Essa assimetria de gênero é relatada por Penna *et al.* (2017), a partir da qual os meninos são estimulados a dominar o espaço público, usando a rua para o trabalho ou diversão, enquanto as meninas tendem a permanecer restritas ao privado, envolvidas nos afazeres domésticos e no cuidado das crianças mais novas. Outro fator que coaduna com a assimetria de gênero nesta população se refere à religião, com 81,4% das meninas reportarem ter alguma (81,4%), enquanto a maioria dos meninos não terem (57,5%). Neste mesmo sentido, destaca-se também crianças estarem mais envolvidas com alguma religião.

Neste estudo, também foi observado uma concentração de meninas em atraso escolar de até 3 anos (80,0%), mas a partir de 4 anos de atraso, a prevalência é masculina (57,4%). Enquanto no grupo das crianças (menos de 12 anos) a distribuição entre meninos e meninas com atraso escolar até 3 anos é similar, entre adolescentes com atraso escolar a partir de 4 anos, predominam os meninos (84,0%). Estes resultados podem indicar que meninas tendem a restabelecer o vínculo com a escola quando entram na adolescência.

Jovens com maior defasagem escolar estão há mais tempo frequentando as ruas (acima de cinco anos) e ali permanecem a maior parte do tempo (acima de cinco dias por semana). Rosa *et al.* (2005) discutem que o tempo vivido como moradores de rua é um elemento agravante nesse processo: quanto maiores os lapsos de tempo que permanecem, circunstancial ou recentemente nas ruas, maiores as probabilidades de se tornarem permanentes como seres da rua.

Segundo Hutz e Koller (1997), estes jovens apresentam muita dificuldade de lembrar com clareza qualquer evento que esteja relacionado com a medição do tempo. Em geral, não sabem quanto tempo faz que estão na rua, que visitaram a família pela última vez, em que dia da semana se encontram, que hora do dia é agora, entre outras. Essa argumentação justifica o fato de muitos jovens não saberem responder aos

questionamentos feitos neste estudo, tendo um expressivo índice de repostas do tipo não sabe, não lembra ou não quis responder. Além da omissão das respostas ocasionadas pelo medo que circunda a vida desses jovens.

A maioria dos jovens até 14 anos (59 casos) estavam sozinhos ou com amigos nas ruas, representando um risco social causado pela situação de abandono familiar. No Brasil, a dinâmica familiar é influenciada pelas desigualdades social, política e econômica e, conseqüentemente, no aumento do número de crianças e adolescentes em situação de risco social e pessoal. Assim, alguns adolescentes entram precocemente para o mercado de trabalho em condições de subemprego e exploração ou são iniciados na prostituição ou no crime organizado, usam e traficam drogas. Vivendo nas ruas, longe das escolas e de uma vida digna, passam por diversos tipos de violência (PESSALACIA *et al.*, 2010).

O tempo que o participante está frequentando as ruas manteve forte associação com o evento droga, com 85,2% dos jovens terem utilizado drogas após contato com as ruas e 74,5% dos que relataram usar algum tipo de drogas nos últimos 12 meses estão frequentando as ruas há mais de um ano. Mais de 80% dos meninos estavam envolvidos com atividades de risco para obter dinheiro (tráfico de drogas e vigiar carros), enquanto apenas 18,2% das meninas se envolvem com essas atividades, uma afirmação de virilidade e masculinidade. Jovens que não têm envolvimento com drogas relatam formas passivas de conseguir renda (recebem do cuidador do abrigo ou de algum parente).

No tocante aos relatos de envolvimento com o tráfico de drogas, observou-se que essa forma de aquisição de renda pode estar subestimada já que é uma temática difícil de ser abordada e os jovens que se envolvem com essa prática tem medo de se comprometer ou comprometer o grupo. A maioria dos jovens entrevistados relata um discurso de grande vantagem financeira trazida pelo tráfico de drogas, além do status e prestígio perante a comunidade que está inserido.

[Peguei a rescisão, o dinheiro qui eu recebi. Eu vendi droga ligero. Comprava 25 grama, 600 reais, fazia 1200. Até hoje faço!]

Segundo Rizzini e Butler (2003), a complexidade e a natureza progressiva do movimento para a rua é a consequência de uma mistura sutil entre os efeitos limitadores do meio social e espacial e a vivência do adolescente e seus próprios recursos (afetivos, identitários, sociais e físicos), desencadeando, aos poucos, o sentimento de não pertencimento em seu grupo familiar e, por consequência, despertando a vontade de saída para a rua. Atentando a fala de alguns jovens neste estudo, verificou-se que a busca pelo

ambiente das ruas está relacionada a questão de proteção/pertencimento de estar inserido em algum grupo. Os relatos de vida dos jovens neste estudo mostram uma situação clara de desagregação familiar e de insegurança.

[Prefiro está aqui (no abrigo) do que está com a minha família (família adotiva)].
[(...) A rua tá pra todo mundo andar. Anda quem quer. Eu vou todo dia!]

Nesse estudo, 82,1 % dos 84 jovens entrevistados indicaram terem feito uso de droga em algum momento na vida, percentual um pouco maior que o reportado por Nascimento (2009) no estudo conduzido em 2006/2007 com 101 crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade no Distrito Federal (77,3%). O álcool (33,3%), a maconha (29%) e os solventes ou cigarros (17% cada) foram as primeiras drogas utilizadas pelos jovens do presente estudo; aqueles que iniciaram com drogas ilegais o fizeram quando eram mais jovens (entre 8 e 11 anos) que aqueles que iniciaram com drogas legais. Cerca de 74% dos jovens que reportaram o uso de drogas na vida, principalmente de maconha/haxixe (71,2%), maconha/haxixe (89,9%), álcool (71%), solventes (59,4%) e cigarro (55,1%).

O perfil de uso de drogas encontrado neste estudo é bastante distinto daquele encontrado por Nascimento (2009), que reportou que o uso de álcool, cigarro e solvente tiveram prevalência de uso na vida por cerca de 70% dos jovens entrevistados, seguido de maconha (60%) e cocaína/crack (30%). Perfil similar ao estudo realizado em 2009 foi encontrado na pesquisa nacional e no DF realizado anteriormente pelo CEBRID (NOTO *et al.*, 2003). Esta mudança de perfil de uso observada no presente estudo já era esperada, e consequência do aumento generalizado do uso de cocaína/crack no país nos últimos anos (GONÇALVES e NAPPO, 2015).

Nascimento (2009) observou uma forte exclusão social dos usuários de solventes dentro do próprio grupo de rua. No presente estudo, esta exclusão foi observada em relação aos usuários de crack [*Também é desrespeitado quem usa crack, cê é doido! Quem usa crack é noiado.*]. A rua comporta diversos grupos, e o grupo de usuários de solventes há 10 anos e, hoje, o usuário de crack, tem a imagem mais negativa neste universo, associada à marginalidade, ao erro e à inconveniência perante os demais. A falta de clareza de que álcool e cigarro são drogas está presente no relato de alguns jovens [*Nunca usei droga, tia! Até hoje! A única coisa é cigarro e bebida. A bebida é um tipo de droga, né? ((...))*]. É possível também que, o fato das drogas lícitas serem amplamente aceitas, transmite a ideia de menor potencial ofensivo.

Jovens que tiveram o primeiro contato com as drogas antes de frequentar as ruas utilizaram maconha no primeiro uso, e aqueles que foram apresentados aos psicoativos após estarem na rua iniciaram o uso por bebidas alcoólicas seguido de solventes. Esses dados se contrapõem com os apontados no estudo do CEBRID (NOTO *et al.*, 2003), onde para a maioria, o primeiro episódio de consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco ocorreu antes da situação de rua, e em relação às demais drogas, o primeiro episódio ocorreu depois, com o uso de solvente e/ou maconha. Isso mostra que a rua pode ter efeito no uso das drogas, mas não é fator determinante para o início do uso. Nesse estudo, 45% dos jovens acreditam que a rua favorece o uso de drogas, mas quase um terço não soube responder a esta pergunta.

O uso de drogas pelos pais pode facilitar a ocorrência de abuso físico e sexual e negligência infantil, e existe uma correlação entre violência contra a criança e uma predisposição futura dessa criança a ser um adulto usuário de álcool e outras drogas (ZILBERMAN e BLUME, 2005). Nesse estudo, mais de 80% dos jovens usaram drogas para acompanhar familiares, amigos ou por curiosidade. Segundo Noto *et al.* (2003), o uso de psicotrópicos faz parte da “identidade” de alguns grupos e, possivelmente, o desejo de se integrar aos mesmos seja um dos aspectos mais evidentes no momento da decisão. Mas isso não significa que seja o mais relevante, pois a decisão de usar (ou não) emerge da interação de vários outros fatores complexos e menos perceptíveis, como a fragilidade da situação de rua, o vínculo familiar, os limites, os medos, as expectativas e o fascínio pelos desafios. Neste estudo, a maioria dos jovens que tentaram parar e não tiveram sucesso, convive ou mora com alguém que usa alguma droga. Cerca de 6 % dos jovens relatam a concordância dos familiares com relação ao uso e 30% deles relataram a omissão dos familiares sobre o assunto. Por outro lado, a maioria dos que afirmou nunca ter usado droga foi influenciado por razões familiares, mostrando um comportamento dual da presença da família, ora com caráter protetor, ora facilitador no uso de drogas, refletindo a estreita ligação entre família e uso de drogas

[Foi quando meu irmão começou a usar droga primeiro do que eu, aí eu vi ele (irmão) usando, aí comecei a usar].

[(...) Todo final de semana eu vou pra lá (casa da mãe), pra evitar o uso da droga. ((...)) Ela (mãe) fala pra mim terminar meus estudos e si cuidá e ajuda a ela (mãe)].

A maioria dos jovens do estudo acredita conhecer os riscos à saúde relacionados ao uso de drogas. Porém, assim como Nascimento (2009) em seu estudo, essa percepção

é frágil e limitada, pois não é suficiente para fazê-los cessar o uso, comportamento que é típico da dependência química (HASSIN *et al.*, 2013). A maioria dos participantes da pesquisa fazia uso de drogas com frequência no período do estudo, mas não se considerava dependente. Essa percepção frágil do risco a tendência a não se reconhecer como dependente está claro no relato de alguns jovens.

[(...) Só fumo maconha desde os 6 anos de idade. (...) todo mundo fala qui quem usa droga acaba com cérebro. Deixa a pessoa doida. Eu penso assim: deixa doida quem usa um monte de droga e não um tipo irregular (...)minha única química é só maconha dentro da planta (...)].

[(...) eu paro a hora que eu quero. (...) tá no meu controle]

Este estudo apresenta algumas limitações que são inerentes à população da população de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social do Distrito Federal, que apresenta muitas vezes limitações de compreensão, vícios de memória, e de narrativa.

CONCLUSÃO

Vou deixar a rua me levar
Ver a cidade se acender
(Pra Rua Me Levar – Ana Carolina)

A população desse estudo é caracterizada, principalmente, por adolescentes do sexo masculino, com atraso na vida escolar, que frequentam as ruas pelo menos 5 vezes por semana. A história de afastamento do convívio familiar, alternando entre a vida na rua e nas instituições de acolhimento, indica a dimensão do esgarçamento dos laços familiares, fornecendo indícios das precariedades não só econômicas, mas psicoafetivas também.

A maioria da população utilizou drogas na vida, principalmente maconha e bebidas alcoólicas. Este perfil difere daquele encontrado no estudo anterior conduzido no DF (2006/2007) onde solvente foi a principal droga ilegal utilizado por esta população. A maconha se mostrou prevalente na escolha de primeiro uso de jovens que tiveram contato com as drogas antes de frequentar as ruas. Similar ao que foi reportado anteriormente em relação aos solventes, observou uma forte exclusão social dos usuários de crack.

O tempo que o participante está frequentando as ruas manteve forte associação com o evento droga, sendo a maioria que relataram usar algum tipo de drogas nos últimos 12 meses estão frequentando as ruas há mais de um ano. Porém, o uso de drogas psicoativas não é determinado somente pela ida às ruas, mas gerados pelos vínculos familiares frágeis e instáveis. A maioria dos jovens do estudo acredita conhecer os riscos à saúde relacionados ao uso de drogas, porém faz uso de drogas com frequência e não se considera dependente químico demonstrando a percepção é frágil e limitada quanto aos riscos das drogas a saúde.

O número de entrevistados, apesar de ser menor que no estudo anterior realizado no Distrito Federal, pode ser considerado ser representativo desta população, e as conclusões do estudo devem servir para nortear política públicas de prevenção do uso de substâncias psicoativas nesta população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdelgalil S, Gurgel RG, Theobald S, Cuevas LE. Household and family characteristics of street children in Aracaju, Brazil. *Archives of Disease in Childhood*. 2004;89(9):817-820.
- Abramovay M, Castro MG, Pinheiro LC, Lima FS, Martinelli CC. Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas. 1. ed. Brasília: UNESCO. 2002.
- Acioli RML, Barreira AK, Lima MLC, Lima MLLT, Assis SG. Avaliação dos serviços de acolhimento institucional de crianças e adolescentes no Recife. *Ciência & saúde coletiva*. 2018;23(2):529-542.
- Alchol Alert. Alcohol Metabolism: An Update. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Publications Distribution Center, Rockville, MD*. 2007; 72:1-6.
- Amaral, D. Lei n. 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente: uma política pública para adolescente com comportamento desviante? *Investigação Qualitativa em Educação*. Atas CIAIQ. 2017; 1.
- Andrade AGD, Duarte PDCAV, Oliveira LGD. I levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. *Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)*. 2010; 1.
- Balster RL, Cruz SL, Howard MO, Dell CA, Cottler LB. Classification of abused inhalants. *Addiction*. 2009;104(6):878-882.
- Bastos FIPM, Bertoni N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT. 2014.
- Bessa MA, Boarati MA, Scivoletto S. Crianças e adolescentes. In: Diehl AE, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed. 2011; 359-375.
- Biondich AS, Joslin JD. Coca: the history and medical significance of an ancient Andean tradition. *Emergency medicine international*. 2016; 4048764.
- Bisch NK, Benchaya MC, Signor L Moleda HMR, Ferigolo M, Andrade TMR, Barros HMT. Aconselhamento telefônico para jovens usuários de crack. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011; 32(1):31-39
- Brunton LL, Chabner BA, Knollmann BC. As bases farmacológicas da terapêutica Goodman & Gilman. Porto Alegre: Artmed, McGraw Hill. 2012.

- Careganato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto contexto – enfermagem*. Florianópolis. 2006;15(4): 679-684.
- Carlini EA, Noto AR, Sanchez ZM, Carlini CMA, Locatelli DP, Abeid LR, Moura YD. 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. Brasília: CEBRID/ SENAD. 2010.
- Castel, R. Da indignação à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (Org.). *SaúdeLoucura*. São Paulo: HUCITEC. 1994; 4: 21-48.
- Chawla S, Le Pichon T. World Drug Report: Analysis. *United Nations Publications*. 2006; 1.
- Cservenka A, Brumback T. The burden of binge and heavy drinking on the brain: Effects on adolescent and young adult neural structure and function. *Frontiers in psychology*. 2017; 30(8):1111.
- Clapp P, Bhavé SV, Hoffman PL. How adaptation of the brain to alcohol leads to dependence: a pharmacological perspective. *Alcohol Research & Health*. 2008; 31(4):310-339. Review.
- Clark DJ, Schumacher MA. America's Opioid Epidemic: Supply and Demand Considerations. *Anesthesia & Analgesia*. 2017;125(5):1667-1674.
- Claro HG, Oliveira MAFD, Ribeiro APR, Fernandes CC, Cruz AS, Santos EGMD. Perfil e padrão de uso de crack de crianças e adolescentes em situação de rua: uma revisão integrativa. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 2014; 10(1):35-41.
- Costardi JV, Nampo RA, Silva GL, Ribeiro MA, Stella HJ, Stella MB, Malheiros SV. A review on alcohol: from the central action mechanism to chemical dependency. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2015;61(4):381-387.
- Crippa JA, Lacerda AL, Amaro E, Busatto Filho G, Zuardi AW, Bressan RA. Efeitos cerebrais da maconha: resultados dos estudos de neuroimagem. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2005; 27(1):70-78.
- Das S, Barnwal P, Ramasamy A, Sen S, Mondal S. Lysergic acid diethylamide: a drug of 'use'?. *Therapeutic advances in psychopharmacology*. 2016; 6(3):214-228.

- D'Souza MS, Markou A. Neuronal mechanisms underlying development of nicotine dependence: implications for novel smoking-cessation treatments. *Addiction science & clinical practice*. 2011; 6(1):4-16.
- Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24 (Suppl 4):s545-557. Review.
- Duarte PAV, Formigoni, MLAS. *Efeitos de substâncias psicoativas: módulo 2*. Brasília: SENAD. 11ª edição.
- Duncan J R, Lawrence AJ. Conventional concepts and new perspectives for understanding the addictive properties of inhalants. *Journal of pharmacological sciences*. 2013;122(4):237-243.
- Fairclough N. *Analysing discourse: Textual analysis for social research*. Psychology Press. London: Routledge. 2003.
- Figlie N, Fontes A, Moraes E, Payá R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2004; 31:53-62.
- Forster LM, Tannhauser M, Barros HM. Drug use among street children in southern Brazil. *Drug and alcohol dependence*. 1996;43(1-2):57-62.
- Gama AH, Silva JP, Freitas RF. Os direitos da criança e do adolescente: aporte histórico e evolução jurídica à luz da proteção humana. *Revista Aporia Jurídica*. 2017;1(7).
- Galduróz JC, Noto AR, Nappo AS, Carlini EA. Trends in drug use among students in Brazil: analysis of four surveys in 1987, 1989, 1993 and 1997. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 2004;37(4):523-531.
- Gigengack, R. The chemo and the mona: inhalants, devotion and street youth in Mexico City. *International Journal of Drug Policy*. 2014;25(1):61-70.
- Gigliotti A, Lemos T, Guimarães A. Da neurobiologia ao tratamento biopsicossocial da dependência química. In: Gigliotti, A. & Guimarães, A. *Diretrizes Gerais para o Tratamento da Dependência Química*. Rio de Janeiro: Rubio, 2010.
- Global SMART Programme (SMART). Amphetamine-Type Stimulants in Latin America. UNODC, 2014. Disponível em <https://www.unodc.org/unodc/en/scientists/amphetamine-type-stimulants-in-latin-america.html>
- Gontijo DT, Medeiros M. Crianças e adolescentes em situação de rua: contribuições para a compreensão dos processos de vulnerabilidade e desfiliação social. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14:467-475.

- Gonçalves JR, Nappo SA. Factors that lead to the use of crack cocaine in combination with marijuana in Brazil: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2015;25(15):706.
- González VR, Martín SR, del Prado GRL, Moreno MM, Miranda AV. Urgencias hospitalarias asociadas al consumo de hipnóticos y sedantes, Castilla y León, 2009-2013. *Revista española de salud pública*. 2016; 24(90):e1-e12.
- Gosta GM, de Paula MV, Borges NMM, Pacheco MP. O uso de álcool entre estudantes adolescentes. *Revista EDaPECI*. 2017; 17(1):234-250.
- Gregolin MRV. A análise do discurso: conceitos e aplicações. ALFA, *Revista de Linguística da Universidade Estadual Paulista*. UNESP. São Paulo. 1995; 39:13-21.
- Gudelsky GA, Yamamoto BK. Actions of 3, 4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) on cerebral dopaminergic, serotonergic and cholinergic neurons. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2008;90(2):198-207.
- Hall AP, Henry JA. Acute toxic effects of 'Ecstasy'(MDMA) and related compounds: overview of pathophysiology and clinical management. *British journal of anaesthesia*. 2006;96(6):678-685.
- Halpern, S. C., Scherer, J. N., Roglio, V., Faller, S., Sordi, A., Ornell, F., Dalbosco C., Pechansky F., Kessler F. & Diemen, L. V. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. *Cadernos de saúde publica*. 2017; 33(6):e00037517.
- Halpern SC, Scherer JN, Roglio V, Faller S, Sordi A, Ornell F, Dalbosco C, Pechansky F, Kessler F, Diemen LV. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *American Journal of Psychiatry*. 2013;170(8):834-851.
- Horta RL, Horta BL, da Costa AW, do Prado RR, Oliveira-Campos M, Malta DC. Lifetime use of illicit drugs and associated factors among Brazilian schoolchildren, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2014; 17 (Suppl 1):31-45.
- Hummel M, Unterwald EM. D1 dopamine receptor: a putative neurochemical and behavioral link to cocaine action. *Journal of cellular physiology*. 2002;191(1):17-27.
- Hutz CS, Koller S. Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. *Estudos de Psicologia*. 1996; 2(1):175-197.
- Hwang KAJ, Saadabadi A. Lysergic Acid Diethylamide (LSD). StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2017;31.

- Instituto Nacional de Câncer/Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de Tabagismo - PETab: relatório Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer. 2011.
- Jacobus J, Tapert SF. Neurotoxic effects of alcohol in adolescence. *Annual review of clinical psychology*. 2013;9:703-721.
- Jovchelovitch S, Bauer MW. Entrevista narrativa. In: Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes. 2002; 4:90-113.
- Klaassen CD, Watkins JB. Fundamentos em Toxicologia de Casarett e Doull. 2ª ed.; Porto Alegre, Rio Grande do Sul. 2012:130-139.
- Kirkpatrick MG, Wit H. MDMA: a social drug in a social context. *Psychopharmacology*. 2015; 232(6):1155-1163.
- Krolikowski AM, Koyfman A. Methamphetamine and MDMA: 'Safe' drugs of abuse. *African Journal of Emergency Medicine*. 2014 4(1):34-38.
- Kurtz SP, Buttram ME, Surratt HL. Benzodiazepine dependence among young adult participants in the club scene who use drugs. *Journal of psychoactive drugs*. 2017;49(1):39-46.
- Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro SS, Castello G. II levantamento nacional de álcool e drogas (LENAD). São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas/Universidade Federal de São Paulo. 2012.
- Lee DC. Sedative-Hypnotic Agents. *Goldfrank's toxicologic emergencies*. Editors: Lewis R. Goldfrank, Neal E. Flomenbaum, Neal A. Lewin, Robert S. Hoffman, Mary Ann Howland, Lewis S. Nelson. McGraw-Hill Medical Pub. Division. 2002.
- Leite LKL. Um estudo sobre a prevenção do uso de drogas na adolescência. *Caderno Discente*. 2015; 2(1).
- Lindsey PL. Psychotropic medication use among older adults: what all nurses need to know. *Journal of gerontological nursing*. 2009; 35(9):28-38.
- Magalhães AFA, Caldas ED. Two health information systems to characterize poisoning in Brazil—a descriptive study. *Journal of Public Health*. 2018;2.
- Mackie K. Signaling via CNS cannabinoid receptors. *Molecular and cellular endocrinology*. 2008; 286(1-2):S60-S65.
- Malta DC, Sardinha LMV, Mendes I, Barreto SM, Giatti L, Castro IRR, Moura L, Dias AJR, Crespo C. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não

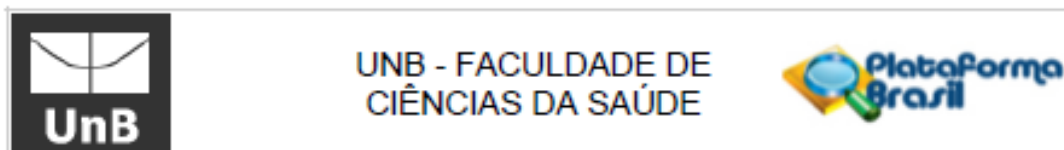
- transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010;15(Suppl.2):3009-3019.
- 2018; 40:1-9. Malloul H, Bennis M, Bonzano S, Gambarotta G, Perroteau I, De Marchis S, Ba-M'hamed S. Decreased hippocampal neuroplasticity and behavioral impairment in an animal model of inhalant abuse. *Frontiers in Neuroscience*. 2018;6:12-35.
- Marchi NC, Scherer JN, Pachado MP, Guimarães LS, Siegmund G, de Castro MN, Halpern S, Benzano D, Formigoni ML, Cruz M, Pechansky F, Kessler FH. Crack-cocaine users have less family cohesion than alcohol users. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2017;39(4):346-351.
- Morais NA, Koller SH, Raffaelli M. Eventos estressores e indicadores de ajustamento entre adolescentes em situação de vulnerabilidade social no Brasil. *Universitas Psychologica*. 2010; 9(3):787-806.
- Morais NA, Raffaelli M, Koller S. Adolescentes em situação de vulnerabilidade social e o continuum risco-proteção. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2012; 30 (1):118-136.
- Morettin PA, Bussab WO. *Estatística Básica*. Editora Saraiva. 2000.
- Moura HF, Benzano D, Pechansky F, Kessler FHP. Crack/cocaine users show more family problems than other substance users. *Clinics*. 2014; 69(7):497-499.
- Nascimento AD. *Uso de solventes por crianças e adolescentes em situação de rua no Distrito Federal* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília. 2009.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research*. Washington, DC: National Academies Press. 2017.
- Noto AR, Nappo SA, Galduróz JC, Mattei R, Carlini EA. Use of drugs among street children in Brazil. *Journal Psychoactive Drugs*. 1997;29(2):185-192.
- Noto AR, Galduróz JC, Nappo AS, Fonseca AM, Carlini CMA, Moura YG, Carlini E. Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras - 2003. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas/Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. 2003.
- Oliveira MM, Campos MO, Andreazzi MAR, Malta DC. Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2017;26(3):605-616.

- Opaleye ES, Noto AR, Sanchez ZVDM, Moura YGD, Galduróz JCF, Carlini EA. Recreational use of benzydamine as a hallucinogen among street youth in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2009;31(3):208-213.
- Orlandi EP. A Análise de discurso em suas diferentes tradições intelectuais: o Brasil. In: Anais do 1º Seminário de Estudos em Análise de Discurso; 2003 Nov 10-13; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre. 2003.
- Orlandi EP. Interpretação: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. 4a ed. Campinas. 2004.
- Pawlowska-Kamieniak A, Mroczkowska-Juchkiewicz A, Kominek K, Krawiec P, Mełges B, Pac-Kożuchowska E. Alcohol intoxication among adolescents and children in urban and rural environments—a retrospective analysis. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2018;14;25(1):1-3.
- Penna LHG, Carinhanha JI, Ribeiro LV, Graça HMV, dos Santos Marques C. Perfil sociodemográfico da adolescente em situação de rua: análise das condições socioculturais. [Socio-demographic profile of female adolescents in a street situation: analysis of sociocultural conditions]. *Revista Enfermagem UERJ*. 2017; 25:e29603.
- Pereira MM, Andrade LP, Takitane J. Evolução do uso abusivo de derivados de ópio. *Saúde, Ética & Justiça*. 2017;21(1):12-17.
- Pessalacia JDR, Menezes ESD, Massuia, D. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. *Bioethikos*, 2010;4(4):423-430.
- Poletto M, Koller SH. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de psicologia*. 2008; 25(3):405-416.
- Preti D. *Análise de textos orais*. 4ª. São Paulo: Humanitas Publicações FFLCH/USP. 1997.
- Raup LM, Adorno RCF. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. *Revista Brasileira de Adolescência e Conflitualidade* 2011; (4):52-67.
- Rigg KK, Estreet, AT. MDMA (ecstasy/molly) use among African Americans: The perceived influence of hip-hop/rap music. *Journal of ethnicity in substance abuse*. 2018;12:1-11.
- Butler UM, Rizzini I. Crianças e adolescentes que vivem e trabalham nas ruas: revisitando a literatura. In: Rizzini, I. Vidas nas ruas: Crianças e adolescentes nas ruas: trajetórias inevitáveis? São Paulo: Loyola. 2003:17-44

- Rosa AS, Cavicchioli MGS, Brêtas ACP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2005;13(4).
- Rucker JJH, Iliff J, Nutt DJ. Psychiatry & the psychedelic drugs. Past, present & future. *Neuropharmacology*. 2017;25;pii: S0028-3908(17)30638-X.
- Schenker M, Minayo MCDS. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20:649-659.
- Scheideler JK, Klein WM. Awareness of the Link between Alcohol Consumption and Cancer across the World: A Review. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2018;27(4):429-437.
- Schmid Y, Liechti ME. Long-lasting subjective effects of LSD in normal subjects. *Psychopharmacology*. 2018;235(2):535-545.
- Souza MC, Horta RL, Szupszynski KP, Rodrigues VS, Oliveira MS. Revisão sistemática sobre tratamentos psicológicos para problemas relacionados ao crack. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2012;62:208-216.
- Souza AR, Panizza H, Magalhães JG. Uso abusivo de inalantes. *Saúde, Ética & Justiça*. 2016;21(1):3-11.
- Spiegel, MR. Probabilidade e Estatística. São Paulo, McGraw Hill do Brasil. 1993.
- Stanley LR, Swaim RC. Initiation of alcohol, marijuana, and inhalant use by American-Indian and white youth living on or near reservations. *Drug & Alcohol Dependence*. 2015;1(155):90-96.
- Strike C, Watson TM. Education and equipment for people who smoke crack cocaine in Canada: progress and limits. *Harm reduction journal*. 2017;12;14(1):17.
- Szutorisz H, Hurd YL. High times for cannabis: Epigenetic imprint and its legacy on brain and behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2018;85:93-101.
- Tagliazucchi E, Sanz C. The experience elicited by hallucinogens presents the highest similarity to dreaming within a large database of psychoactive substance reports. *Frontiers in Neuroscience*. 2018;22(12):7.
- Tamrazi B, Almast J. Your brain on drugs: imaging of drug-related changes in the central nervous system. *Radiographics*. 2012;32(3):701-719.
- Thieme D, Sachs U, Sachs H, Moore C. Significant enhancement of 11-Hydroxy-THC detection by formation of picolinic acid esters and application of liquid chromatography/multi stage mass spectrometry (LC-MS3): Application to hair and oral fluid analysis. *Drug testing and analysis*. 2015;7(7):577-585.

- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2017. UNODC Research, Vienna, 2017. Disponível em <https://www.unodc.org/wdr2017/index.html>
- Vasters GP, Pillon SC. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011;19(2).
- Xavier, C.A.C., Lobo, P.L.D., Fonteles, M.M.D.F., de Vasconcelos, S.M.M., Viana, G.S.D.B., de Sousa, F.C.F. Êxtase (MDMA): efeitos farmacológicos e tóxicos, mecanismo de ação e abordagem clínica. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2008; 35(3): 96-103.
- Wagner MF, da Silva JG, Zanettelo LB, da Silva Oliveira M. O uso da maconha associado ao déficit de habilidades sociais em adolescentes. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas* 2010; 6:255-273.
- White CM. How MDMA's pharmacology and pharmacokinetics drive desired effects and harms. *The Journal of Clinical Pharmacology*. 2014;54(3):245-252.
- World Health Organization (WHO). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva. 2004. Disponível em http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf
- World Health Organization (WHO) WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Second report, Geneva. 2007. Disponível em http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol/en/
- World Health Organization (WHO) Global status report on noncommunicable diseases. Geneva. 2010. Disponível em <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
- World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health. Geneva. 2014. Disponível em http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
- World Health Organization (WHO). WHO report on the global tobacco epidemic 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva. 2017. Disponível em http://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/
- Zilberman ML, Blume SB. Domestic violence, alcohol and substance abuse. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2005;27(Supl 2):S51-55.

ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA:



Continuação do Parecer: 1.651.110

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_674474.pdf	14/07/2016 14:08:56		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_ADOLESCENTES_versao_2.docx	14/07/2016 14:07:51	NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_CRIANCAS_versao_2.docx	14/07/2016 14:07:34	NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COM_CORRECOES_CEP_versao_3.docx	14/07/2016 14:06:01	NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Outros	Carta_de_resposta_a_pendencias_do_CEP_versao3.pdf	14/07/2016 14:05:39	NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Outros	Carta_de_resposta_ao_CEP.pdf	11/07/2016 18:07:27	NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_VERSAO_COM_CORRECOES_CEP.docx	17/08/2016 15:25:29	NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_COM_CORRECOES_CEP.docx	17/08/2016 15:24:03	NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Outros	Carta_de_resposta_a_pendencias_CEP.pdf	17/08/2016 15:22:23	NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	8_Termo_de_concordancia_da_instituicao_coparticipante_V2.pdf	06/05/2016 10:43:57	NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Folha de Rosto	1_Folha_de_Rosto_assinada_V2.pdf	06/05/2016 10:27:16	NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.651.110

Orçamento	11_Planilha_orcamentaria_detalhada.docx	13/04/2016 15:54:19	NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Outros	10_CL_Eloisa_Caldas.pdf	08/03/2016 17:34:53	NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Outros	9_CL_Nadja_Maryelly.pdf	08/03/2016 17:34:22	NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Outros	7_TERMO_DE_CIENCIA_INSTITUCIONAL.pdf	08/03/2016 17:30:08	NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Outros	7_TERMO_DE_CIENCIA_INSTITUCIONAL.docx	08/03/2016 17:29:20	NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	6_PROJETO_CEP.docx	08/03/2016 17:27:17	NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	3_Termo_de_responsabilidade_e_compromisso_do_pesquisador.pdf	08/03/2016 17:26:18	NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	3_Termo_de_responsabilidade_e_compromisso_do_pesquisador.doc	08/03/2016 17:25:33	NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Outros	2_Carta_de_Encaminhamento_de_projeto_ao_CEP.pdf	08/03/2016 17:24:59	NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Outros	2_Carta_de_encaminhamento_de_projeto_ao_CEP.doc	08/03/2016 17:24:28	NADJA MARYELLY DE OLIVEIRA GOMES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 27 de Julho de 2016

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com

ANEXO 2 – CARTA DE AUTORIZAÇÃO EMITIDA PELO GDF PARA EXECUÇÃO DE PROJETO



AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Prezado (a) orientador (a) Eloisa Dutra Caldas,

Informamos que, após autorização da Subsecretaria de Assistência Social- SUBSAS/SEDESTMIDH, estamos de acordo com a solicitação da pesquisadora Nadja Maryelly de Oliveira Gomes, aluna de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília-UnB, para a realização da pesquisa "Uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes em situação de rua no Distrito Federal", junto a crianças e adolescentes acolhidos na Unidade de Acolhimento para Crianças e Adolescentes- UNAC e na Unidade de Acolhimento para Crianças e Adolescentes em Situação de Rua- UNACAS, sob o tema "percepção de risco de crianças e adolescentes usuários de drogas", promovido pelo Laboratório de Toxicologia/UnB.

Em anexo, seguem recomendações da Diretoria de Serviços de Acolhimento- DISA para a realização da pesquisa, referentes à seleção dos participantes da pesquisa, negociação dos procedimentos de pesquisa junto às Gerências da UNAC e da UNACAS, à assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes e ao retorno dos conhecimentos produzidos pela pesquisa.

Observamos ainda o compromisso da pesquisadora em resguardar todos os preceitos éticos para não identificar nem expor pessoas ou unidades de atendimento, assumindo ainda o compromisso de apresentar-lhes os originais da dissertação de mestrado antes de entregá-la à Universidade de Brasília.

Por fim, solicitamos que, ao término dos trabalhos, uma devolutiva sobre os resultados seja encaminhada a Subsecretaria de Assistência Social- SUBSAS, Coordenação de Proteção Social Especial- CPSE, Diretoria de Serviços de Acolhimento- DISA e às Unidades de Execução Direta onde a pesquisa será realizada (UNAC e UNACAS), para conhecimento e contribuição para o planejamento de futuras ações na Proteção Social Especial.



GOVERNO DE BRASÍLIA
Secretaria Adjunta de Desenvolvimento Social, da Secretaria de Estado do Trabalho,
Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos do Distrito Federal
Subsecretaria de Assistência Social
Coordenação de Proteção Social Especial
Diretoria de Serviços de Acolhimento



Coloco-me à disposição para os esclarecimentos necessários.

Brasília, 29 de fevereiro de 2016.

Atenciosamente,


Tatiana Yokoy de Souza
Diretora de Serviço de
Acolhimento
Mat.- 217880-X

TATIANA YOKOY DE SOUZA
Diretora de Serviços de Acolhimento
Matricula- 217.880-x



Anexo: Recomendações da DISA para a realização da pesquisa

"2.1) Objetivo Geral: Avaliar as características e fatores do uso de substâncias psicoativas entre crianças e adolescentes em situação de rua no Distrito Federal."

- Esclarecemos que nem todas as crianças e adolescentes acolhidos na UNAC e na UNACAS possuem histórico de situação de rua. Assim sendo, é importante que a pesquisadora identifique, junto às Gerências da UNAC e da UNACAS, a seleção das crianças e adolescentes que participarão da pesquisa, considerando o objetivo da pesquisa.

Método

- Orientamos que a pesquisadora deverá negociar com as Gerências da UNAC e da UNACAS o melhor modo de condução dos procedimentos da pesquisa dentro das Unidades, de modo que a realização das entrevistas e de observação participante e a aplicação de questionário não descaracterizem o andamento do Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes.

"3.2) Período e cenário do estudo: O cenário institucional da pesquisa serão as instituições inscritas no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal e pertencente ao programa "Cidade Acolhedora - Serviço Especializado de Abordagem Social" que tenham interesse e disponibilidade em participar do estudo".

- Esclarecemos que a UNAC e a UNACAS ofertam o Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes e não o Serviço Especializado em Abordagem Social. Orientamos que a pesquisadora, a fim de enriquecer a sua pesquisa de mestrado, procure literatura sobre os Serviços Socioassistenciais da Política Nacional de Assistência Social.
- Sugerimos que a pesquisadora realize articulações junto à Gerência de Serviço Especializado de Abordagem Social- GESEAS (email: cidadeacolhedora@sedhs.df.gov.br), da Diretoria de Serviços Especializados às Famílias e Individuos (DISEFI), que monitora e orienta a atuação das equipes de abordagem social.



“3.3) Sujeitos da pesquisa e critérios de inclusão: A escolha será intencional direcionada a jovens entre 09 e 17 anos, em situação de rua e assistidos por instituições cadastradas no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal.”

- Esclarecemos que nem todas as crianças e adolescentes acolhidos na UNAC e na UNACAS possuem histórico de situação de rua. Ao passo em que estas crianças e adolescentes recebem a medida protetiva de acolhimento institucional (artigo 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente), estas saem da situação de rua. Assim sendo, é importante que a pesquisadora avalie, junto à sua orientadora, se as crianças e adolescentes acolhidos são os participantes exclusivos da sua pesquisa ou se é necessário realizar maiores articulações junto às equipes de abordagem social especializadas no atendimento de crianças e adolescentes desacompanhados que estão utilizando espaços públicos como forma de moradia ou sobrevivência em Brasília/DF, cuja base de trabalho localiza-se dentro da UNACAS.

“3.5) Aspectos éticos na pesquisa: (...) O projeto será submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde (CEP-FS) da UnB com toda a documentação necessária. Inclusive, o Termo de Consentimento Informado a ser assinado pelos pesquisados, após receber as informações da pesquisadora sobre os objetivos da pesquisa e a garantia de sigilo sobre a fonte de informação.”

- Orientamos que a pesquisadora avalie, junto à sua orientadora e ao Comitê de Ética, se quem assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa são as crianças e adolescentes acolhidos, seus familiares ou a Gerência da UNAC e da UNACAS, considerando que os acolhidos não possuem 18 anos e que existem especificidades relacionadas à guarda, tutela, suspensão ou destituição de poder familiar, etc. dos acolhidos.

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Senhor (a) a autorizar a participação do menor _____ no estudo USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA NO DISTRITO FEDERAL”.

A responsável pelo estudo é a pesquisadora *Nadja Maryelly de Oliveira Gomes* e está sendo orientada pela professora Eloísa Dutra Caldas da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Esse estudo tem como objetivo avaliar os fatores que levam crianças e adolescentes em situação de rua ao uso drogas. As principais perguntas são: porque isso acontece? Como elas se sentem? Por que preferem as ruas? Onde está sua família? Por que buscam as drogas? Quais as drogas utilizadas? Este estudo se justifica pela necessidade de se conhecer melhor a situação destas crianças e adolescentes para subsidiar ações de órgãos públicos na resolução do problema.

O estudo será feito de uma forma bem simples e segura. Vamos realizar entrevistas com jovens entre 09 e 17 anos que frequentam instituições do governo ou não do Distrito Federal. Faremos algumas perguntas que permitirão observar o comportamento do jovem e a interação com seu meio. Cada entrevista durará cerca de 15 (quinze) minutos, e incluirá a aplicação de um questionário objetivo e a gravação de relatos subjetivos dos jovens. Sob hipótese alguma serão entrevistados jovens em estado de consciência alterado. Toda a pesquisa durará cerca de 02 (dois) anos, porém as entrevistas serão feitas ao longo de 01 (um) ano.

Os benefícios esperados com a condução deste projeto serão futuros. As crianças e adolescentes em situação de rua serão favorecidos pelos resultados, pois a partir deles será possível buscar ações públicas para assistência a estes jovens.

Por se tratar de estudo que se utiliza da aplicação de questionário/ entrevista não implica em possibilidade de danos ou agressões ao corpo físico, no entanto, podem ocorrer danos de ordem não física como riscos de ordem moral, emocional ou espiritual. Pensando nisso, tomaremos todos os cuidados para prevenir que isso ocorra. Mas, caso aconteça, está garantido o tratamento ou ressarcimento na forma das leis brasileiras.

Rubricar
aqui

As entrevistas somente serão realizadas após os esclarecimentos necessários, mas ainda assim, se porventura surgir dúvidas, a pesquisadora e sua orientadora poderão esclarecer. Os contatos poderão ser feito pelos telefones, com ligação a cobrar se necessário para a pesquisadora Nadja (98227-0424) ou Prof. Eloisa (99318-2266). Nossos e-mails são: nadjamyelly@gmail.com e eloisa@unb.br. Vocês poderão nos procurar nesse endereço: Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília/ Faculdade de Ciências da Saúde/ Laboratório de toxicologia, Sala BS 312 e 314 – Brasília/DF Telefone: 3107-1871.

A participação no projeto é voluntária, e o participante poderá se recusar a responder questões que lhe tragam constrangimentos e desistir de participar do estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou punição. O nome dos participantes será mantido no mais absoluto sigilo. Caso haja algum dano a qualquer participante comprovadamente em decorrência do estudo, estes serão indenizados obedecendo-se a legislação vigente no Brasil. Despesas eventuais relacionadas diretamente ao estudo serão repostos pela pesquisadora responsável.

Após término da pesquisa, os dados e materiais serão guardados com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos, após isso serão destruídos. Os dados serão utilizados apenas para fins de pesquisa e os resultados serão publicados como artigo com finalidade científica e dissertação de Mestrado, e não conterão informações que identifiquem os participantes.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde com os termos deste estudo, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Brasília, ____ de _____ de ____.

Nome/ Assinatura do responsável

Nome da Instituição

Nadja Maryelly de Oliveira Gomes
Pesquisadora Responsável

ANEXO 4 – TERMO DE ASSENTIMENTO PARA CRIANÇAS:



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA CRIANÇAS

Olá!!! Meu nome é Nadja e quero te fazer um convite. Vamos participar de uma pesquisa? Ela chama-se: “USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA NO DISTRITO FEDERAL”. Os responsáveis por essa casa que você frequenta permitiram que você participasse.

Muitas outras crianças também participarão do estudo. Queremos saber o porquê de cada criança usar drogas, porquê estão nas ruas, aonde estão seus familiares, quem cuida de vocês, se vão à escola ou se já trabalham e outras coisas.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, mas se quiser responder as perguntas e depois desistir, não há problema algum. Ninguém vai ficar bravo com você.

A pesquisa será feita na casa que você está frequentando, onde as crianças que querem participar responderão a um questionário. Para isso, será usado uma folha de papel com as perguntas que serão feitas e a caneta para anotações.



Este estudo apresenta risco mínimo para você, isto é, o mesmo risco existente em atividades que você já faz como conversar, tomar banho, ler etc. Caso aconteça algo errado ou você tenha dúvida, você mesmo pode nos procurar ou pedir para alguém ligar para nós no telefone (61) 98227-0424 da pesquisadora Nadja Maryelly de Oliveira Gomes.

Mas, há coisas boas que aconteceram após o estudo como alertar aos governantes sobre a importância de dar maior assistência a crianças como você.

Não falaremos para outras pessoas que você está participando ou que você respondeu e qualquer informação que seja necessário mostrar a alguém, não vamos dizer que foi você. Quando terminarmos a pesquisa todos esses materiais serão guardados comigo por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Um relatório será entregue na casa que você frequenta sem identificar você.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar. Eu escrevi os telefones na parte de cima deste texto. Pode nos ligar a cobrar.

Brasília (DF), _____ de _____ de _____.

Nome/ Assinatura do participante

Nadja Maryelly de Oliveira Gomes
Pesquisadora responsável

ANEXO 5 – TERMO DE ASSENTIMENTO PARA ADOLESCENTES:



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA ADOLESCENTE (12 ANOS A 17 ANOS)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA NO DISTRITO FEDERAL”. Os responsáveis por você permitiram que você participasse.

Queremos saber os fatores e as características quanto ao uso de drogas por jovens que frequentam as ruas. Vamos ver também outros aspectos relacionados a esse comportamento como, por exemplo, motivos que levam você a frequentar as ruas, condições socioeconômicas, entre outros.

Os jovens que irão participar desta pesquisa têm de 12 a 17 anos de idade. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita na instituição em que você está frequentando, onde os jovens participantes responderão a um questionário seguido de uma entrevista com perguntas abertas. Para isso, será usado uma folha de papel com as perguntas que serão feitas e a caneta para anotações. Este estudo apresenta risco mínimo para você, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Caso aconteça algo errado ou você tenha dúvida, pode nos procurar pelo telefone (61) 98227-0424 da pesquisadora Nadja Maryelly de Oliveira Gomes. Pode nos ligar a cobrar.

Mas, há coisas boas que aconteceram após o estudo como alertar aos governantes sobre a importância de dar maior assistência a jovens como você.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar os jovens que participaram. Quando terminarmos a pesquisa os dados coletados serão entregues a instituição que você frequenta na forma de relatórios, serão também publicados em meios científicos e em momento algum você será identificado. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos.

Se você tiver alguma dúvida, pode me perguntar. Eu escrevi os telefones na parte de cima deste texto.

Brasília (DF), _____ de _____ de _____.

Nome/ Assinatura do menor

Nadja Maryelly de Oliveira Gomes
Pesquisadora responsável

ANEXO 6 – QUESTIONÁRIO:



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Data: ____/____/____

Nome:	Sexo:	Idade:
Mãe:	Naturalidade:	
Instituição:		

QUESTÕES

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS ENTREVISTADOS (QUESTÕES DE 01 A 12)

01 - Você vai ou já foi a escola?

- Sim. Qual série? _____
- Não no momento. Qual série parou? _____
- Nunca estudou.

02 – Você tem algum tipo de trabalho?

- Sim. Qual trabalho? _____ (Vá para questão 04).
- Não. (Vá para a questão 03).

03 – Se não trabalha, como faz para conseguir dinheiro?

- Pedindo as pessoas.
- Recebo de familiares.
- Recebo do governo.
- Recebo de amigos.
- Faço pequenos trabalhos para outros.
- Favores/ programas sexuais.
- Com furtos/ roubos.
- Outro. Qual? _____

04 – Aonde você mora?

- Em casa/ apartamento
- Em abrigo/ albergue.
- Nas ruas.
- Outro. Qual? _____

04.1 – Com quem você mora?

- Mãe
- Pai
- Irmãos
- Avós

- O Esposa/companheira/namorada
- O Filhos
- O Outros parentes. Qual? _____
- O Amigos/ conhecidos
- O Sozinho
- O Outros. Qual? _____

05 – Você acredita em Deus/ santos/ divindades?

- O Sim.
- O Não (Vá para questão 08).

06 – O que você considera ser sua religião?

- O Católico
- O Evangélico protestante
- O Espírita
- O Não tem religião
- O Outra. Qual? _____

07 – Há quanto tempo você está frequentando as ruas?

- O Menos de 01 ano.
- O Entre 01 e 03 anos.
- O Entre 03 e 05 anos.
- O Acima de 05 anos.

08 – Por que você frequenta as ruas?

- O Violência doméstica (castigos físicos).
- O Violência doméstica (castigos verbais).
- O Abuso sexual.
- O Por exploração do trabalho.
- O Por falta de afeto familiar.
- O Por busca de meios de subsistência
- O Por causa de doença física.
- O Por causa de doença mental.
- O Por causa do consumo de drogas
- O Por querer independência.
- O Por gostar das ruas.
- O Por influência de outras pessoas.
- O Outro. Qual? _____

09 – Com quem você fica nas ruas?

- O Mãe
- O Pai
- O Irmãos
- O Avós
- O Esposa/companheira/namorada
- O Filhos
- O Outros parentes. Qual? _____
- O Amigos/ conhecidos
- O Sozinho
- O Outros. Qual? _____

10 – Qual o período de tempo que fica nas ruas?

- O 1 dia na semana
- O 1 a 2 dias por semana
- O 3 a 5 dias por semana
- O mais de 5 dias por semana

11 – Se você mora nas ruas, quantas vezes tentou voltar para casa?

- O Nenhuma
- O 1 vez
- O 2 a 4 vezes
- O Mais de 5 vezes
- O Não sabe dizer

ASPECTOS RELACIONADOS AO USO DROGAS PELOS ENTREVISTADOS

12 – Você já experimentou algum tipo de substância/ droga? (Colocar ao lado a ordem de uso).

- O Bebidas alcoólicas _____
- O Cigarros _____
- O Solventes _____
- O Maconha _____
- O Cocaína/ crack _____
- O Heroína _____
- O Ecstasy _____
- O Medicamentos tranquilizantes _____
- O Ópio e derivados _____
- O LSD e outros alucinógenos _____
- O Outra. Qual? _____
- O Nunca experimentei (vá para a questão 28)

13 – Qual idade fez o primeiro uso?

- O Bebidas/ Cigarro _____
- O Demais drogas _____

14 – Você utilizou alguma droga nos últimos 12 meses?

- O Sim.
- O Não.
- O Não sabe/ não quis responder.

15 – Com que frequência você costuma utilizar drogas?

- O Menos de 01 vez por mês
- O 01 a 02 vezes por mês
- O 01 a 02 vezes por semana
- O Quase que diariamente/ diariamente
- O Mais de uma vez por dia
- O Não sei/ não quis responder

16 – Você utilizou drogas antes de ir para às ruas?

- O Sim
- O Não
- O Não sabe/ não quis responder

17 – Você acredita que a rua favorece o uso das drogas?

- O Sim
- O Não

- O Não sabe/ não quis responder
- 18 – Por qual motivo você utilizou drogas pela primeira vez?
- O Acompanhar ou incentivado por amigos
 - O Acompanhar alguém da família
 - O Curiosidade
 - O Foi forçado
 - O Para esquecer algum problema. Qual? _____
 - O Outro motivo. Qual? _____
- 19 – Por que você permanece usando drogas?
- O Acho legal
 - O Para ficar desinibido
 - O Para se sentir mais forte, poderosos
 - O Porque é fácil conseguir
 - O Por causa dos amigos
 - O Para esquecer a fome, frio, tristeza, coisas de rua
 - O Outro. Qual? _____
 - O Não sabe/ não quis responder
- 20– Como você consegue as drogas?
- O Compra pessoalmente no comércio
 - O Compra pessoalmente no camelô
 - O Compra de outra forma. Qual? _____
 - O Pede para outra pessoa comprar. Quem? _____
 - O Pede ou alguém do grupo dá.
 - O Outro forma. Qual? _____
 - O Não quis falar
- 21 – Selecione os fatos que já ocorreram contigo após uso de drogas?
- O Você brigou com alguém ou causou algum tipo de confusão
 - O Foi roubado, agredido, abusado sexualmente ou prejudicado de alguma forma
 - O Foi roubar
 - O Transou sem camisinha
 - O Colocou a própria vida em risco sem intenção ***
 - O Tentou suicídio
 - O Se queimou
 - O Passou mal
- 22- Você se considera dependente das drogas?
- O Sim
 - O Não
 - O Não sabe/ não quis responder
- 23- Quantas vezes tentou parar de usar drogas?
- O 01 a 02 vezes
 - O 03 a 05 vezes
 - O Mais de 6 vezes
 - O Nunca tentou parar
 - O Não sabe/ não quis responder
- 24- Alguém já te incentivou a parar o uso das drogas?
- O Pais

- O Irmãos
- O Amigos
- O Grupos de apoio/assistenciais/religiosos
- O Outros. Quem? _____ -
- O Nunca fui incentivado

25- O que você acha que as drogas fazem algum mal à sua saúde?

- O Bem
- O Mal
- O Não altera minha saúde
- O Não sabe/ Não quis responder

ASPECTOS FAMILIARES RELACIONADO AOS PARTICIPANTES

26- Seus familiares acham errado o uso de drogas?

- O Sim
- O Não
- O Não sabe/ não quis responder

27- Alguma das pessoas que você mora/convive usa álcool ou outra droga?

- O Sim Quem? _____ O que?
- O Não
- O Não sabe/ não quis responder

28 - Por qual motivo parou ou tentou parar de usar?

- a- não sei
- b- família
- c- amigos/ namorada
- d- religião
- e- medo da polícia
- f- saúde
- g- medo de viciar
- h- usou e passou mal
- i- outro. Qual?