



Desafios na Juventude: drogas, consumismo e violências

Marta Conte

RESUMO - Desafios na Juventude: Drogas, Consumismo e Violências. Este artigo se propõe a analisar, a partir de uma leitura da complexidade, o contexto, as prioridades, os dados epidemiológicos e as demandas para as políticas sociais destinadas à juventude. Questões que aparecem como relevantes são o consumo de drogas, o consumismo e as violências. Examinam-se os desafios em relação à organização de uma rede intersetorial de atenção integral com ênfase na educação permanente, com o objetivo de diminuir a vulnerabilidade e abrir espaços de cidadania para essa faixa etária.

Palavras-chaves: **Juventude. Consumismo. Drogas. Violências. Políticas públicas.**

ABSTRACT - Challenges in youth: drugs, consumption and violences. This article proposes to analyze, through a comprehensive view, the context, priorities, epidemic data and the public policy demands for adolescents. Drug consumption, consumptive behavior, and violence are relevant exploited topics. The article reviews the challenges related to the organization of a net between sectors of a whole attention focused in permanent education aiming diminish the adolescent's vulnerability and open spaces for citizenship practices.

Keywords: **Adolescence. Consumptive behavior. Drugs. Violence. Public policies.**

Ao analisar a realidade da juventude brasileira, parte-se da leitura de alguns aspectos que a tornam mais complexa na contemporaneidade. Entre eles considera-se a epidemiologia do consumo de álcool e drogas e das violências para, então, dimensionar o que é preciso fazer prioritariamente em termos de políticas sociais.

A sociedade contemporânea determina os processos de subjetivação que visam à construção de identidades a partir de alguns ideais como a noção de felicidade, a ética narcísica e o valor da vida como mercadoria. Arendt (2000) contextualiza a emergência histórica do consumo e aponta que, na idéia de consumismo, o princípio da utilidade ligada ao trabalho ficou subordinado ao princípio de felicidade. Os fundamentos para a crítica da concepção de felicidade formulados pela mesma autora são buscados em Bentham, que se refere à felicidade como a soma total dos prazeres, sem as dores, encontrando no consumismo uma de suas expressões de sustentação, como bem analisa Costa (2004).

Para entender as transformações conceituais que interferem no laço social¹, buscam-se argumentos éticos na atualidade. Se a ética é resultante da prática do bem; essa é uma construção histórica, é preciso verificar quais os argumentos que organizam esse campo na contemporaneidade. Badiou (1995) parte dos Direitos Humanos para mostrar como esses direitos são apoiados, de um lado, por uma concepção genérica de homem e, de outro, pela idéia de um Mal “universal, absoluto e primordial” (p.12). No embuste dos Direitos Humanos, entre eles o direito à diferença, esconder-se-ia um mundo que se revela cada dia mais **neo**, um mundo em que os valores circunstanciais e contingentes transformam-se em uma moral que vale para todos: “Torna-te como eu e respeitarei tua diferença” (p. 35).

Essa crise permite a segmentação do conceito de ética a ponto de ser possível articular uma ética narcísica, formatada para cada indivíduo, pois o bem que a sustenta é preponderantemente individual. Como consequência, há uma mudança nas trocas interpessoais pela posição que ocupam os sujeitos na relação com os objetos na sociedade de consumo: ‘Você é o que você consome!’. Revestida de signos de reconhecimento, sucesso e performance, a mercadoria vende a idéia de uma vida perfeita e inalcançável. Kehl (2002) auxilia nessa direção trazendo que os ideais sociais de consumo impõem a crença em uma satisfação impossível de ser sustentada como resposta ao imperativo *GOZE! CONSUMA!*. Isso altera a relação com a lei e com os códigos.

Nesse contexto, a *fissura*, fenômeno vinculado somente ao consumo de drogas e que indica uma necessidade que não considera suas consequências, estende-se aos vários objetos de consumo na busca de *outro*. Esse outro preenche todo tipo de exigência pulsional e orgânica para satisfazer um corpo insaciável (Melman, 1992). Assim, a adição como sintoma social consolida uma lógica hedonista, em que o sintoma que *fala* de um mal-estar de nossos tempos busca ser silenciado através do imediatismo de uma solução calmante ou entorpecente. As drogas cumprem uma função socialmente valorizada,

pois passam a ser uma espécie de metáfora de todos os objetos como fundantes do valor subjetivo de cada um, medicamento da existência (Melman, 1992). É a partir dessas idéias que se pode propor que a droga funda certo tipo de comunidade muito semelhante àquela que celebra a relação com os bens de consumo em geral, o que nos leva a assumir que *somos drogaditos de objetos*. Propõe-se, então, a superposição da lógica de consumo e da lógica toxicomaníaca, resultando disso efeitos em nível social, tal como a incitação ao consumo sem crítica. Depreende-se dessa reflexão que o consumo de drogas na nossa sociedade passa a ser um problema silenciado na medida em que responde aos ideais sociais de consumo transformados em imperativos e traduzidos na idéia do imediatismo, da supervalorização dos produtos e na sua imprescindibilidade, na velocidade, na instantaneidade. O consumo de drogas, então, serviria como uma espécie de anulação/anestesia do mal-estar social e das subjetividades.

Então, como não pensar o toxicômano como o protótipo do que se propõe como valor de uma sociedade de consumo? Uma importante consequência do laço social calcado no consumo é que o sujeito, quanto mais objetualizado, mais está esvaziado de valor; quanto mais o poder está nos objetos, menor é o valor da vida. Daí para a banalização da violência é um passo. E, neste contexto, como poderíamos desvelar o que há de denúncia ou mensagem em ato violento cometido na adolescência?

O ato violento convoca as instâncias de referência que hoje estão amortecidas, céticas, desconfiadas frente a um adolescente, em geral, desamparado. Com o triunfo do individualismo, resta ao jovem expressar de forma radical a tentativa de se fazer exceção em um tempo em que todo mundo quer as mesmas coisas. A delinqüência coloca em questão a existência do sujeito no qual o *ser* está como equivalência do delinqüir. O adolescente sofre porque, teoricamente, *pode* escolher o que quiser, sem anteparos, sem um olhar e uma voz que o reconheça como *eu* e que ele valorize.

Quanto à epidemiologia do álcool no Brasil, segundo o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas (Carlini, et al., 2002), chama a atenção que a experimentação de 12-17 anos está em 52,2%; de 18-24 anos está em 78,3%, crescendo para 85,6% na faixa de 25-34 anos no sexo masculino. Quanto à dependência do álcool, é a partir dos 18 anos que os índices aumentam de forma significativa, com 23,7%, no sexo masculino. No sexo feminino, a diferença em termos de experimentação com relação ao sexo masculino é tênue (68,2% na faixa de 18-24 anos e 67,6% na faixa de 25-34 anos). No entanto, há muita diferença com relação à dependência do álcool se comparado ao sexo masculino, 7,4% para 23,7% na faixa de 18-24 anos. O consumo de álcool pode ser considerado um grave problema de saúde pública mundial, pois há dois bilhões de consumidores no mundo todo; 76,3 milhões de pessoas com algum agravo relativo ao uso de álcool; 1,8 milhões de mortes relacionadas ao consumo de álcool por ano (World Health Organization, 2004).

Quanto ao impacto da violência na saúde pública, observa-se que, desde os anos 1960, há uma evolução da importância da violência, representada pelas causas externas (homicídios, acidentes de transporte e suicídios), especialmente na juventude. No entanto, uma aceleração das causas externas se constata a partir dos anos 1980, quando passou, em 1989, de quarto para segundo lugar afetando, principalmente, a juventude (Minayo; Souza, 2003). Essas causas foram progressivamente tomando o lugar das epidemias e doenças infecciosas (Vermelho; Mello Jorge, 1996; Mello Jorge, 1994; Mello Jorge; Gawryszeski; Latorre, 1997). A vitimização juvenil passa a se afirmar como uma categoria quase universal de nossa cultura globalizada (Waiselfisz, 2004).

Quanto à mortalidade na população jovem, essa aumentou de 128 por 100.000 habitantes para 137 por 100.000 habitantes de 1980 para 2002, diferente da taxa global de mortalidade na população brasileira, que caiu de 644 em 100.000 habitantes para 561 por 100.000 habitantes no mesmo período. As mudanças observadas nesse aspecto apresentam “novos padrões de mortalidade juvenil” (Waiselfisz, 2004, p.26). Desdobrando apenas três elementos das causas externas, temos que os homicídios são responsáveis por 39,9% das mortes entre jovens; os acidentes, por 15,6% dos óbitos juvenis, e suicídios, por mais de 3,4%. Em conjunto, esses três aspectos representam mais da metade (59%) das mortes de jovens brasileiros (Waiselfisz, 2004).

Porto Alegre está em terceiro lugar na taxa de óbitos por acidentes de trânsito entre jovens; 67% ocorrem em horário de lazer (sextas e sábados à noite) (Waiselfisz, 2004). Por outro lado, o consumo excessivo de álcool também está relacionado ao aumento da violência doméstica, homicídios culposos, assaltos, assassinatos, roubos e invalidez. Já a violência ligada ao narcotráfico aponta para a instabilidade social, aumento de investimentos públicos e privados em segurança pública, homicídios entre jovens, envolvimento de crianças e adolescentes na rede do tráfico de drogas e armas, aumento do número de detenções, prisões e de mulheres presas.

Ambas as formas de violência produzem na juventude situações de extrema vulnerabilidade. Para Mann (1993), o conceito de vulnerabilidade não se reduz somente ao grau de apoio social em relação aos comportamentos de determinado indivíduo, mas se amplia para a possibilidade de riscos e ao acesso aos serviços e políticas públicas. Em vários estudos no Brasil esse conceito tem sido revisitado, incorporando-se a ele questões que sustentam a dimensão estrutural da realidade, articulando-a com as necessidades que emanam do plano singular. Nessa perspectiva, a vulnerabilidade não está reduzida a situações de pobreza; ampliando esse sentido, Adorno (apud Mann, 1993) considera que um indivíduo ou um grupo torna-se vulnerável quando enfrenta situações que levam ao rompimento de vínculos sociais com o trabalho, com a família ou com a comunidade, compreendendo o homem como cidadão e sujeito de direitos. Essa posição contrasta com uma visão

freqüentemente encontrada em relação à vulnerabilidade, a qual enfatiza as carências vividas, e encontra sua solução no paternalismo e no assistencialismo.

Neste artigo, não há condições de aprofundar, como se poderia, as questões que tornam os jovens vulneráveis à violência. Entretanto, chama-se a atenção para a importância de se estudar o conceito de vulnerabilidade em profundidade pelo fato de que ela pode embasar as práticas de saúde, neste caso de Saúde Coletiva, integrando os planos relativos aos indivíduos, aos programas e às políticas de saúde (Sánchez; Bertolozzi, 2007).

Entre os aspectos de vulnerabilidade na juventude resultantes da realidade social, apontam-se os seguintes: o encobrimento do desejo através de objetos de necessidade expropria a capacidade desejante e expõe a ilusão do consumo como forma de construção identitária; o uso desenfreado de drogas como resposta ao “desmonte” de amarrações sociais, econômicas, políticas, éticas e de valores. Essas amarrações permitem o avanço civilizatório pelo valor dado à vida, princípios, virtudes e ideais coletivos. Hoje se amplifica a descrença em relação ao futuro e a conseqüente perda de sentido de vida coletiva e compartilhável.

Os riscos calculados se refletem no fato de que chegam a 80% os casos de internação ligados à desintoxicação do álcool (Rio Grande do Sul, 2003), além do aumento do consumo do álcool associado aos homicídios, ao atraso escolar e à depressão (entre meninas). Esses dados indicam as seguintes tendências: 35% dos usuários entre 13-24 anos são soropositivos; aumento do uso de *crack* e de bebidas energéticas; *ecstasy* sem controle algum da composição; drogas cibernéticas produzem efeito de estar eletronicamente bêbado; sociedade de consumo; dependência inevitável; idéia de felicidade ligada ao consumo; individualismo; hedonismo; baixa tolerância às frustrações e às diferenças; culto ao corpo e violências.

O contexto da Saúde Mental

Vive-se um importante debate no campo da saúde mental no Brasil, no qual o centro da discussão gira em torno de qual a melhor maneira de organizar os serviços de saúde para garantir tratamento à imensa legião de pessoas que sofrem com sintomas – mais ou menos graves – que afetam sua saúde mental. Essa perspectiva nos faz antever que a gestão dos serviços e a atenção em saúde não estão dissociadas da formação e do controle social.

O conceito de saúde presente no Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, saúde como qualidade de vida e processo social, permite vislumbrar um sistema que provê as condições básicas de um relativo bem-estar e promove o amplo desenvolvimento do potencial humano e comunitário. O campo da saúde mental se insere no contexto intrínseco do viver humano, podendo desenvolver dispositivos de saúde que promovam condições como a capacidade de

viver a vida, de expressão, de participação e de pertencimento. A saúde é uma potência exercida pelo indivíduo ou pelo grupo no sentido de realizar aspirações, satisfazer necessidades e, também, de lidar com o meio ambiente de forma a enfrentar as adversidades e lutar pela qualidade de vida.

A qualidade do atendimento dos serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido pauta de conferências e debates desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, um marco na luta pela reforma psiquiátrica (Andrade; Pontes; Martins Junior, 2000). Entre as proposições dessa Conferência, encontra-se a ampliação do conceito de saúde definido na Constituição Federal e que deve nortear a mudança progressiva dos serviços. Isso passa por deixar para trás uma organização da assistência centrada na doença e chegar a uma atenção integral à saúde na qual haja a incorporação de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação (Rio Grande do Sul, 2002).

Para contextualizar o que tem dado sustentabilidade à idéia do SUS, resalta-se que entre seus princípios estão saúde como direito, universalidade, equidade, integralidade da atenção e participação, e suas diretrizes são descentralização, regionalização, controle social, formação e capacitação. A integralidade é o reconhecimento, na prática dos serviços, das várias dimensões e necessidades dos sujeitos, como os âmbitos da educação, da saúde, da assistência social, da geração de renda, do esporte, do lazer e da cultura. Estas necessidades e dimensões são contempladas nas várias modalidades de serviços e em diferentes níveis de complexidade, visando à atenção integral.

Entre as diretrizes da Política de Atenção Integral à Saúde Mental do Estado do Rio Grande do Sul, encontram-se acolhida, vínculo, responsabilidade integral e contrato de cuidados (Rio Grande do Sul, 2002). Com relação ao processo de trabalho das equipes de saúde mental, ressalta-se a interdisciplinaridade, a integralidade da atenção, a intersetorialidade, a humanização da atenção, a resolutividade e capacitação, a investigação, a pesquisa e a avaliação continuada. Esses aspectos permitem o permanente repensar da prática e das relações estabelecidas na própria equipe, com os/as usuários/as e com os diversos segmentos da sociedade. Nos processos de trabalho, a aprendizagem significativa e a educação permanente se inserem nas práticas cotidianas permitindo mudanças e relacionamentos éticos e solidários (Rio Grande do Sul, 2002).

Quanto ao tipo de ações desenvolvidas, as diretrizes referem-se a uma diferenciação no que concerne às ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde. Essas ações consideram as principais características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças mais frequentes, como também das condições socioeconômicas da sociedade, dos seus hábitos e estilos de vida e de suas necessidades de saúde, os grupos de maior risco e vulnerabilidade social e a infra-estrutura de serviços disponíveis. (Rio Grande do Sul, 2002).

A constituição de redes de apoio e proteção na adolescência e juventude dá contorno aos princípios e diretrizes anteriormente descritos ao tomar o mapa dos diferentes saberes como um imenso rizoma, sem começo e sem fim, onde existem infinitas possibilidades de se transitar entre eles de forma inusitada, sem a ilusão de recuperar uma unidade perdida (Gallo, 1997). As redes superam as limitações das disciplinas em favor de um diálogo entre os sistemas teóricos que, ao mesmo tempo, rompa com os limites disciplinares estabelecidos (Briceño-Léon, 2002).

Como se pode constatar, o campo da saúde mental assim orientado oferece respaldo teórico-conceitual consistente e prevê dispositivos operacionais bem articulados para o fazer da clínica na perspectiva das políticas públicas. Esses aspectos propiciam a integralidade na abordagem de problemas complexos como os focalizados por este artigo. No entanto, na operacionalidade de princípios e diretrizes do SUS para sua implementação nas práticas da saúde mental nos serviços, intervêm vários aspectos que transcendem o próprio sistema de saúde, tal como o grave problema socioeconômico brasileiro. Esse não disponibiliza condições de vida para o exercício da cidadania de grande parte da população, dificultando a resolutividade das ações no âmbito da saúde mental e exigindo integração de várias políticas públicas.

Outro aspecto a ser enfrentado é o dos especialismos e a extrema medicalização, que impedem uma abordagem integral das situações de violência. Mesmo existindo algum tipo de iniciativa em saúde mental em cerca de 85,5% dos municípios do nosso Estado, há muito a ser implementado, tanto no que concerne a pesquisas sobre as práticas clínicas voltadas às demandas em saúde mental na perspectiva da integralidade, quanto à formação de recursos humanos (profissionais e gestores) que permita criar condições para a atenção qualificada nos serviços de saúde mental, especialmente os voltados à adolescência e juventude (Rio Grande do Sul, 2002).

A política de saúde mental, iniciada nos anos 1990, ainda está longe do ideal, sendo uma das bases impulsionadoras a formação de recursos humanos, além de questões de infra-estrutura dos serviços e articulação em uma rede intersetorial para um atendimento integral em saúde mental. O SUS, como política pública baseada na ética da equidade e acessibilidade, segue enfrentando a questão da construção da rede de saúde mental e toma como contribuição positiva as críticas que apontam fragilidades ainda existentes. O grande desafio em termos de rede de atendimento ao adolescente e jovem é a falta de investimentos em atendimentos, seja ambulatorial, CAPS ou hospitalar, na perspectiva da interdisciplinaridade, integralidade e na composição de recursos intersetoriais.

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral de Álcool e outras Drogas apresenta as seguintes ações: informação, prevenção, participação comunitária e controle social. Também propõe a ruptura com a lógica que discrimina, culpabiliza e criminaliza o usuário e não adota como único

indicador de eficácia a abstinência. Trabalha na associação entre a redução de oferta, de demanda e a redução de danos. Por isso, a ênfase está na adoção de políticas de promoção da saúde que contemplem ações estruturais nas áreas de educação, saúde, segurança, esporte, lazer, cultura, geração de renda; em última análise, significa intersetorialidade.

Além disso, é de extrema validade a discussão das leis criminais de drogas e a implementação de dispositivos legais para a equidade do acesso dos usuários de álcool e outras drogas às ações de prevenção, tratamento e redução de danos. Os dispositivos de sustentabilidade dos Programas de Atenção Integral aos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas são Atenção Básica, Programa de Saúde da Família/Agentes Comunitários de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), Ambulatórios, Formação Permanente, Retaguarda Hospitalar para os casos graves e situações de urgência/emergência e Participação Social.

Algumas prioridades em políticas para a juventude

Para situar as prioridades em termos de políticas públicas voltadas à juventude, consultou-se uma pesquisa realizada com adolescentes (Castro; Abramovay, 2002) que enfatiza a necessidade de políticas específicas e transversais, com envolvimento de diversos segmentos sociais e, principalmente, que estejam articuladas com a participação dos jovens. Além disso, a pesquisa sugere: o aumento da qualidade e do acesso à escolaridade; o atendimento integral, coadunando educação e saúde (gravidez, DST/AIDS, consumo de drogas, violências); a constituição de redes de apoio ao adolescente em conflito com a lei visando a prevenção à violência; incentivo a diferentes formas de expressão cultural e consciência étnica e de gênero. Também são apontadas outras prioridades na interface da Saúde e Justiça.

Atualmente, há dois modos de atenção ao tema das drogas e delito na juventude: a Justiça Terapêutica e a Justiça Restaurativa. A Justiça Terapêutica é uma das formas de se colocar em prática uma abordagem que tece uma interface com a saúde e é criticada porque o tratamento psicológico, no lugar da pena, somente pode ser recomendado e não obrigatório; a testagem é obrigatória e, ao mesmo tempo, inconstitucional (equivalente a depor contra si mesmo), mas utilizada pela justiça terapêutica em detrimento de um vínculo de confiança, um dos pilares das diretrizes das equipes no SUS (acolhimento, vínculo, responsabilidade compartilhada e contrato de cuidado). A forma de negociação proposta pela Justiça Terapêutica, muitas vezes, não engaja subjetivamente o jovem, pois a indicação de tratamento não considera as diferentes modalidades de uso, deixando de avaliar a motivação para o tratamento ou mesmo a sua necessidade, e indicando tratamento quando poderiam ser utilizados outros recursos de uma rede intersetorial.

O outro modo de atenção, a Justiça Restaurativa (Borton, 2008) tem como essência a resolução de problemas de forma colaborativa. Essa prática proporciona àqueles que foram prejudicados por um incidente a oportunidade de reunião para expressar seus sentimentos, descrever como foram afetados e desenvolver um plano para reparar os danos ou evitar que aconteça de novo. A abordagem restaurativa é reintegradora e permite, além disso, que o transgressor não seja mais visto como tal.

O engajamento cooperativo é elemento essencial da justiça restaurativa, que se constitui numa nova maneira de abordar a justiça penal, que enfoca a reparação dos danos causados às pessoas e relacionamentos, ao invés de punir os transgressores. Seu postulado fundamental é: o crime causa danos às pessoas e a justiça exige que o dano seja reduzido ao mínimo possível. A Justiça Restaurativa é um processo colaborativo que envolve aqueles afetados mais diretamente por um crime, chamados de ‘partes interessadas principais’, para determinar qual a melhor forma de reparar o dano causado pela transgressão. Seguindo na análise do que torna complexa a passagem pela adolescência e juventude, enfatiza-se que a escola não colabora com uma formação crítica e para a autonomia do pensamento. As condições de ingresso de um jovem no mercado de trabalho hoje são de tamanha exigência que ele pode considerar tarefa quase impossível de ser alcançada. Por outro lado, o jovem se vê convocado a responder não somente como consumidor, mas, também, a um ideal social de perfeição (corpo ideal, performance, aproveitamento da vida no aqui e agora, fazer o que os pais não fizeram, manter-se vivo e saudável, entre outros).

Isto tudo ocorre em um contexto onde a fácil disponibilidade da droga no mercado e a ausência de controle e fiscalização fazem o jovem pensar que a proibição é um embuste e que desde os hábitos familiares *regados* a álcool é possível considerar que há várias formas de se relacionar com as drogas, lícitas e ilícitas. Este último aspecto precisaria ser contemplado nas ações de educação e saúde, muito mais do que *pregar* a abstinência, para que alguma mensagem seja escutada pelos adolescentes e jovens, relativizando os perigos relacionados ao uso de drogas e construindo com eles estratégias de cuidado e de redução de danos.

Além disso, o jovem precisa ser convidado a refletir criticamente sobre a insistência, de várias instâncias, em colocá-lo como responsável pela disponibilidade de drogas e pelas consequências do tráfico, o que é no mínimo questionável, já que esse ponto de vista desresponsabiliza, entre outras, a instância policial e a das políticas públicas. Por fim, ao se pensar sobre o futuro da juventude brasileira, será difícil que ela não seja vista desde uma posição de desencanto e desamparo, uma vez que os vários aspectos analisados deliniam um destino sombrio.

A forma como se aborda o jovem e se propõe a assunção da responsabilidade sobre seus atos fará toda a diferença. Para que a responsabilidade seja construída, bordas² precisam ser feitas, é necessária a construção de obstá-

culos simbólicos que sirvam de ancoragem ao jovem criando condições de escolha, autocuidado, cidadania. E como isso opera?

Para fazer borda, é preciso enlaçamento no simbólico dos dilemas ou enigmas do jovem que conseguem ter inscrição em relação a alguma referência (pessoas, instituições, programas) que vem do laço social. É quando lançamos a hipótese de que há um sujeito que pode vir a se responsabilizar por seu ato, que operamos um campo de referência com a nossa aposta.

Essa aposta inicia-se em um vínculo que permite ao jovem lançar-se no risco de viver com alguma segurança. Vários aspectos interventivos, quando articulados entre os profissionais e setores, especialmente com a concordância do interessado, podem promover efeitos de sujeito. Entre esses aspectos, situamos: a escuta singular, o acompanhamento terapêutico, a internação hospitalar, o contato com a família, os recursos socioeducativos e culturais, entre outros. É com os *operadores de borda*, assim podem ser chamados todos que trabalham de forma humana e ética, prestando seu testemunho como suporte, que os jovens se permitem aventurar-se em um projeto de vida que valha a pena. É fundamental tomar cuidado para que as intervenções não se organizem em torno de um discurso *reeducativo*, pois isso assujeita o jovem desde a mesma posição na qual a lei o interpela através de imperativos, cuja resposta é seu próprio apagamento ou a recusa a um convite de vida.

Ao nos permitirmos não assumir uma posição imperativa, de quem tudo sabe, deixamos alguma chance para o jovem compartilhar as suas fragilidades, usando seu sintoma na invenção possível de um discurso onde seu desejo não seja *atropelado* por passagens ao ato, sempre decepcionantes em seus efeitos. A partir de uma relação descontraída, as palavras do jovem em conflito com a lei poderiam ser recolocadas e partilhadas com uma crítica da objetividade e da subjetividade, levando-o a encontrar um pouco de saber sobre sua própria natureza de sujeito desejante (Rassial, 1999).

O que fazer?

Do ponto de vista da construção de uma rede integral de atenção aos adolescentes, verifica-se uma opacidade, devido à desarticulação das políticas sociais pela falta de planejamento conjunto, interdisciplinar e intersetorial com definição de prioridades e metas sobre as ações em um território. Um aspecto que incrementa o problema são os desentendimentos gerados a partir das várias interpretações da lei do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Cunha; Cunha, 2003).

Fajardo (2004) considera “que ainda não há no Rio Grande do Sul uma rede efetiva de proteção à criança e ao adolescente, vigorando ainda a lógica de pescagem das crianças e adolescentes para serem ‘protegidos’ ou ‘re-socializa-

dos' e 'devolvidos à sociedade' (p. 35). Analisando, então, esses aspectos durante a implementação do ECA, a mesma autora ressalta a ausência ou insuficiência de medidas socioeducativas abertas, mesmo sendo consideradas preventivas do ato infracional, a insuficiência de uma rede que realize medidas de proteção especial que garantem os direitos das crianças, bem como previnem a infração. Ao mesmo tempo, pode-se afirmar que o ECA deu visibilidade aos direitos dessa população, aumentando a preocupação com a violação de direitos das crianças, como a exploração e o abuso sexual, com o trabalho infantil e com adolescentes vitimizados e autores de atos infracionais. Fajardo (2004) confirma que a rede de proteção integral não vem se efetivando pela fragmentação das políticas sociais. As possibilidades de denúncias quanto à violação dos direitos humanos de crianças e adolescentes estão presentes nas instituições e na comunidade em geral em que são construídas novas visões e formas de intervenção.

Dentre as políticas públicas voltadas para a prevenção às drogas e a redução da criminalidade, citam-se: a definição de horário limite para a venda de bebidas aos adultos; a fiscalização para a proibição de venda de bebida alcoólica para jovens; o rigor na concessão de alvarás para bares e botecos; o aumento na taxa sobre a venda das bebidas alcoólicas; a obrigação da indústria do álcool destinar recursos para um fundo de financiamento de projetos de prevenção ao consumo de drogas e à violência. Apesar de amplamente divulgados os efeitos prejudiciais do álcool e do cigarro, seu uso continua sendo incentivado pela sociedade com a associação a ocasiões festivas, à integração social ou ao sucesso. Esses aspectos exigem espaços de reflexão e crítica para que os efeitos desses estímulos no estabelecimento de dependências sejam revisados. Cabe ressaltar que, pela necessidade de repensar as formas de cuidado com intervenções mais precoces, dentro da perspectiva da redução de danos, visa-se a produzir impacto sobre a carga total de problemas e os custos – direto e indireto – associados ao consumo do álcool, especialmente entre jovens.

Zaluar (2008) vislumbra a prevenção da violência como articulada a uma cultura da civilidade, trazendo a necessidade de educar como uma estratégia integrada e não muitas pequenas intervenções fragmentadas. Ao oferecer escola de qualidade e cursos de profissionalização, criam-se alternativas de emprego e trabalho autônomo.

Essas idéias vão ao encontro do que este artigo vem apontando, ou seja, a educação como pilar para as mudanças desejadas em termos de políticas públicas para adolescência e juventude. Faz-se necessário pensar a educação que se quer, sua intencionalidade e finalidades, como ficou bem identificado na pesquisa que ouviu os jovens (Castro; Abramovay, 2002). Eles pedem educação de qualidade, isto é, uma formação de sujeitos críticos, participativos, criativos e protagonistas. Para que se alcance essa meta, é preciso incluir na educação, em todos seus níveis, as finalidades culturais, legais, político-sociais e humanísticas.

Nessa perspectiva, do ponto de vista das terapêuticas possíveis, uma rede ampla da menor à maior complexidade precisa ser fortalecida. Para falar de rede, partimos das ações da atenção básica de forma integrada entre Programa de Saúde da Família, Redução de Danos e Saúde Mental na Atenção Básica. Essas ações integradas com outras em nível psicossocial, como grupos de auto-ajuda e Comunidades Terapêuticas, dão um respaldo complementar à rede de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas.

Quando se tratam de quadros de consumo de álcool e drogas de gravidade média ou alta em relação à dimensão psíquica e orgânica, a desintoxicação/internação em hospital geral é necessária por um período curto, mas de forma criteriosa, sendo que nem sempre estará presente como uma etapa necessária de tratamento. Quando ocorre a internação, ela é seguida de acompanhamento ambulatorial e/ou grupos de auto-ajuda, atendimento ambulatorial, semanal individual ou em grupo. Nesse atendimento, é importante ressaltar a abordagem de uma equipe interdisciplinar, na qual não somente o usuário, mas também sua família seja acolhida.

Há, por outro lado, as “fazendas terapêuticas”, que utilizam a filosofia do trabalho, da disciplina e da oração, além do isolamento social, as pressões do grupo e a abstinência. Apesar de acolherem um bom número de encaminhamentos que vêm dos serviços públicos, verifica-se uma alta taxa de reincidência, pois nem sempre quem ingressa nesses serviços o faz por estar de acordo com eles, não se identifica com a proposta e nem se sente respeitado em seus direitos de cidadão. Na maioria das vezes, o ingresso se dá por falta de vagas em atendimento ambulatorial, CAPS ou mesmo hospital geral, levando situações de média gravidade a se tornarem de alta gravidade.

Um dispositivo altamente resolutivo que evita internações, especialmente para a etapa delicada da adolescência, são os Centros de Atenção Psicossocial para infância e adolescência, que oferecem entre suas modalidades os regimes não-intensivo, semi-intensivo, intensivo, com atividades diversificadas e equipe interdisciplinar. Por outro lado, mesmo em grandes municípios como, por exemplo, a cidade de Porto Alegre, encontramos entraves para ampliação da rede de saúde mental. Temos apenas um CAPS para infância e juventude e precisaríamos de mais três para dar cobertura a essa população, assim como precisaríamos de mais três CAPS AD, pois há apenas um. Outra alternativa terapêutica a ser considerada para adolescência e juventude é a Redução de Danos; propõe uma inversão da relação de poder entre o usuário e a droga, uma vez que o usuário passa a estruturar estratégias de proteção que lhe permitam deixar de ser comandado pela droga e assume o controle através de pequenas vitórias, recuperando cidadania, liberdade de escolha.

O que pode ser desenvolvido do ponto de vista terapêutico, nos diferentes pontos da rede de saúde, é a ênfase ao estabelecimento de vínculo e acolhimento sem preconceitos; informação, orientação e encaminhamentos; estímulo à participação do adolescente e jovem em fóruns e conselhos de direitos; oficinas de redução de danos na comunidade, na atenção básica, nos

CAPS, nos hospitais, nos abrigos e na FASE. De forma complementar, as abordagens terapêuticas citadas para facilitar o acesso do adolescente e jovem em oficinas de geração de renda, grupos e movimentos sociais, atividades socioeducativas, esportivas, culturais, recreativas, escolarização e profissionalização.

É fundamental, ainda, considerar alguns aspectos na perspectiva de terapêuticas que efetivem uma verdadeira aproximação com o adolescente e jovem. Entre eles, está a flexibilidade, que significa acolher a pessoa na condição em que ela se encontra, facilitando que um laço de confiança se estabeleça utilizando propostas diversificadas e construídas com cada um em sua rede social, considerando as necessidades e as possibilidades em relação a um plano de ação singular.

Um grande objetivo a ser perseguido é a construção da noção de responsabilidade. Para isso, deve-se mapear os riscos e elaborar estratégias de redução de danos subjetivos e sociais, associando o atendimento individual com o grupal/institucional para compor um plano de ação efetivo com recursos intersetoriais.

Ainda, ressaltam-se as iniciativas ligadas às políticas públicas, quando configuram-se como atividades comunitárias para jovens mais vulneráveis ao envolvimento com tráfico de drogas e com a criminalidade. Estas atividades objetivam a interiorização do aprender a conviver com as dificuldades, comunicar-se, dialogar, zelar e respeitar os outros, a si mesmo e os bens coletivos e a aprender a decidir em grupo. Os efeitos destas abordagens, por estarem em uma fase crucial da formação de um *ethos* da masculinidade, os marcam para sempre (Zaluar, 2008).

Como foi assinalado até aqui, vários aspectos do contemporâneo levaram-nos a perceber bens e corpos como coisas e existências que passam sem deixar história, que duram justo o tempo de sua desagregação material, e esse aspecto tem graves conseqüências no processo de construção identitária do jovem e na sua inscrição no laço social.

Cabe ressaltar que “a miséria simbólica, transmitida pela crise ética de valores da sociedade de consumo, tem peso fundamental nas construções identitárias e no estilo de vida que estão sendo construídos em torno das drogas e da criminalidade na sociedade brasileira (Conte et al, 2007, p.104). A constatação do aumento de todas as formas de violência, nas quais o adolescente/jovem é, ao mesmo tempo, vítima e algoz, convoca todos que se engajam no exercício de uma função de referência a estarem atentos e trabalhando constantemente na desmontagem dos estereótipos em torno do adolescente e jovem, freqüentemente associados ao estigma de ‘drogado’(a), ‘marginal’, ‘delinqüente’. Este cuidado e essa atenção permitiriam a diminuição do imaginário no qual ele (ela) é tomado(a) (e nós também) para enfatizar as possibilidades simbólicas, abrindo os caminhos da fala para a vida e para o acolhimento no laço social.

Para concluir, apresentaram-se alguns aspectos que viabilizam condições para o exercício de cidadania da juventude, os quais diminuem a vulnerabilidade social, colocando em destaque as políticas sociais que re-situam funções de referência a essa etapa fundamental da vida. O que se analisou neste artigo indica-nos que, na abordagem com os jovens, só limites não bastam; é preciso que se produza na relação com eles “licenças de trânsito de um lugar a outro, que lhes permitam explorar outras vias menos perigosas” (Rassial, 1999), nas quais eles encontrem uma inscrição que possa ser legitimada pelos coletivos (instituições, programas, movimentos) e “encorajadas pelo trabalho de todos aqueles que estão engajados como sujeitos no exercício de suas posições simbólicas” (Forget, 2005, p. 3). Nessas condições, torna-se fértil apostar na juventude acompanhando-a na construção de subjetividades cidadãs na aposta de que possam vir a se responsabilizar por seus atos e escolher projetos de vida.

Notas

1. Laço social: refere-se à inscrição dos sujeitos, grupos e valores no que é reconhecido pela cultura, instituições, políticas e relações sociais, produzindo o sentido do pertencimento, implicação e confiança mútua (Balsa, 2006).
2. Borda, neste artigo, é um conceito baseado nas formulações de Rassial (1999) e refere-se a proteções simbólicas que são construídas quando se dá visibilidade ao jovem através da inclusão de seus dilemas ou questões em programas sociais, o que significa passar a estar referido a um campo simbólico, de alteridade, representado por profissionais, instituições, programas sociais reconhecidos em uma rede intersetorial e representando-se diretamente nas instâncias de participação e controle social.

Referências

- ANDRADE, L.O.M.; PONTES, R.J.S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 8, n. 1-2, Washington, p. 85-91, July/Aug, 2000.
- ARENDDT, Hannah. **A condição humana**. 10 ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2000.
- BADIOU, Alain. **Ética: um ensaio sobre a consciência do mal**. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1995, 100 p.
- BALSA, Casemiro. **Confiança e Laço Social**. Lisboa: Edições Colibri, 2006, 302 p.
- BORTON, I. M. **Victim offender communication in felony cases: an archival analysis of Ohio's office of victim services dialogue program**. Ohio: College of Bowling Green State University, 2008. Disponível em: <http://www.ohioline.edu/etd/send-pdf.cgi/Borton>. Acesso em: 31 de outubro de 2008, 112p.

- BRASIL. Senado Federal. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Disponível em: <http://www.foncaij.org/dwnld/ac_apoio/legislacao/federal/saude/lei_10216.pdf> Acessado em: 31 de out. de 2008.
- BRASIL. Senado Federal. **Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002**. Disponível em: <http://ccr2.pgr.mpf.gov.br/legislacao-materia-criminal/docs_legislacao/lei10409_02.pdf>. Acessado em: 31 de out. de 2008.
- BRICEÑO-LÉON, Roberto. Introducción: la nueva violencia urbana de América Latina. In: BRICEÑO-LÉON, Roberto (org). **Violencia, sociedad y justicia en América Latina**. Buenos Aires: Clacso, 2002. p. 13-26.
- CASTRO, M.G. ABRAMOVAY, M. Por um novo paradigma de fazer políticas. Políticas de/para/com juventudes. **Revista Brasileira de Estudos de População**. v.19, n. 2, p. 19-46, jul/dez., 2002.
- CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo 107 maiores cidades do país - 2001**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2002. Disponível em: <http://www.mp.ap.gov.br/arquivos/IForum/arquivos/levantamentodomiciliardrogas.pdf>. Acessado em: 27 de out. de 2008.
- CONTE, Marta. A complexidade das relações entre violência, drogas e laço social. In: HARTMANN, F. (Org.). **Violências e Contemporaneidade**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2005. p.81-88, 150 p.
- CONTE, Marta; OLIVEIRA, Carmen Silveira de; HENN, Ronaldo César; WOLFF, Maria Palma. Consumismo, Uso de Drogas e Criminalidade: riscos e responsabilidades. **Psicologia: ciência e profissão**, mar, vol.27, n. 1, p.94-105, 2007.
- COSTA, J.F. **O Vestígio e a Aura**: corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004, 244p.
- CUNHA, E.; CUNHA, E. Políticas Públicas Sociais. In: CARVALHO, A.; SALLES, M; GUIMARÃES, M; UDE, W. (Orgs). **Políticas públicas**. Belo Horizonte, MG: Ed. UFMG, 2003. p. 11-25.
- FAJARDO, Sinara P. Dez anos de implementação do ECA no Rio Grande do Sul avanços e desafios. In: **Relatório Azul 2004: garantias e violações de direitos humanos - 10 anos**. Rio Grande do Sul. Assembléia Legislativa. Comissão de cidadania e direitos Humanos. Edição comemorativa. Porto Alegre: Corag, 2004, 393p.
- FORGET, Jean-Marie. **Les troubles du comportement des enfants et des adolescents**. Disponível em: <http://www.freud-lacan.com/>. Acesso em: 10 de out. 2005.
- GALLO, Sílvio. Conhecimento, Transversalidade e Educação: para além da interdisciplinariedade. **Impulso**, Piracicaba, v. 10, n. 21, p. 115-133, 1997.
- KEHL, Maria Rita. **Sobre ética e psicanálise**. Rio de Janeiro: Campo Freudiano, 2002, 203p.
- MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. Como Avaliar a Vulnerabilidade à Infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J.S. **A AIDS no Mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará - ABIA/IMS/UFRJ, 1993. p. 276-300.
- MELLO JORGE, M.H. P. Acidentes de trânsito no Brasil: dados e tendências. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n.1, p. 19-44, 1994.
- MELLO JORGE, M.H. P.; GAWRYSZESKI, V.P.; LATORRE, M.R.D.O. Acidentes e violência no Brasil: análises dos dados de mortalidade. **Revista de Saúde Pública**. v. 31, n. 4, p. 5-25, 1997.

MELMAN, Charles. **Alcoolismo, delinquência e toxicomania** – uma outra forma de gozar. São Paulo: Escuta, 1992, 159p.

MINAYO, M.C. de SOUZA, SOUZA, E.R. (Org.) **Violência sob o Olhar da saúde** - a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, 282p.

RASSIAL, Jacques. **O adolescente e o analista**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999, 216p.

RIO GRANDE DO SUL. **Guia de Serviços de Saúde Mental**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2002, 203p.

RIO GRANDE DO SUL. **Estatísticas de Saúde: Mortalidade**, 2003. Porto Alegre: Secretaria da Saúde. Núcleo de Informações em Saúde, 2003.

SÁNCHEZ, Alba Idaly Muñoz; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciências e Saúde Coletiva**, v.12, nº 2, Rio de Janeiro, mar./abr., 2007, Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000200007&script=sci_arttext>. Acessado em: 31 de out. de 2008.

WASELFISZ, Jacobo. **Mapa da Violência IV: Os jovens do Brasil – juventude, violência e cidadania**. Brasília: UNESCO, Instituto Airton Senna, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004, 170p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Status Report on Alcohol 2004**. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse, 2004, 88p.

VERMELHO, L.L.; MELLO JORGE, M.H.P. Mortalidade de jovens: análise do período de 1930 a 1991 (a transição epidemiológica para a violência). **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 319-331, 1996, Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00349101996000400005>. Acessado em: 31 de out. de 2008.

ZALUAR, Alba. **Integração Perversa** – Pobreza e Tráfico de Drogas. São Paulo: FGV, 2008, 438p.

Marta Conte é psicóloga, psicanalista, professora, pesquisadora da Escola de Saúde Pública e Doutora em Psicologia Clínica. Coordenadora de Ensino da Escola de Saúde Pública da Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul.

e.mail: martacte@terra.com.br