

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MARÍLIA RITA RIBEIRO ZALAF

**RECONHECIMENTO E ENFRENTAMENTO DE NECESSIDADES
DE ESTUDANTES COM USO PROBLEMÁTICO DE
DROGAS EM MORADIA ESTUDANTIL**

**SÃO PAULO
2012**

MARÍLIA RITA RIBEIRO ZALAF

**RECONHECIMENTO E ENFRENTAMENTO DE NECESSIDADES
DE ESTUDANTES COM USO PROBLEMÁTICO DE
DROGAS EM MORADIA ESTUDANTIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

**SÃO PAULO
2012**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

ASSINATURA: _____ Data: ___ / ___ / ___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Zalaf, Marília Rita Ribeiro

Reconhecimento e enfrentamento de necessidades de estudantes com uso problemático de drogas em moradia estudantil / Marília Rita Ribeiro Zalaf - São Paulo, 2012.

137 p.

Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Área de concentração: Enfermagem em saúde coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

1. Atenção à saúde. 2. Estudantes. 3. Processo saúde-doença. 4. Alcoolismo. I. Título.

NOME: MARÍLIA RITA RIBEIRO ZALAF

Título: RECONHECIMENTO E ENFRENTAMENTO DE NECESSIDADES DE ESTUDANTES COM USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS EM MORADIA ESTUDANTIL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovado em: ___ / ___ / ___

Banca Examinadora:

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Ao Fábio, Larissa e Lívia.
Aos meus pais, Guiomar e Sebastião,
por me ensinarem que o estudo
é a base para a vida.*

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, que acreditou na minha capacidade e sempre me incentivou para esse salto qualitativo que transformou a minha realidade. Não há palavras que possam expressar a minha gratidão pelos anos de orientação com tanta competência, sabedoria e dedicação.

À Professora Doutora Hideko Takeuchi Forcella (*in memoriam*), uma das maiores incentivadoras para que eu prosseguisse na academia: com saudade, obrigada pelos ensinamentos, conselhos e pela amizade no curto tempo que estivemos juntas.

Às Professoras Doutoras Emiko Yoshikawa Egry e Maria Amélia Campos de Oliveira, pelos ensinamentos no curso e pelas preciosas orientações em forma de presentes, no exame de qualificação.

À Escola de Enfermagem da USP, que acolheu uma Assistente Social como pesquisadora.

Ao Professor Doutor Waldyr Antonio Jorge, Superintendente da COSEAS, pelo importante apoio na fase final desta pesquisa.

À Rosana, pelo apoio, pela amizade e pela cumplicidade.

Às amigas e aos amigos que torceram para que essa pesquisa fosse concluída.

Às companheiras da EEUSP, Valéria, Kelly, Rebeca e Maíra, pelo apoio.

À minha família, que compreendeu os meus momentos de ausência para a conclusão desta pesquisa.

Aos sujeitos desta pesquisa, pela disponibilidade e contribuição imprescindíveis.

*Nunca deixe que lhe digam que não vale
a pena acreditar no sonho que se tem.*

Renato Russo

Zalaf MRR. Reconhecimento e enfrentamento de necessidades de estudantes com uso problemático de drogas em moradia estudantil [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

Este estudo, de caráter exploratório e descritivo, teve como objetivo geral identificar e analisar os limites e possibilidades do Serviço Social da Coordenadoria de Assistência Social da USP do Projeto “Na Boca do CRUSP – Prevenção e Acolhimento”, quanto ao atendimento de necessidades de alunos e ex-alunos com uso problemático de álcool e outras drogas que são ou foram residentes na moradia estudantil da Universidade de São Paulo, localizado na Cidade Universitária, em São Paulo. O Projeto, cenário deste estudo, é desenvolvido pelo Serviço Social da Coordenadoria de Assistência Social. Para a produção do material empírico foi utilizada entrevista semi-estruturada com sete alunos que residem ou já residiram no CRUSP e são ou foram atendidos pelo Projeto, obedecendo todas as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. As entrevistas foram gravadas e transcritas, para o tratamento dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo com a técnica da análise temática e para análise dos resultados foram utilizadas as categorias analíticas processo saúde-doença e necessidades de saúde. Após a análise dos resultados, foi possível conformar oito categorias empíricas: 1. Ser aluno USP; 2. Problematização da doença antes do acompanhamento pelo Projeto; 3. A chegada ao Projeto; 4. Reconhecimento do Serviço pelos usuários; 5. Dependência e recaída; 6. O futuro com a doença; 7. Necessidades atendidas e 8. Demandas para aperfeiçoamento do Projeto. A análise dos dados indicou que: as intervenções promoveram melhoria na qualidade de vida do grupo estudado, viabilizando o acesso a processos potencializadores de saúde; na concepção dos alunos, o Projeto atende necessidades necessárias como casa, comida e atendimento médico; foram reconhecidas como necessidades não atendidas cobrança de resultados e assistentes sociais exclusivas para o atendimento de moradores com uso problemático de álcool e outras drogas; não foram reconhecidas necessidades que implicam em articulações com políticas públicas e envolvem educação e serviços de saúde e em autonomia. Concluiu-se que o Projeto deve propiciar reflexões críticas acerca das necessidades de transformações de condições de vida envolvendo políticas públicas e que as ações passem a considerar a autonomia como um dos conceitos fundamentais visando à recuperação do controle da própria vida e independência. O estudo permitiu a visibilização de reais possibilidades de intervenção na realidade, por meio dos pontos de vulnerabilidade identificados. A partir dos resultados encontrados, o Projeto poderá aprimorar os serviços oferecidos, além de proporcionar elementos estratégicos para outros serviços na mesma natureza.

PALAVRAS-CHAVE: 1. Atenção à saúde. 2. Estudantes. 3. Processo saúde-doença. 4. Alcoolismo.

Zalaf MRR. Recognition and dealing with the needs of students with problematic drug use in student residence. [Thesis]. São Paulo: School of Nursing of the University of São Paulo; 2012.

ABSTRACT

This study, both exploratory and descriptive in character, had the general purpose of identifying and analysing the limits and possibilities of the Social Service Department of the Social Assistance Division of the University of São Paulo (USP), in the project developed in the student residence area, known as "Na Boca do CRUSP – Prevenção e Acolhimento" (At CRUSP's Mouth: Prevention and Shelter), in relation to meeting the needs of present and former students with a problem of usage of alcohol or other drugs, in the student residence of the University of São Paulo, situated on the main university campus in São Paulo. The Project, where this study was carried out, is developed by the Social Service Department of the Social Assistance Division. For the production of the empirical materials, a semi-structured interview was used, interviews being conducted with seven students who live, or have lived, in the student residence (CRUSP) and also either are being or have been served by the Project, also complying with all the provisions of Resolution No.196 of the National Health Council (*Conselho Nacional de Saúde*). The interviews were also recorded and transcribed, and for treatment of data use was made of Content Analysis with the technique of thematic analysis; in order to analyse results the analytical categories of health-illness process and health needs were used. After the results were analysed, it was possible to establish eight empirical categories, as follows: 1. Being a student of the University of São Paulo (USP). 2. Problematisation of the illness before monitoring by the Project; 3. Arrival at the Project; 4. Recognition of the Services by the Users; 5. Dependency and Relapse; 6. The future with the illness; 7. Needs catered to and 8. Demand for enhancement of the Project. The analysis of the data has shown that the intervention has brought about improvement in the quality of life of the group studies, making feasible the access to health-strengthening projects; in the view of the students, the Project meets basic needs such as housing, food and medical assistance; among the needs which were not satisfied, there was the inclusion of a demand for results and also exclusive social workers to serve those residents with a problem of usage of alcohol or other drugs, there not being any recognition of any needs that involve articulation with Government policies and also involve education and health services and in a regime of autonomy. The conclusion reached was that the Project should provide critical thinking about the need for transformation of living conditions involving Government policies, and that the actions should regard autonomy as one of the fundamental concepts in seeking to regain control of the person's own life and independence. The study has also enabled the visualisation of concrete opportunities for intervention in the real situation, through the vulnerable points that have been identified. Based on the results that have been obtained, the Project can then enhance the services offered, and also provide strategic elements for other services of the same nature.

KEY WORDS: 1. Attention to Health. 2. Students. 3. Health-Illness Process. 4. Alcoholism.

LISTA DE SIGLAS

USP	Universidade de São Paulo
COSEAS	Coordenadoria de Assistência Social
SS	Serviço Social
DPS	Divisão de Promoção Social
PAPFE	Programa de Apoio à Permanência e Formação Estudantil
CRUSP	Conjunto Residencial da USP
PORTARIA GR	Portaria do Gabinete do Reitor
HU	Hospital Universitário
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
IP	Instituto de Psicologia
PROGREA	Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas
FM	Faculdade de Medicina
RUSP	Reitoria da USP
AMORCRUSP	Associação de Moradores do Crusp
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
MEC	Ministério da Educação e Cultura
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
SISU	Sistema de Seleção Unificada
ProUni	Programa Universidade para Todos
Fuvest	Fundação Universitária para o Vestibular
ONU	Organização das Nações Unidas
UNODOC	United Nations Office on Drugs and Crime
PIB	Produto Interno Bruto

CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
CONAS	Conselho Nacional de Assistência Social
EACH	Escola de Artes, Ciências e Humanidades
DST	Doença sexualmente transmissível
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS-AD	Centro de Atenção Psico-social para usuário de Álcool e outras drogas
PROSAM	Associação Pró-Saúde Mental
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ProUni	Programa Universidade para Todos
SISU	Sistema de Seleção Unificada
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
INCUSP	Programa de Inclusão Social da USP
PASUSP	Programa de Avaliação Seriada da USP
FUVEST	Fundação para o Vestibular
NIAAA	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
SAF	Síndrome Alcoólica Fetal
RD	Redução de danos
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	O CRUSP	27
1.2	O SERVIÇO SOCIAL DA COSEAS.....	31
1.3	SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS.....	34
1.4	O PROJETO “NA BOCA DO CRUSP – PREVENÇÃO E ACOLHIMENTO” ...	37
1.5	JUSTIFICATIVA	48
2	OBJETIVOS	51
2.1	OBJETIVO GERAL.....	52
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	52
3	METODOLOGIA.....	53
3.1	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	55
3.2	CENÁRIO E SUJEITOS DO ESTUDO	58
3.3	PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	62
3.4	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	65
3.5	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	66
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	68
4.1	SER ALUNO USP	70
4.2	PROBLEMATIZAÇÃO DA DOENÇA ANTES DO ACOMPANHAMENTO PELO PROJETO	76
4.3	A CHEGADA AO PROJETO	84
4.4	RECONHECIMENTO DO SERVIÇO PELOS USUÁRIOS.....	88
4.5	DEPENDÊNCIA E RECAÍDA	93
4.6	O FUTURO COM A DOENÇA.....	97
4.7	NECESSIDADES ATENDIDAS PELO PROJETO	102
4.8	DEMANDAS PARA APERFEIÇOAMENTO DO PROJETO	107

5 CONCLUSÃO.....	117
REFERÊNCIAS.....	122
ANEXOS	131
ANEXO I - OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO DA COSEAS PARA A COLETA DE DADOS.....	132
ANEXO II - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	133
ANEXO III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESOLUÇÃO 196/96 – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE)	134
ANEXO IV - RAPPORT	136
ANEXO V - ROTEIRO DE ENTREVISTA	137

APRESENTAÇÃO

A Coordenadoria de Assistência Social da Universidade de São Paulo - COSEAS - é um órgão de prestação de serviços, diretamente vinculado à Reitoria da Universidade, que administra o Conjunto Residencial da USP - CRUSP, os Restaurantes Universitários do campus da Capital, as Creches e o Programa de Apoio à Permanência e Formação Estudantil da Universidade (PAPFE).

A Divisão de Promoção Social - DPS, uma das cinco Divisões da Coseas, tem sob sua responsabilidade 130 trabalhadores enquadrados em funções dos níveis superior, médio e básico. É responsável pela elaboração de critérios utilizados na seleção socioeconômica de alunos inscritos para participarem do PAPFE - em toda a Universidade; elaboração de processos de avaliação socioeconômica para destinação de bolsas e apoios; elaboração de perfis socioeconômicos; administração da moradia estudantil do *campus* Cidade Universitária, envolvendo manutenção predial e segurança e viabilização junto à empresa municipal São Paulo Transportes – SP-Trans, de carteiras de passe escolar para os alunos de graduação e de pós-graduação do *campus* São Paulo.

O Serviço Social - SS, vinculado à DPS, planeja e elabora avaliações socioeconômicas para obtenção de apoios, bolsas e benefícios a alunos de graduação, por meio do PAPFE e de pós-graduação, docentes e trabalhadores, também faz acompanhamento social de alunos moradores, durante o período de permanência no CRUSP, e atende a trabalhadores e alunos em diversas situações de agravos ao seu processo saúde-doença, dentre esses, o alcoolismo e a drogadição.

Por muito tempo, o trabalho do Serviço Social voltado para pessoas em situação de alcoolismo e drogadição, era feito sem qualquer especificidade, priorizando as urgências e emergências. Os alunos, em situação crônica de drogadição e alcoolismo, procuravam o serviço espontaneamente e eram encaminhados para recursos intra e extra USP, não havendo protocolo estabelecido para encaminhamento e

acompanhamento. Algumas situações só eram detectadas quando a assistente social, uma vez por ano, efetuava a reavaliação socioeconômica para a bolsa-moradia e, ainda assim, quando o aluno mencionava o problema. Em síntese, em qual fosse a situação, aguda ou crônica, era realizado o encaminhamento para outros recursos, porém era possível apenas constatar certo alívio das consequências, a curto prazo. Percebia-se que essas intervenções em nada modificavam de fato a realidade daqueles que procuravam o Serviço Social.

A partir do ano 2000, o Serviço Social iniciou um projeto para atendimento a alunos com uso problemático de álcool e drogas, integrando o programa de Bolsa-Trabalho da Universidade, motivado por várias situações graves que ocorreram, dentre elas: de conflito entre estudantes e destruição patrimonial de dependências da moradia. Constatou-se que o problema era grave, urgente e algo mais efetivo deveria ser feito, não só um mero encaminhamento para outros recursos.

Como eu era responsável pelo Serviço Social, visando ao aprimoramento técnico para lidar com a questão, ingressei num curso de especialização na área de dependência química e, em seguida, no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, nível de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Minha dissertação versou sobre o uso de drogas em moradia estudantil e foi concluída em maio de 2007 (Zalaf, 2007).

A pesquisa focou conhecer o processo saúde-doença de alunos moradores do CRUSP que já apresentavam quadro de dependência de drogas, antes do ingresso na moradia, e compreender como esse processo continuou se desenvolvendo no ambiente da moradia estudantil. A conclusão foi que várias condições presentes naquele ambiente mostravam-se favoráveis ao uso de drogas, como a liberdade para conduzir a própria vida, sentimentos de angústia, solidão, stress, desemprego e dificuldades financeiras.

Diante dos fatos, observou-se que a Universidade de São Paulo deveria apresentar uma política clara e efetiva para a prevenção e o

tratamento de seus estudantes e trabalhadores, uma vez que esse problema também foi detectado entre trabalhadores, visando à melhoria da qualidade de vida e evitando principalmente os prejuízos acadêmicos, a evasão escolar, o abandono, a marginalidade ou a morte, como consequências do problema (Zalaf, Fonseca, 2009).

Por fim, constatou-se que o Projeto já estabelecido de acompanhamento e apoio ao tratamento no próprio ambiente da moradia, o Na Boca do Crusp – Prevenção e Acolhimento, fez diferença no controle do processo saúde-doença dos sujeitos pesquisados e daí a necessidade de aperfeiçoá-lo e intensificá-lo (Zalaf, Fonseca, 2007).

O Projeto, atualmente, desenvolve ações de acolhimento, sensibilização, incentivo e apoio ao tratamento. Durante seus dez anos de duração, até o momento, observou-se que as ações propiciam melhor adesão e facilitam o estabelecimento necessário do vínculo de confiança entre as assistentes sociais e os usuários, elementos esses indispensáveis ao processo de tratamento. No entanto, o aperfeiçoamento do Projeto gerou questionamentos acerca das necessidades dos alunos acompanhados, se estavam sendo realmente percebidas e consideradas nas intervenções.

Tal inquietação deu origem à esta pesquisa de doutorado, que teve como foco as necessidades de alunos moradores do CRUSP que apresentam quadro de uso problemático de álcool e outras drogas, durante o período de acompanhamento pelo Projeto “Na Boca do CRUSP – Prevenção e Acolhimento”, do Serviço Social da COSEAS.

Espera-se que os resultados obtidos materializem possibilidades de melhorias na qualidade das intervenções e contribuam para a política de enfrentamento do uso problemático de álcool e outras drogas da Universidade de São Paulo.

1 *Introdução*

1 INTRODUÇÃO

Para o materialismo histórico e dialético, teoria marxista que guiou esta pesquisa, as relações sociais são estabelecidas com base na produção material e são essas relações que determinam o modo de viver das pessoas. A sociedade é formada por grupos sociais que, devido à posição que ocupam na estrutura social têm condições diferenciadas de acesso a bens e serviços, como alimentação, habitação, escolaridade, saneamento e serviços assistenciais de saúde, entre outras.

O processo saúde-doença acontece dentro dessa dinâmica e corresponde também, de forma diferenciada, a cada grupo social específico. A determinação social do processo saúde-doença, bem como as intervenções para possíveis transformações, ocorrem nas três dimensões da realidade objetiva - a dimensão estrutural com suas formas político-ideológicas que norteiam o desenvolvimento das relações, a dimensão particular que envolve os processos de reprodução social (modo de vida) e a dimensão singular, a do sujeito, a mais próxima do objeto que se pretende estudar (Egry, 1996).

No caso desta pesquisa, a dimensão estrutural corresponde às políticas sociais, entre elas, as de enfrentamento da problemática do álcool e drogas; a particular corresponde à situação do uso de drogas e as políticas adotadas pela Universidade de São Paulo, a singular corresponde ao trabalho do Serviço Social da COSEAS, especificamente, no que tange ao Projeto “Na Boca do CRUSP: prevenção e acolhimento”.

O uso de drogas lícitas e ilícitas se tornou um dos fenômenos mundiais de mais significativo crescimento e tem sido objeto de inúmeras pesquisas científicas no campo da saúde, voltadas para as mais diversas populações considerando-se o fato de que o mundo precisa conviver com os benefícios e prejuízos por elas causados. Em análise breve, é possível verificar que o comércio ilegal de drogas e o comércio de drogas ilegais envolvem minimamente evasão de capital, sonegação fiscal, corrupção,

contrabando e lavagem de dinheiro e que o montante financeiro gerado é necessário para a sociedade na forma como está estruturada. Em recente estimativa da Organização das Nações Unidas (ONU) foram indicados lucros globais de atividades criminosas envolvendo o tráfico de drogas ilegais da ordem de um trilhão de dólares. (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, 2003).

No entanto, dados do Relatório Mundial sobre Drogas 2008 do United Nations Office on Drugs and Crime – UNODOC - indicam que, em termos mundiais, o uso de drogas ilícitas tem se mantido estável entre menos de 5% da população adulta, ou seja, menos de uma em cada vinte pessoas usou drogas ilícitas ao menos uma vez nos últimos 12 meses e que o número de dependentes químicos é menor do que um décimo dessa porcentagem, representando uma média de 26 milhões de pessoas, correspondente a 0,6% da população do planeta em 2008, apontando, portanto, para redução de demanda quanto aos controles nacionais. Em relação à oferta, o mesmo relatório refere aumento em 2007 e alerta que o trabalho do controle de drogas deve ter como finalidade cortar vínculos entre o tráfico de drogas, o crime organizado, a corrupção e o terrorismo.

Esses dados indicam que o problema mundial das drogas está estabilizado, porém apenas quando a oferta e a demanda realmente diminuírem (em vez de nivelarem) em todo mundo é que se pode considerar a obtenção de algum êxito (Brasil, 2009).

Quanto ao consumo do álcool, dados epidemiológicos mundiais indicam que aproximadamente dois bilhões de pessoas, 40% da população mundial, acima de 15 anos de idade, consome bebida alcoólica e, anualmente, 1,2 a cada 1.000 consumidores morrem por consequências do consumo do álcool. Estima-se que, mundialmente, o custo do consumo nocivo do álcool gira em torno de 0,6% até 2% do Produto Interno Bruto - PIB - global que transformado em valor financeiro é da monta de US\$ 210.000.000 a US\$ 665.000.000. Ocorre que geralmente os dados epidemiológicos são registrados tomando por base acontecimentos que muitas vezes são relacionados a um único episódio de intoxicação aguda

que pode acarretar em acidente automobilístico ou violência, mas que ocorrências a longo prazo como cirrose hepática ou síndrome da dependência do álcool não estão contabilizadas nesses dados (Anthony, 2009).

No Brasil, o II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas nas 108 maiores cidades do País, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas – CEBRID - e pela Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD -, quanto ao uso no último mês, apontou que, em 2005, 74,6% das 70.332.068 pessoas entrevistadas haviam feito uso de álcool e 12,3% consideravam-se dependentes de álcool; 1,9% haviam usado maconha e 1,2% se consideravam dependentes; 0,4% haviam usado cocaína. A maconha foi considerada por 65,1% dos entrevistados a droga ilícita mais facilmente encontrada e a cocaína ficou em 2.º lugar, com 51,1%. Outros achados relevantes referem-se às drogas álcool e tabaco: 83,2% da população masculina entre 18 e 24 anos referiu uso de álcool na vida e 27,4% da mesma população se considerou dependente do álcool, e 10,1% de toda a população pesquisada se considerou dependente do tabaco.

Dados comparativos entre o I Levantamento em 2001 e o II realizado em 2005, no Brasil, demonstraram que, diferentemente dos dados mundiais, houve significativo aumento de *uso na vida*: para qualquer tipo de droga houve aumento de 19,4% para 22,8%, para a maconha de 6,9% a 8,8% e para a cocaína, de 2,3% para 2,9%, para o álcool, de 68,7% para 74,6% e para a dependência do álcool, de 11,2% para 12,3%.

Outro dado preocupante, obtido nos dois levantamentos, foi que a proporção de *dependência* do álcool em relação ao *uso na vida* mostra que para cada seis homens que fez uso na vida, um ficou dependente, e para cada 10 mulheres, uma ficou dependente (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas - CEBRID, 2006).

O uso excessivo de drogas, até décadas atrás, vinha sendo tomado como campo de intervenção de especialidade médica psiquiátrica ou da criminalidade. Até então, o modelo americano da “guerra às drogas” era adotado no País. Esse modelo, baseado numa visão de mundo

extremamente conservadora, culpabiliza unicamente os usuários pela produção, distribuição e consumo e “exime de responsabilidade sobre os problemas decorrentes do consumo de drogas a estrutura e a dinâmica social” (Soares, 2007, p.125). Nesse modelo, o usuário de drogas, “na condição de ‘desviante’ ou disfuncional, necessita afastar-se da droga, viver sem ela, ser abstinente. A tarefa da saúde pública, como representante do Estado, é a de apoiar o controle repressivo e coercitivo do uso de drogas” (Soares, 2007, p.126). Recentemente, a saúde pública tomou novos rumos na política de enfrentamento para a questão do uso de drogas e incorporou o modelo de redução de danos,

Partindo da ponderação de que o consumo de drogas é impossível de ser eliminado por completo, esse modelo propõe que a melhor maneira de agir é a de investir na redução dos problemas que podem surgir em decorrência do consumo, o mesmo procedimento tomado em relação a outros problemas de saúde pública, como as doenças crônico-degenerativas, por exemplo. (Soares, 2007, p.126).

No entanto, sob o arcabouço teórico metodológico da Saúde Coletiva,

... o processo do consumo de drogas entre os jovens de diferentes classes sociais deve ser reconhecido como manifestação decorrente do modo como se organizou a produção e a distribuição da riqueza numa dada formação social e que a finalidade do trabalho em saúde deve ser projetada sobre a esfera dos determinantes e não somente sobre a esfera das consequências do consumo. O sujeito intrínseco a esse objeto – as classes sociais – é encarado como sujeito histórico, capaz de práxis sociais não somente reiterativas, mas também criativas (Soares, 2007, p.131).

A política do Ministério da Saúde em relação a usuários de álcool e outras drogas, definida em 2003, busca consonância com a Saúde Coletiva, para a qual todo processo saúde-doença tem relação direta com o modo como os indivíduos participam na dinâmica da estrutura social que, por sua vez, determina a forma de acesso à escolaridade, alimentação, bens e serviços. Deve considerar as necessidades emergentes no campo da

problemática de consumo excessivo de álcool e outras drogas e propõe enfrentar o desafio de juntar o campo clínico, em que as manifestações pelo uso excessivo de drogas são individuais com o campo da saúde coletiva, onde as manifestações pelo uso excessivo de drogas se dão no plano coletivo (BRASIL, 2003).

A dependência das drogas afeta os indivíduos de diferentes formas, por diferentes motivos e compõem distintos contextos, por isso, os serviços de saúde devem considerar as diferenças e aceitar as opções, sob o risco de haver baixo nível de adesão. O aparecimento de novas drogas exige também que os trabalhos de atendimento e prevenção se adaptem às novas características. É essa a premissa da política do Ministério da Saúde:

Reconhecer o consumidor, suas características e necessidades, assim como as vias de administração de drogas, exige a busca de novas estratégias de contato e de vínculo com ele e seus familiares, para que se possa desenhar e implantar múltiplos programas de prevenção, educação, tratamento e promoção adaptados às diferentes necessidades. Para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva, deve ter em conta que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes, e que, portanto, o retardo do consumo de drogas, a redução dos danos associada ao consumo e a superação do consumo são elementos fundamentais para sua construção (Brasil, 2003, p.8).

Com isso, o Ministério deixa explícita a adoção do pilar da saúde coletiva em que se devem considerar as diversidades e especificidades de grupos populacionais. Considerando essas individualidades, a política contempla também a Redução de Danos como outro caminho a ser oferecido para aqueles que não desejam a abstinência total de drogas, visando à corresponsabilização, ao acolhimento e ao vínculo com os profissionais, intervindo na construção de redes de suporte social. A política defende

que é a rede como os grupos de profissionais, de familiares, de organizações governamentais e não governamentais em interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, mas apoiando-se mutuamente, alimentando-se enquanto rede – que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata,

reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso das drogas, destrói a vida (Brasil, 2003, p.11).

Na política estabelecida em 2003, o Ministério da Saúde se compromete a:

criar e manter equipamentos, qualificar seus profissionais, formular políticas de saúde em articulação com outras áreas afins, executar e avaliar tais políticas assumindo o que lhe cabe no enfrentamento do que faz adoecer e morrer. Este é o compromisso do SUS: fortalecer seu caráter de rede incitando outras redes à conexão. A garantia do acesso aos serviços e à participação do consumidor em seu tratamento são princípios assumidos pelo SUS como direitos a serem garantidos. Isto se dá através do estabelecimento de vínculos, da construção da corresponsabilidade e de uma perspectiva ampliada da clínica, transformando os serviços em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo das situações ligadas ao problema. Proporcionar tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades / famílias / usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorizar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos são práticas que devem ser obrigatoriamente contempladas pela Política de Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas, em uma perspectiva ampliada de saúde pública. (Brasil, 2003, p.11).

Com referência ao meio universitário, cenário do estudo desta pesquisa, para Andrade e Oliveira (2009, p.47), “testemunha-se que o consumo de álcool tem iniciado cada vez mais cedo, tornando os adolescentes e jovens adultos mais precocemente vulneráveis aos problemas e às consequências associadas a esse consumo”. Assim, os milhares de jovens, que anualmente ingressam na vida acadêmica universitária, reproduzem as práticas da sociedade em relação aos fenômenos sociais, entre eles, o do alcoolismo e da drogadição, trazem consigo padrões de consumo já estabelecidos que podem ser agravados pelas novas oportunidades e experiências que encontram. Nessas condições, o ambiente acadêmico pode propiciar e incentivar o consumo

problemático principalmente de álcool, maconha e cocaína para alguns alunos.

A maioria das pesquisas internacionais, realizadas nos últimos vinte anos com alunos universitários utilizando diferentes metodologias, “concorda sobre dois pontos: que o uso de álcool e drogas por estudantes universitários é maior do que a população em geral e que entre estudantes de nível fundamental e intermediário; e que este consumo é, na maioria das vezes, recreativo” (Stempiuk, 2004, p.18). Nas pesquisas em universidades norte-americanas, pode-se observar nas últimas três décadas variações entre aumento e diminuição de consumo: na década de 1970 o consumo aumentou, na década de 1980 diminuiu, novamente aumentou na década de 1990 e diminuiu no início de 2 000 (Stempiuk, 2004).

A literatura científica internacional, sobre o consumo de álcool entre estudantes, indica que os padrões variam muito entre países e culturas, mas um estudo aponta que já entre 15 e 16 anos estudantes europeus apresentam alto índice de prevalência de intoxicação por álcool em ao menos 20 ocasiões no ano, destacando-se entre eles com os mais altos índices a Dinamarca, o Reino Unido, a Finlândia e a Irlanda (Ahlström, 2009).

No Brasil, um levantamento do uso de drogas, com estudantes da Universidade Federal de Minas Gerais, concluiu que as prevalências de álcool, tabaco, maconha e cocaína entre os estudantes era preocupante em relação a taxas de estudantes de outras universidades (Mourão, 2001).

No estudo realizado em 1996, entre alunos da Universidade de São Paulo, Queiroz (2003) indicou que o uso de drogas ilícitas era maior nessa faixa etária do que nas mais velhas.

Stempiuk (2004) pesquisou o consumo de drogas de 1996 a 2001, entre estudantes da Universidade de São Paulo, e descobriu que, nos seis anos, houve aumento significativo de *uso na vida* de álcool, de 88,5% para 91,9%, de maconha de 31,1% para 35,3% e outras ilegais de 39,4% para 45,1% e aumento também no *uso nos últimos 30 dias* de maconha de 14,9% para 16,9% e outras ilegais de 17,3% para 21,8%. O estudo concluiu que

as prevalências de drogas entre alunos da graduação da USP continuam altas se comparadas às encontradas na população em geral e estudantes do primeiro e segundo graus brasileiros. No entanto, são semelhantes às encontradas entre estudantes de outras universidades brasileiras (Stempiuk, 2004, p.104).

Outro achado importante nesse estudo foi que, entre 1996 e 2001, aumentou o índice de aprovação para o uso experimental de cocaína e *crack* e para o uso regular de maconha, cocaína e *crack* (Stempiuk, 2004).

Uma pesquisa realizada em 2003, sobre como os moradores do CRUSP encaram o consumo de drogas, descobriu que naquele cenário estava presente a concepção da “guerra às drogas” e também, a da redução de danos. Quanto à prevenção, os moradores eram favoráveis às propostas da redução de danos (Laranjo, 2003).

Na Universidade de São Paulo, até 2007, não havia uma política especialmente dirigida ao enfrentamento do uso de drogas para a comunidade acadêmica e de trabalhadores, tanto na área da assistência como da prevenção. Apesar de sempre haver muitas ações nesse sentido, eram isoladas e restritas a vários órgãos da Universidade, sem qualquer integração entre elas. Com a realidade demonstrando crescimento no índice de ocorrências, envolvendo uso excessivo de álcool e outras drogas e com a inexistência de medidas efetivas e amplas, em 2007, deu-se início ao planejamento, construção e implantação de uma política para o enfrentamento do uso excessivo de álcool e outras drogas exclusivamente voltada para a Universidade.

A Reitoria iniciou os trabalhos designando uma comissão, liderada pela então Coordenadora da COSEAS, para estabelecer as diretrizes para um projeto de enfrentamento, e a primeira ação dessa comissão foi organizar um *workshop* com a finalidade de conhecer todos os trabalhos que já eram desenvolvidos nessa área, na Universidade. O evento aconteceu no dia 22 de abril de 2008 e, na ocasião, mais de 100 representantes da USP, entre docentes, trabalhadores administrativos e técnicos, tiveram a oportunidade de expor as atividades que estavam sendo desenvolvidas em

algumas unidades, como COSEAS, Faculdade de Saúde Pública, Hospital Universitário, Instituto de Psicologia, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e de contribuir com avaliações sobre os serviços oferecidos e sugestões para uma política unificada.

As conclusões resultantes do *workshop* foram: que havia pouca divulgação dos programas existentes; que as ações eram isoladas e não havia integração; que havia necessidade da padronização de procedimentos ao ser detectada uma situação ou um problema; que havia interesse da comunidade universitária na construção de uma política de enfrentamento e que era importante a ação conjunta, participativa e de fácil comunicação.

No mesmo evento, coletivamente, foram elaboradas diretrizes para uma política unificada de enfrentamento de drogas na USP, contemplando Prevenção, Assistência, Controle e Repressão (Universidade de São Paulo – USP, 2008).

Diante dos resultados do *workshop* e prosseguindo a implantação dessa política, em 02 de setembro de 2009, a Reitoria instituiu, por meio da Portaria GR 4.387 (USP, 2009), um Grupo de Trabalho responsável pelo planejamento, elaboração, implantação e gestão do “Programa de Enfrentamento do Uso de Álcool e Drogas na USP”. O grupo foi composto pela Coordenadora da COSEAS como coordenadora, e por membros representantes do Hospital Universitário (HU), Instituto de Psicologia (IP), do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (PROGREA) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina (FMUSP), do Departamento de Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho da Reitoria (RUSP) e por representante da Divisão de Promoção Social da COSEAS, no caso, a pesquisadora deste trabalho. Esse grupo teve como tarefa construir um programa que considerasse as conclusões e as diretrizes obtidas no *workshop*: que fosse voltado para atendimento aos docentes, funcionários técnico-administrativos e alunos; que suas ações fossem pautadas em um modelo de rede de serviços médicos, assistenciais e sociais e, por último, que suas ações tivessem como meta a reabilitação

física e mental e readaptação funcional dos usuários de álcool e outras drogas na Universidade (USP, 2009).

Em 2011, deu-se o início à fase de implantação do programa na Universidade, inicialmente no Campus Butantã. Denominado “Você-USP”, conforme a proposta inicial, o Programa foi elaborado em consonância com as conclusões do *workshop*, realizado em 2007, contemplando acolhimento, apoio e acompanhamento de casos relacionados ao uso de álcool e drogas, voltado para docentes, discentes e trabalhadores, bem como a prevenção, a padronização de procedimentos e a disponibilização de canais de comunicação.

O Programa tem como objetivo principal o desenvolvimento de ações para o enfrentamento do uso de álcool e drogas por meio de atividades preventivas e assistenciais, envolvendo recursos de saúde, sociais, afetivos, econômicos, culturais e de lazer, visando à reabilitação psicossocial. Consiste na formação de uma unidade central denominada Núcleo de Acolhimento, Acompanhamento e Apoio a casos de Alcoolismo e Drogadição, responsável pela manutenção e aperfeiçoamento de um modelo de rede na comunidade USP, com ações de curto, médio e longo prazo, funcionando como elemento de integração entre os diversos serviços, unidades e profissionais.

A curto prazo, propõe-se desenvolver ações de prevenção que atinjam toda a comunidade USP, com atenção especial aos alunos que anualmente ingressam na Universidade. Além disso, propõe-se acolhimento, encaminhamento para serviços adequados e acompanhamento por Assistente Social. No Núcleo de Atendimento, profissionais de Serviço Social e Psicologia acolhem o usuário, estabelecem o vínculo e decidem, em conjunto com o usuário, o caminho do tratamento.

A médio prazo, propõe-se buscar entre os membros da comunidade parcerias para o Programa e a longo prazo propõe-se realizar o gerenciamento de casos crônicos, aperfeiçoar estratégias de prevenção e capacitação de agentes multiplicadores, membros da comunidade USP.

A equipe técnica do “Você-USP” é composta por um Coordenador Geral, dois profissionais de Psiquiatria, dois profissionais de Psicologia, dois profissionais de Serviço Social e dois técnicos para serviços administrativos. O Assistente Social é responsável pelo acolhimento, triagem, apoio, acompanhamento, visitas domiciliares, encaminhamentos para a rede, contato com entidades sociais, estudantis e os diversos setores da USP, atualização de cadastro de recursos da comunidade intra e extra USP, organização e condução do gerenciamento de casos, elaboração de relatórios de acompanhamento, participação em reuniões técnicas, elaboração de roteiros referentes aos problemas encontrados na rotina do Programa e participação em atividades assistenciais, preventivas e de capacitação.

O Núcleo de Acolhimento do programa está estrategicamente localizado na COSEAS, no entorno do CRUSP, onde o uso de álcool e outras drogas aparece de forma mais clara, devido às características da faixa etária e do perfil da população que lá reside, conforme descritos a seguir (USP, 2011a).

1.1 O CRUSP

Em 1962, o arquiteto Eduardo Kneese de Mello construiu um projeto de alojamento com a finalidade de hospedar os atletas dos Jogos Pan-Americanos de 1963, na Cidade Universitária da USP. Era composto por doze prédios que, posteriormente, seriam destinados à moradia estudantil. Os seis primeiros blocos foram construídos em poucos meses com estrutura pré-fabricada. Após os jogos, a demora do governo e da Universidade para estabelecer a política para ocupação contribuiu para que os estudantes invadissem os apartamentos.

Em 1964, o Conselho Universitário aprovou um regimento que foi normatizado apenas em 1966. No final de 1968, no auge do regime militar, o

CRUSP foi invadido por tropas do Exército. De acordo com registros, o espaço foi esvaziado e os prédios foram ocupados por serviços burocráticos da Universidade, salas de aula e museu.

Em 1979, alguns andares do Bloco A foram novamente invadidos por um grupo de estudantes que reiniciava o movimento estudantil, dando início a um processo de retomada do CRUSP como moradia para os estudantes, com sistema de autogestão. Não houve controle da ocupação dos apartamentos e, em 1982, devido à ocupação irregular por não integrantes da Universidade, foi necessária a intervenção da COSEAS, que após exaustivas negociações com os estudantes, passou a administrar a moradia. Foi então iniciado o processo de recuperação física e, em 1985, foram concluídas reformas em três blocos que estavam em condições mais precárias (USP, 1994).

A partir daí, a COSEAS prosseguiu recuperando e ampliando o espaço físico e demais instalações, construiu alojamentos provisórios para calouros de graduação e de pós-graduação, adaptou quatro apartamentos para deficientes físicos e reformou um andar para estudantes moradores com filhos. Seguiu-se um trabalho intenso de retomada das boas relações entre os estudantes e a administração com o intuito de buscar a participação e deliberação conjunta de assuntos pertinentes (USP, 2002).

Os critérios de avaliação socioeconômica passaram a ser elaborados em conjunto com a representação estudantil do CRUSP. As situações de crise que surgiam eram devidamente trabalhadas, mediadas e superadas devido ao nível de negociação e cooperação que se atingiu. Foram necessários vinte e quatro anos (1985-2009) para construir, em conjunto com os estudantes, uma política de participação em discussões e deliberações que envolviam a moradia estudantil e outros programas de inclusão.

Atualmente, os recursos financeiros para a moradia, bem como para todas as bolsas de apoio são geridos pela Comissão de Gestão Pública da Política de Apoio à Permanência e Formação Estudantil, com a seguinte composição: como presidente o Vice-Reitor da Universidade, como vice-

presidente o Superintendente da COSEAS e como membros: os Pró-Reitores de Graduação, Pesquisa, Pós-Graduação, Cultura e Extensão Universitária, os Coordenadores dos *Campi* da USP, um docente da Escola de Engenharia de Lorena, o Presidente da Comissão de Heranças Vacantes, um representante da Associação de Pós-Graduandos, um representante do Diretório Central dos Estudantes Livre “Alexandre Vannucchi Leme”, um representante dos estudantes moradores do *Campus Butantã* (Associação de Moradores) e um aluno representante dos moradores dos *Campi* do Interior.

Os dirigentes da Universidade são indicados pelo Reitor e os representantes dos estudantes, pelas suas respectivas associações. O Programa possui verba orçamentária própria e deve abarcar os gastos relativos à permanência estudantil em toda a Universidade.

Para obter uma vaga de moradia no CRUSP, o aluno se inscreve em processo de avaliação socioeconômica realizado pelo Serviço Social, com critérios de pontuação utilizados em todos os *campi* da USP, onde também há moradias estudantis. O processo de seleção é totalmente informatizado os alunos têm pleno acesso aos critérios e suas pontuações. A permanência do aluno no CRUSP está vinculada ao tempo do curso e à reavaliação socioeconômica e acadêmica anual, de acordo com normas regimentais. O Regimento do Conjunto Residencial da USP foi publicado no Diário Oficial de 02.01.97 - Resolução n.º 4348 e nele estão contidas as regras para destinação e uso da moradia para alunos da graduação e pós-graduação (USP, 1997).

Além de apoiar as iniciativas dos estudantes, no que se refere à recuperação da imagem do CRUSP, a COSEAS tem como política realizar investimentos que podem trazer melhorias na moradia. Até início de 2010, os estudantes participavam ativamente da resolução dos problemas do CRUSP, porém, de lá para cá, vários incidentes dificultaram esse processo.

Em 18 de março de 2010, em nome da ampliação do número de vagas na moradia, o espaço que o Serviço Social ocupava em um dos blocos foi invadido em ato liderado por uma gestão da Associação de

Moradores do CRUSP (Amorcrusp) autoritária e radical, com um perfil de relacionamento com a COSEAS completamente diferente do que vinha ocorrendo até então. A despeito de inúmeras tentativas de negociação, não houve como compatibilizar os interesses deste grupo com os da administração da Universidade, com sérias repercussões para o trabalho do Serviço Social.

No espaço invadido, ficaram retidos aproximadamente 4.000 prontuários de alunos atendidos, com informações confidenciais, além de documentos e objetos pessoais das assistentes sociais. Ficaram ainda retidos no espaço todo o mobiliário e material de escritório, incluindo dezessete computadores. Meses depois, parte do material documental foi devolvida, porém, pouca coisa pôde ser recuperada e utilizada, daí em diante, por se tratar, em sua maioria, de arquivos que já não eram mais utilizados.

Além de todas as autoridades universitárias envolvidas, o Conselho Regional de Serviço Social – CRESS - do Estado de São Paulo foi oficialmente comunicado e todos os procedimentos legais foram encaminhados. Houve inúmeras manifestações contrárias à invasão por parte dos demais moradores, porém, alguns desses foram ameaçados pelo grupo que, ainda assim, manteve uma postura agressiva, desrespeitosa e intransigente, eliminando qualquer possibilidade de restabelecimento da boa relação com a representação estudantil do CRUSP, até novembro de 2010, quando a gestão da Associação dos Moradores, liderada por esse grupo, foi vencida em processo democrático de votação com número expressivo de moradores. Ao contrário da anterior, a gestão seguinte apresentou-se aberta ao diálogo e comprometida com os interesses da comunidade cruspiana, conforme ocorria anteriormente. É importante ressaltar que seis alunos que tiveram participação comprovada na invasão foram expulsos da Universidade, em processo administrativo disciplinar finalizado em 17 de dezembro de 2011.

Os prejuízos resultantes da invasão, para os estudantes e trabalhadores envolvidos nas ações de permanência estudanti, foram

inúmeros. Seguiu-se um período de aproximadamente um ano até que as relações entre o Serviço Social e os moradores se restabelecessem de forma produtiva. Mesmo as ações mais pontuais deixaram de ser feitas, incluindo-se, especificamente, as que eram voltadas para alunos com uso problemático de álcool e drogas com um visível retrocesso em toda a assistência prestada pelo Serviço Social. Diante dos fatos ocorridos, as assistentes sociais e demais trabalhadores do Serviço Social enfrentaram um período de questionamentos, reflexões e revisão de conceitos acerca do trabalho realizado até então. No entanto, a equipe resistiu, reconstruiu-se, fortaleceu-se, voltou ao trabalho e recuperou importantes vínculos para a retomada dos programas que estavam em andamento.

1.2 O SERVIÇO SOCIAL DA COSEAS

Os assistentes sociais, apesar do pouco prestígio social e dos baixos salários, formam uma categoria que tem ousado sonhar, que tem ousado ter firmeza na luta, que tem ousado resistir aos obstáculos, porque aposta na história, construindo o futuro, no presente (Iamamoto, 2004, p.80).

A Coordenadoria de Assistência Social, originalmente “Instituto de Saúde e Serviço Social da Universidade, foi criada em 1945, vinculada à Faculdade de Higiene e Saúde Pública, para atender ao corpo docente, discente e administrativo da Universidade com apoio médico e social.

Posteriormente, sob o nome de Coordenadoria de Saúde e Assistência Social, continuou na linha de atuação na área da saúde e da promoção social voltada para a comunidade universitária, executando atividades de prestação de serviços voltadas ao atendimento material da comunidade USP, basicamente, alimentação, cuidado de crianças e moradia estudantil.

A partir de 1989, com a criação do Sistema de Saúde da Universidade, a COSEAS foi desvinculada da área de saúde na estrutura da Universidade e passou a ser denominada Coordenadoria de Assistência Social, porém, na prática, muitas de suas atividades de atendimento aos alunos continuaram a ser permeadas por questões que tangenciavam a área da saúde. Por suas atividades não fazerem parte da primeira função da Universidade, que é ensinar e por não terem caráter de pesquisa ou extensão, não eram reconhecidas como produtivas pela comunidade. Só tinham visibilidade quando ocorriam problemas agudos ou situações de crise, o que acarretava baixa autoestima e autodesvalorização dos seus trabalhadores, inclusive do Serviço Social (USP, 1990).

A partir de 1998, a coordenação da COSEAS passou a ser exercida por uma profissional de Enfermagem em Saúde Coletiva. O plano diretor elaborado pela diretoria composta pela coordenação e diretores das diferentes divisões, com a participação dos trabalhadores, privilegiou o resgate da imagem institucional e de seus trabalhadores, com a finalidade de transformar a visão da comunidade, buscando o reconhecimento da importância do trabalho ali executado. Baseando-se nos pressupostos de responsabilidade compartilhada, participação, autoestima e empoderamento, durante os doze anos de atuação, pode-se dizer que os resultados almejados foram alcançados, com destaque para as ações desenvolvidas pelo Serviço Social junto aos estudantes. Uma das estratégias adotadas foi incentivar os profissionais a ampliar e aprimorar seus conhecimentos técnicos, por meio da qualificação, inclusive em termos de pós-graduação, *lato e stricto sensu*. Foram também elaboradas coletivamente novas formas de atuação e métodos de trabalho inovadores na implementação e gestão de nova política de promoção social voltada aos alunos. (USP, 2004)

O assistente social é historicamente “um dos agentes que implementam políticas sociais e que atua na relação direta com a população usuária”, (Iamamoto, 2004, p.20), o que faz com que o Serviço Social seja um trabalho especializado na sociedade por ser socialmente necessário: “produz serviços que atendem as necessidades sociais” (Iamamoto, 2004,

p.24). É requisitado para “ir além de rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional” (Iamamoto, 2004, p.21).

No espaço da COSEAS, o Serviço Social tem importância relevante e reconhecida no processo de produção e reprodução social da comunidade USP. O produto do seu trabalho não é apenas material, mas também social, é invisível aos olhos humanos, mas visível para o campo do conhecimento, dos valores, dos comportamentos, da cultura e da saúde (Iamamoto, 2004).

Historicamente, a atuação do Serviço Social, na área da saúde, dava-se no âmbito assistencial curativo e com abordagens individuais. A preocupação com a Saúde Coletiva, como questão política, teve início apenas na década de 1980, quando o projeto neoliberal governamental exigiu que o Serviço Social reagisse à ofensiva neoliberal e assumisse a luta pelo direito à saúde. A categoria reconheceu e passou a participar ativamente da defesa estratégica do SUS – Sistema Único de Saúde, cuja formatação foi amparada no movimento de reforma sanitária em 1970, que surgiu como reação à falência do sistema de saúde que até então tinha como modelo de concepção e gestão, ações e serviços que atendiam aos interesses do modelo neoliberal (Matos, 2003).

Atualmente, entende-se que a atuação do Serviço Social na saúde tem que necessariamente estar fundamentada nos valores e princípios do projeto ético-político profissional e em consonância com o SUS. O Serviço Social na Saúde Coletiva vem apresentando demandas para sua prática como

Articulação ensino-pesquisa-assistência, busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a comunidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (Matos, 2003, p.95).

O trabalho do Serviço Social deve estar amparado também na política estabelecida para a profissão, o Sistema Único de Assistência Social – SUAS - que, assim como o SUS, consiste em um sistema único de gestão participativa e descentralizada da Assistência Social, em todo o território brasileiro. O SUAS foi implantado em 2003, em todo o território nacional, por meio da Lei Orgânica 8.742, que estabelece a política de assistência social como uma política pública que trata de condições para a extensão e universalização da proteção social a todos os cidadãos brasileiros e rompe com o paradigma do assistencialismo.

1.3 SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS

A Política Nacional de Assistência Social – PNAS - foi aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social – CONAS - em 2004, por meio da Resolução N.^º 145 (Brasil, 2005), dando origem ao SUAS – Sistema Único de Assistência Social. Essa nova política dirige as ações para a realidade brasileira, com uma visão social em que os casos individuais passam a ser entendidos como resultados de uma situação social coletiva, em consonância com a teoria da Saúde Coletiva; nesse caso, os fenômenos de processos saúde-doença se dão no nível individual, porém, são resultados das condições coletivas de vida, decorrentes das condições de consumo e acesso a serviços e bens materiais, como alimentação, moradia, assistência médica e escolaridade que os grupos sociais têm acesso, determinando, dessa maneira, as consequentes condições favoráveis e desfavoráveis de saúde e sobrevivência (Egry, 1996).

A nova política passa ainda a considerar as vulnerabilidades sociais a que estão expostos os grupos sociais, devido ao modo de inserção na estrutura social e os recursos disponíveis para enfrentar as situações, com o menor dano pessoal e social possível, buscando visão social capaz de captar e entender diferenças sociais, de compreender que as populações

têm necessidades diferentes e, por isso, possibilidades e capacidades que devem ser exploradas, desenvolvidas e incentivadas.

Deve ainda haver visão social suficiente para identificar forças e fragilidades que as diversas situações de vida possua para que as populações possa enfrentá-los . A política orienta “para a proteção social exigindo a capacidade de maior aproximação possível do cotidiano da vida das pessoas, pois é nele que riscos, desgastes e vulnerabilidades se constituem” (Brasil, 2005, p.14).

O SUAS surge para constituir a regulação e organização, em todo o território nacional, de ações socioassistenciais estabelecidas pela nova política. Pressupõe-se a gestão compartilhada, co-financiamento da política pelas três esferas do governo e definição das competências tecnopolíticas do governo federal, dos estaduais e dos municipais. Para o SUAS, a assistência social, tendo por base os resultados que produz na sociedade, é uma política pública de direção universal e direito de cidadania, capaz de trabalhar com direitos sociais a serem assegurados a todos os brasileiros, de acordo com suas necessidades, independentemente de renda devendo respeitar as diversidades das regiões do País e as características culturais, socioeconômicas e políticas, e considerá-las para o planejamento e execução de suas ações.

O sistema tem como eixos estruturantes: 1. Precedência da gestão pública da política. 2. Alcance de direitos socioassistenciais pelos usuários. 3. Matricialidade sociofamiliar. 4. Territorialização. 5. Descentralização político-administrativa. 6. Financiamento partilhado entre os entes federados. 7. Fortalecimento da relação democrática entre estado e sociedade civil. 8. Valorização da presença do controle social. 9. Participação popular. 10. Qualificação de recursos humanos. 11. Informação, Monitoramento, avaliação e sistema de resultados.

O SUAS divide as ações de assistência social em dois tipos de proteção social: a Proteção Social Básica, de caráter preventivo, destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de

vulnerabilidade social, buscando o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e o desenvolvimento de potencialidades, e a Proteção Social Especial, de caráter protetivo, destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos ameaçados ou violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros aspectos (Brasil, 2011a).

Para o desenvolvimento das ações, é necessário que o Serviço Social se aproxime da realidade e das vulnerabilidades e riscos sociais presentes nos territórios, exigindo o estabelecimento de ações, mediações e relações que possibilitem o conhecimento da realidade como totalidade.

No que tange à COSEAS, o Serviço Social planeja suas ações considerando o CRUSP um espaço marcado por conflitos, diferenças e situações de vulnerabilidades: “É no enfrentamento dos conflitos, no debate sobre as diferenças e na busca de consensos que serão estabelecidas prioridades e organizadas as propostas de ação” (Brasil, 2008).

Por meio do Programa Aprender com Cultura e Extensão da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária, são desenvolvidos projetos de assistência e promoção social voltados para a comunidade do CRUSP. São eles: SOS Mulher, Mãe Cruspiana, Horta Agroecológica do CRUSP, CRUSP Recicla, DiversificAção e Na Boca do Crusp – Prevenção e Acolhimento. Este último, em tela nesta pesquisa, tem como principais objetivos a prevenção do uso problemático de álcool e outras drogas na moradia, o acolhimento, encaminhamento para tratamento e apoio a alunos que desejam cuidar de tais problemas. Desde a sua primeira elaboração, há 12 anos, trabalha com dois alunos bolsistas, moradores do CRUSP.

A depender do grau de comprometimento de estudantes, com o uso de drogas, o quadro apresentado pode ter como consequência a evasão escolar, a interrupção do curso ou outros prejuízos na vida social, familiar e acadêmica. A prática permite afirmar que mesmo sem estudar, alunos que fazem uso problemático de álcool e outras drogas permanecem no ambiente acadêmico para assegurarem o “status de estudante” - importante para a família - e ao mesmo tempo por estarem próximos aos seus amigos de uso,

com facilidades para alimentar a compulsão de drogas; nesse processo a dependência se estabelece, conforme pôde-se observar nos 12 anos de atendimento no projeto de acompanhamento.

Essa situação causa grandes inquietações ao Serviço Social da COSEAS, uma vez que sua principal função é apoiar alunos com dificuldades socioeconômicas para que concluam seus cursos, desenvolvendo ações estabelecidas no Programa de Apoio à Permanência e Formação Estudantil da Universidade de São Paulo.

O uso problemático de álcool e outras drogas por estudantes moradores do CRUSP exige que o Serviço Social busque alternativas, pode-se dizer de Proteção Social Básica pautada nos preceitos do SUAS, de modo a propiciar melhoria na qualidade de vida e na condição de saúde desses estudantes a fim de viabilizar sua formação acadêmica. Assim é que o projeto “Na Boca do CRUSP – Prevenção e Acolhimento” busca alcançar os alunos da Universidade moradores do CRUSP em situação de uso excessivo de álcool e outras drogas, com ações que devem estar “necessariamente relacionadas a antecipar e implica em um trabalho informativo, mas, sobretudo reflexivo” (Hygino, Garcia, 2003, p.36), no que se refere à prevenção e com ações de acolhimento e apoio a tratamentos.

1.4 O PROJETO “NA BOCA DO CRUSP – PREVENÇÃO E ACOLHIMENTO”

O trabalho do Serviço Social, até o início do ano 2000, concentrava-se basicamente em proceder às avaliações socioeconômicas para destinação de bolsas e ao atendimento, de periodicidade anual, dos alunos moradores do CRUSP, para reavaliação das bolsas moradia e alimentação. Era pouco procurado para atendimentos que envolviam uso de drogas, pois havia, por parte dos alunos, a percepção de que, se a Instituição ficasse sabendo a respeito do problema, perderiam as bolsas que recebiam. De

outra parte, institucionalmente, apesar disso não constituir motivo para o cancelamento ou a não destinação de bolsas, as ações das profissionais, por serem baseadas no senso comum, pouco ou nada ajudavam a combater esta “cultura da perseguição”. Em suma, qualquer tentativa de aproximação das assistentes sociais com alunos que tivessem esse tipo de problema era vista como ação de controle, perseguição e até de intimidação, causando afastamento maior ainda. A aproximação só era possível quando o próprio aluno solicitava ajuda ou em situações de emergência. Nessas ocasiões, a principal ação referia-se ao encaminhado do estudante para serviços da própria USP, como o atendimento no Hospital Universitário ou no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina ou externos à Universidade. Nesses casos, também, os profissionais se deparavam com restrições e limitações de recursos para atuação que inviabilizavam o desenvolvimento de ações voltadas para a recuperação ou mesmo alívio para a situação. O atendimento era efetuado de forma emergencial e paliativa, sem intervir especificamente na realidade do aluno e pouco contribuindo para o processo de recuperação.

Os profissionais de Serviço Social enfrentam no seu quotidiano as mais variadas expressões dos processos de produção e reprodução social que envolvem sujeitos que convivem com situação de exclusão ou desigualdade social. Atualmente, um dos maiores desafios é a possibilidade de apreender o movimento da realidade e construir propostas de trabalhos criativas que atendam às necessidades perante demandas emergentes dessa realidade. Diante disso, é necessário que o profissional vislumbre possibilidades de intervenções além de rotinas institucionais de forma a atender às necessidades do público atendido (Iamamoto, 2004).

O Projeto “Na Boca do Crusp – prevenção e acolhimento” emergiu de um grave acontecimento ocorrido no CRUSP no ano 2000 e que revelou, sem quaisquer disfarces, o comprometimento que o uso de drogas no espaço da moradia pode causar na realidade dos estudantes. Como toda e qualquer crise, em que o salto qualitativo da realidade se faz evidente, trazendo positividades, limitações e fragilidades, o Projeto revelou também

possibilidades inovadoras de intervenção na rotina do trabalho para atender a alunos envolvidos com o problema.

O fato ocorreu numa véspera de feriado, envolvendo dois estudantes moradores e um outro estudante não morador. Depois de consumirem compulsivamente grande quantidade de drogas, tiveram um surto de violência e acabaram destruindo um dos apartamentos do CRUSP. Nisso, feriram-se e foram encontrados apresentando sinais de overdose (confusão mental, perda de consciência, choro compulsivo, taquicardia, entre outras manifestações do gênero). Imediatamente receberam os primeiros socorros e foram conduzidos ao pronto atendimento do Hospital Universitário. Na ocasião, a pesquisadora acompanhou o atendimento no hospital e durante todo o fim de semana monitorou, via telefone, a condição de saúde dos alunos. Os moradores retornaram ao CRUSP e o terceiro voltou para sua casa.

A partir daí, sob orientação da coordenadora da COSEAS, que era enfermeira de saúde coletiva, buscou-se estabelecer uma relação cuidativa com os estudantes moradores para reforçar o comprometimento que a droga estava causando na sua vida e saúde, com grave prejuízo, inclusive acadêmico. Os dois estavam prestes a ser jubilados por reprovações sucessivas. Esse processo foi bastante longo e envolveu praticamente toda a administração da COSEAS, pois o episódio fora grave e sabido por todos. As estratégias assistenciais incluíram uma internação em clínica privada pela impossibilidade de uso de recurso público, dado que a política de saúde mental adotada a partir de 1990 não recomendava internação de pacientes com este diagnóstico. Para viabilizar o tratamento, foram solicitados recursos financeiros diretamente ao Reitor, pedido este prontamente atendido. Foi a primeira vez que a Universidade propiciou recurso dessa natureza para esse tipo de problema. O fato foi marcante, pois abriu uma linha de apoio à permanência estudantil que persiste até o momento.

Os moradores foram tratados por ambulatório após a alta hospitalar e a ação da COSEAS se deu no sentido de apoiá-los, monitorá-los no tratamento e resolver com eles as pendências acadêmicas, sem, contudo,

deixar de lado as sanções. Um deles, por ser bastante reincidente foi expulso da moradia e o outro pagou em serviços de marcenaria os custos da depredação do apartamento. Cabe ressaltar que em todas as medidas tomadas pelos órgãos competentes, no caso, a COSEAS e a Comissão Mista, responsável pela aplicação das normas regimentais do CRUSP, houve a participação ativa desses alunos envolvidos.

Dos dois alunos, apenas um conseguiu ter a compulsão estabilizada, aderiu ao tratamento sem reservas, estabeleceu forte vínculo com o Serviço Social e conseguiu controlar a doença. Revertido o processo de jubilamento que estava em andamento, concluiu o curso, conseguiu um emprego na sua área de formação e deixou o CRUSP. Mantém contato até hoje com a pesquisadora e com outras pessoas da COSEAS. Ainda tem recaídas, mas aprendeu a lidar com elas de forma que interfiram pouco ou quase nada na sua vida. Cabe ressaltar que, durante o processo de recuperação, restabeleceu contato com a família e teve bastante apoio principalmente de uma irmã, que também estabeleceu forte vínculo com a COSEAS, respondendo positivamente a todas as vezes que foi requisitada.

O outro aluno iniciou o tratamento, chegou a ser internado duas vezes, e apesar do apoio do Projeto, da mãe e da namorada, não conseguiu prosseguir. Depois de várias tentativas sem sucesso de prosseguir os estudos, foi jubilado, passou a ser morador de rua e morreu assassinado anos depois.

O aluno que não era morador, não prosseguiu o tratamento para o qual fora encaminhado pelo Projeto e não voltou mais ao CRUSP.

Esse episódio foi um marco na atuação do Serviço Social da COSEAS para alunos com problemas de drogadição. Depois desse fato e movido principalmente pelas reflexões e busca de conhecimento para ajudar o aluno que aderiu ao tratamento para além do senso comum, aliando ao cuidado valores e estratégias essenciais para garantir a continuidade do sucesso obtido no primeiro momento, foi elaborado um projeto voltado para a realidade dos moradores do CRUSP, cujo objetivo era que eles não comprometessem a saúde, a vaga na universidade pública e a oportunidade

de concluir seus estudos, utilizando condignamente a moradia universitária e outros recursos de permanência estudantil.

Os primeiros alunos bolsistas do Projeto foram os dois alunos moradores atendidos no evento citado e o nome do projeto – Na Boca do Crusp – Prevenção e Acolhimento - foi sugerido por um deles. Os recursos financeiros para pagamento das bolsas foram obtidos por meio da bolsa-trabalho, programa da Universidade administrado pela COSEAS, vigente de 1989 até 2007. A Bolsa-Trabalho consistia em projetos de extensão voltados para atendimento da coletividade USP, supervisionados por docentes e técnicos de nível superior em várias unidades. Os alunos bolsistas recebiam um salário mínimo por 40 horas mensais de trabalho. Em 2008, o projeto foi transformado no Programa Aprender com Cultura e Extensão da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária, seguindo basicamente os mesmos moldes. Assim permanece até a presente data.

Os documentos que constituíam o arquivo histórico do Projeto Na Boca do CRUSP-Prevenção e Acolhimento, desde a sua criação, em 2000, não eram digitalizados e o material foi perdido por ocasião da invasão do espaço que o Serviço Social ocupava, episódio este já relatado anteriormente. Perderam-se aí dez anos de registros da construção e desenvolvimento do primeiro Projeto voltado para os moradores de caráter multiprofissional e tendo o cuidar como sua essência, para além do tratar.

No entanto, de acordo com relatos orais dos profissionais envolvidos, é possível afirmar que até 2010 foram atendidos e apoiados aproximadamente 20 alunos moradores do CRUSP, 15 trabalhadores da COSEAS e outros tantos alunos não moradores, além das atividades especificamente voltadas para a prevenção.

Como prevenção, o Ministério da Saúde considera qualquer ação “que possa efetivamente impedir, retardar, reduzir ou minimizar o uso de drogas e os prejuízos relacionados” (Brasil, 2002, p.281). Há três níveis de prevenção: a prevenção primária, que intervém junto às populações antes do primeiro contato com a droga, com o objetivo de impedir ou retardar o início do consumo de drogas, geralmente utilizada em escolas de ensino

fundamental; a prevenção secundária, cuja intervenção é feita quando já houve algum contato da população com a droga e seu objetivo é evitar a progressão do consumo e minimizar os prejuízos relacionados ao uso e a prevenção terciária, que é realizada após a instalação de transtornos relativos ao consumo de drogas, objetivando minimizar os prejuízos decorres do uso excessivo de drogas (Brasil, 2002).

O trabalho de prevenção no CRUSP se dá nos três níveis, tendo em vista as características da população, trabalhando com drogas lícitas (álcool e tabaco) e ilícitas. Tem como principal atividade a elaboração de Boletim Trimestral pelos bolsistas, com os seguintes objetivos: divulgar pesquisas, índices e informações gerais sobre drogas no mundo; abordar temas que estejam envolvidos direta ou indiretamente com as drogas lícitas e ilícitas como desconfortos mentais, preconceito, prostituição, exclusão social, tráfico, interesses políticos, a droga no ambiente universitário e descriminalização do uso. São publicados também poesias e outros produtos artísticos de moradores e entrevistas com profissionais da área. Os boletins são distribuídos nos oito blocos do CRUSP e no *campus* da USP Leste – Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH - com tiragem de 1.500 exemplares. No início do projeto, os boletins eram produzidos em tiragens pequenas, mas com o aumento da demanda pelo material, passou a ser impresso em gráfica, com o pagamento efetuado pela COSEAS. Outra importante atividade do Projeto na linha da prevenção é o incentivo do uso de preservativos masculinos com a finalidade de estimular a prevenção de DST/ aids. Por meio de convênio com a Secretaria da Saúde, são recebidos e distribuídos 1.500 preservativos masculinos. Os bolsistas participam também de eventos intra e extra USP, apresentando e divulgando o trabalho realizado.

Durante esses dez anos, a maior parte dos bolsistas foi de alunos moradores acompanhados pelo Serviço Social por uso problemático de álcool e outras drogas. Embora essa não seja uma condição básica para obter a bolsa, muitos alunos em tratamento procuram o Projeto como forma de incentivo para continuarem abstinentes, uma vez que o desenvolvimento

das atividades propicia reflexões acerca do tema, assim, os mantém próximos aos profissionais que os acompanham e propicia fonte de renda mínima para sua manutenção. Um depoimento de um bolsista que fazia uso problemático de drogas e esteve sob o acompanhamento do projeto confirma:

O exercício da elaboração de textos sobre drogas ajudou a construir objetivos e metas para minha vida, reforçando que a adicção estava sendo um entrave para a conquista dos mesmos. Estava cheio de questionamentos e dúvidas, depressão e medos quando comecei o trabalho como bolsista do projeto. Aprendi que a doença é bio-psico-social, ou seja, age em todas as áreas da nossa vida, e que infelizmente não tem cura, como tantos desejam. Procurei assumir minhas responsabilidades perante o Projeto, e esse exercício foi bem difícil, visto a minha ansiedade e a característica da adicção ser o imediatismo. Durante minha participação como bolsista no projeto, percebi que não estava sozinho, mas circundado por uma rede de proteção, de bravura e bem viver, que me garantiu segurança e sanidade, além de mínimos recursos financeiros para sobrevivência (bolsista em 2006).

Desde os primeiros anos de atividade, pôde-se verificar que a atuação no Projeto é positiva para o processo de recuperação desses alunos e que em caso de recaída, a proximidade do bolsista com o profissional responsável pode facilitar o atendimento imediato, evitando agravamento do processo. O Projeto mantém o contato dos alunos com o tema favorecendo o nível de informação, fortalecendo-os para o enfrentamento do problema perante os colegas e melhora a adesão ao processo de recuperação.

Alunos que não faziam uso problemático de álcool e outras drogas também já participaram como bolsistas, o que propiciou a formação de agentes multiplicadores dentro do ambiente da moradia estudantil. A seguir, o depoimento de um deles:

O Projeto teve por finalidade, nas edições em que pude participar, atuar nas questões pertinentes às drogas, sexualidade e comportamento. A comunidade envolvida, os estudantes/moradores, formam uma multidão de diversidade geográfica, étnica, sexual e lingüística. Dessa forma, compreender e sintetizar

ações que abarquem tamanha heterogeneidade não é dos trabalhos mais fáceis. O Boletim foi e continua a ser o canal de comunicação entre a Coordenadoria e os alunos/moradores. Os textos debateram temas pertinentes à maioria e procuraram esclarecer assuntos pouco divulgados na grande imprensa. O Chá do Santo Daime, o Narguilé, o uso excessivo de calmantes e anfetaminas, os problemas do uso do álcool como droga para a sociedade em geral, o uso da maconha no ambiente universitário e a depressão foram alguns dos assuntos que estiveram em pauta e que, de certa forma proporcionaram alguns esclarecimentos a mais sobre o tema. O projeto deu oportunidade de realizar pesquisa sobre temas que fogem das tradicionais linhas de investigação do meu curso. Participar, como ouvinte, da reunião dos Alcoólicos Anônimos, conforme solicitado pela responsável do Projeto, foi uma das experiências mais gratificantes e que me proporcionou ter uma visão crítica sobre o uso abusivo do álcool nas famílias e as consequências para o indivíduo e família. O Projeto procurou mostrar aos bolsistas envolvidos um pouco da realidade por trás da inconsequência das drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas (bolsista em 2009).

A periodicidade do Boletim é Trimestral. A seguir, alguns exemplares de 2009, 2010 e 2011.



Na linha do acompanhamento e apoio, deve-se ressaltar aqui a resistência encontrada entre os moradores no enfrentamento dessa problemática. A relação negativa entre uso de drogas e perda da bolsa-moradia, a despeito de não verdadeira, é verbalizada frequentemente pelos

moradores como uma dificuldade para procurar ajuda. O que ocorre na realidade é que usar drogas ilícitas é ilegal e os coloca sob as penas da Lei, e o órgão (COSEAS) responsável pela aplicação do Regimento do CRUSP é o mesmo que oferece o apoio para o tratamento daqueles que se encontram em situação problemática, não raramente descumprindo algumas regras do Regimento, o que os coloca em situação de vulnerabilidade para perda da vaga na moradia.

Essa é uma grande contradição que o Serviço Social enfrenta ao intervir no processo saúde-doença do alcoolismo e da drogadição dos alunos moradores do CRUSP e lidar com ela tem sido um grande desafio. Trata-se de encontrar o ponto de convergência entre a ajuda e a manutenção da norma, principalmente aquela relacionada à ocorrência de conflitos e outros problemas que podem ser deflagrados ou agravados pelo uso de drogas.

Considerando que “o uso abusivo de drogas é um fenômeno que envolve várias dimensões, incluindo seus aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais” (Cruz, 2005, p. 282), o atendimento e acompanhamento dos alunos atendidos no Projeto são realizados por Assistentes Sociais da Divisão de Promoção Social devidamente qualificadas, sendo uma delas a pesquisadora deste estudo.

A qualificação envolveu o desenvolvimento de competências para: o estabelecimento de vínculo de confiança do aluno com o profissional que o atende; a sensibilização para o problema; o encaminhamento para serviço de saúde especializado intra ou extra USP; o acompanhamento do processo de adesão ao tratamento; a reinserção na estrutura social e nos processos de produção e reprodução social; o restabelecimento de laços familiares, que na maioria das vezes estão enfraquecidos ou rompidos devido à doença; a construção de uma rede social protetora e indutora ao retorno à vida acadêmica; o suprimento de necessidades vinculadas à sobrevivência; o reconhecimento da aproximação de um momento de recaída; as estratégias de proteção para o enfrentamento de recaídas; ao resgate, quando acontecem recaídas, afastamentos ou abandonos do tratamento; o

incentivo para a permanência no processo de recuperação e o reconhecimento do serviço, por parte do usuário, como um espaço que pode propiciar a escuta de suas necessidades e a busca pela satisfação e bem-estar pessoal. Todas as ações que se referem à dimensão individual são realizadas com a participação do aluno, colocando-o como corresponsável pelo seu processo de recuperação.

Esse escopo de ações permite que o aluno usuário de drogas “expanda o seu repertório de recursos para enfrentar as vicissitudes do dia-a-dia” (Cruz, 2005, p. 283) e ultrapasse seus limites, fortalecendo-o a cada conquista para a continuidade do tratamento. O processo lento e muitas vezes interrompido pelos próprios alunos exige que a Assistente Social os incentive constantemente para o desejo de mudar, porém, é fundamental que ele tenha a tomada de responsabilidade do próprio destino (Cruz, 2005).

Na sensibilização, a abordagem é baseada na técnica de Intervenção Motivacional, cuja eficácia é comprovada por evidências científicas. Essa técnica trabalha com a possibilidade de mudanças positivas, por meio do terapeuta como agente, de forma que o próprio usuário reconheça os problemas decorrentes do uso problemático de drogas e demonstre motivação para interromper o uso (Brasil, 2002).

Assim, tendo por base a experiência vivenciada pelo aluno, é reforçado o fato de que o uso de álcool e outras drogas pode trazer consequências positivas e negativas para o indivíduo, a depender da frequência e da quantidade consumida, que podem ocorrer em curto e longo prazo: em curto prazo pode ter um efeito facilitador da socialização ou pode provocar situação de conflito, violência e dano físico. A longo prazo, em termos biológicos pode acarretar dependência, cirrose hepática e vários tipos de câncer (Edwards et al., 1998). No âmbito familiar pode acarretar conflitos e rompimentos de vínculos, no profissional pode acarretar dificuldades no trabalho e desemprego, sendo muitas as consequências em todas as esferas da vida privada e pública.

No serviço de pronto atendimento do Hospital Universitário, há atendimento médico para quadros agudos de intoxicação por álcool e outras,

porém, para atendimento ambulatorial, devido à demora para agendamento de consulta com a especialidade de psiquiatria, quando necessário, os usuários também são encaminhados para o Centro de Saúde-Escola Butantã, o Instituto de Psicologia, o GREA – Grupo Estudo de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina e para instituições externas como Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Outras Drogas da prefeitura (CAPS-AD), Associação Pró-Saúde Mental da prefeitura (PROSAM) e outros. Vale ressaltar que, atualmente, para o aluno conseguir agendar consulta com psiquiatria ou para algum serviço de terapia individual ou de grupo, na maioria das instituições intra ou extra USP, pode demorar cerca de dois a três meses, devido à grande demanda existente. Durante esse período, é mantido contato diário com o aluno, com um trabalho de busca quando necessário, para que não se desmotive quanto ao início do tratamento.

O acompanhamento pelo Projeto procura despertar no usuário reflexões sobre a probabilidade de ocorrência de todos os possíveis prazeres e sofrimentos decorrentes do consumo problemático e sobre a necessidade de tomar decisões conscientes sobre comportamentos de risco. É esperado que, com essas reflexões, ele consiga tomar consciência das perdas e prejuízos já sofridos pelo uso problemático do álcool e de outras drogas.

De acordo com a experiência vivida na relação com os alunos, o processo de sensibilização demanda tempo relativamente longo, chegando a durar até seis meses. São previstas nesse período, idas e vindas, pois normalmente os usuários, por não sofrerem consequências graves em curto prazo, mostram-se ambivalentes e relutam em mudar o comportamento. Nesses casos, o não comparecimento ao acompanhamento por duas vezes consecutivas, é realizada a busca ativa por contato telefônico ou visita domiciliaria, para que não se perca o vínculo e sinta-se importante para o Projeto. Em geral, eles demonstram grande satisfação ao serem procurados e retornam ao acompanhamento.

Para que o Projeto cumpra seu papel no apoio aos alunos em tratamento, a fase inicial do acompanhamento exige que o profissional atenda o aluno pelo menos duas vezes por semana e, de acordo com o grau de dependência, é realizado o atendimento diário. Nesses encontros, o vínculo de confiança pouco a pouco é construído e o Assistente Social passa a exercer importante papel na recuperação, abordando as consequências das escolhas feitas pelos usuários.

Em suma, depois de mais de dez anos de existência do Projeto, há fortes indícios de que seus resultados sejam animadores, porém, para que possa prosseguir seu caminho no momento em que ele se consolida, colocam-se as seguintes questões: as necessidades dos estudantes envolvidos, especialmente na vertente do projeto de acompanhamento e apoio ao tratamento, estão sendo ouvidas, reconhecidas e atendidas? Quais as necessidades que estão sendo atendidas e quais as que ainda se colocam do ponto de vista dos estudantes envolvidos?

Assim, este estudo tem como finalidade contribuir para a melhoria do atendimento do uso problemático de álcool e outras drogas em uma moradia estudantil, com base na análise do reconhecimento das necessidades dos usuários, percebidas por eles. Os resultados do estudo fornecerão instrumentos para a revisão e aprimoramento de um serviço desta natureza, voltado exclusivamente para a população universitária.

1.5 JUSTIFICATIVA

Para Egry (1996, p. 69), o campo da saúde coletiva “exige a constante reflexão crítica da realidade de saúde, da produção dos serviços de saúde, nos processos de trabalho em saúde e da prática assistencial da enfermagem”.

A prática de saúde enquanto prática social deve ser analisada pressupondo-se:

que esta prática é determinada pela finalidade social do trabalho em saúde e, portanto, não é uma prática estática, mas dinâmica, pois requer a revisão periódica de seus elementos constituintes frente às transformações da sociedade e dos modelos de atenção à saúde (Fracolli, Bertolozzi, 2008, p. 28).

Ainda, o serviço de saúde “realiza-se com e entre pessoas e, mais ainda, com base em uma inter-relação em que o consumidor contribui no processo de trabalho, pois é parte desse processo” (Fracolli, Bertolozzi, 2008,p.27). Discorrendo sobre propostas tecnológicas para a (re)organização do trabalho em saúde, as autoras afirmam que

o ‘cuidado’ atua sobre os ‘problemas de saúde’ (individuais ou coletivos) de forma a causar impacto (ou supondo-se que cause impacto) nos usuários finais, pelo atendimento de suas necessidades de saúde. (Fracolli, Bertolozzi, 2008, p.29).

O serviço de atendimento ao qual se refere esta pesquisa não se trata propriamente de um serviço de saúde e sim de um atendimento voltado a ações de promoção social dirigidas para a comunidade universitária.

Em pesquisa bibliográfica realizada nos bancos de dados virtuais na área da saúde portal da Biblioteca Virtual de Saúde - BVS - (Bireme e Dedallus) foram encontrados estudos epidemiológicos de consumo de drogas em geral, estudos epidemiológicos em universidades do Brasil e do exterior, outros que tratam de uso de drogas entre moradores de ruas, profissionais do sexo e adolescentes, que tratam de grupos de autoajuda, políticas de enfrentamento adotadas pelo Estado, emergências psiquiátricas e serviços de saúde. Campos e Bataiero (2007) realizaram análise da produção científica brasileira sobre necessidades em saúde no período de 1990 a 2004 e concluíram que a maioria das publicações científicas eram focadas no âmbito hospitalar e que trabalhos voltados à atenção básica na perspectiva da Saúde Coletiva eram escassos.

No que se refere a consumo excessivo de drogas, entre alunos universitários em espaço de moradia estudantil, não foram encontrados estudos específicos sobre o trabalho de profissionais de Serviço Social.

Quanto ao reconhecimento de necessidades em saúde, por parte de populações específicas atendidas, foram encontradas pesquisas que investigaram necessidades em saúde reconhecidas por trabalhadores de serviços de saúde e por grupos de usuários de serviços de saúde.

Considerando que o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social da COSEAS, com referência ao uso excessivo de álcool e outras drogas voltado para a moradia estudantil da USP, é de grande relevância para a melhoria da qualidade de vida e condições de saúde dessa população, pois entende-se que o estudo do atendimento das necessidades de saúde relacionadas a essa problemática, durante o acompanhamento aos usuários, é importante para desvelar novas estratégias de intervenção a fim de aprimorar o trabalho desenvolvido.

Nesse sentido, a justificativa para esta pesquisa se dá pela necessidade de verificar se as ações desenvolvidas pelo Serviço Social da COSEAS, por meio do Projeto “Na Boca do Crusp – Prevenção e Acolhimento”, estão pautadas no reconhecimento das necessidades de saúde apresentadas pelos alunos acompanhados.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar e analisar os limites e possibilidades do Serviço Social, durante o acompanhamento pelo Projeto “Na Boca do CRUSP – Prevenção e Acolhimento”, quanto ao atendimento das necessidades de alunos e ex-alunos, com uso problemático de álcool e outras drogas, que são ou já foram residentes na moradia estudantil na Universidade de São Paulo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a trajetória histórica de formação do Projeto de atendimento do Serviço Social da COSEAS a alunos com uso problemático de álcool e outras drogas que residem no CRUSP.
- Descrever as ações do Projeto do Serviço Social da Coseas nos atendimentos relacionados ao uso de álcool e outras drogas.
- Conhecer de que forma a intervenção do Serviço Social contribuiu para a recuperação dos alunos atendidos.
- Identificar necessidades atendidas e demandas, na concepção dos alunos acompanhados pelo Projeto do Serviço Social, analisando limites e possibilidades de atendimento.

3 *Metodologia*

3 METODOLOGIA

A problemática do uso excessivo de álcool e outras drogas no CRUSP envolve diferentes vivências, modos de vida e valores que convivem num mesmo espaço. Para Pierre Bourdieu:

Para compreender o que se passa em lugares que, como os ‘conjuntos habitacionais’ ou os ‘grandes conjuntos’, e também numerosos estabelecimentos escolares, aproximam pessoas que tudo separa, obrigando-as a coabitarem (...) não basta dar razão para cada um dos pontos de vista tomados separadamente. É necessário também confrontá-los como eles o são na realidade, não para os relativizar (...) mas para fazer aparecer, pelo simples efeito da justaposição, o que resulta do confronto de visões de mundo diferentes ou antagônicas (...) (Bourdieu, 2003, p.11).

Por essa característica fundamental, esta pesquisa é qualitativa, de caráter exploratório e com abordagem social da saúde, apresentando-se como a opção mais adequada à consecução dos objetivos propostos.

Para Minayo (2004), a metodologia consiste em concepções teóricas de abordagem com um conjunto de técnicas para a apreensão da realidade. A pesquisa qualitativa trabalha com um conjunto de fenômenos humanos entendidos como “parte da realidade social, pois o ser humano não se distingue só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes” (Minayo, 2008, p. 21).

Martinelli (1999) afirma que a pesquisa qualitativa é, em si mesma, um exercício político, trabalha com significados de vivências e tanto o pesquisador como os sujeitos da pesquisa se expressam como sujeitos políticos. Por ser um exercício político pautado na realidade objetiva dos sujeitos, a pesquisa precisa ser devolvida para os sujeitos que dela participaram. Sobre esta afirmação, a autora faz três importantes considerações:

*a primeira é quanto ao seu caráter inovador, como pesquisa que se insere na busca de significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências sociais;

*a segunda é quanto à dimensão política desse tipo de pesquisa que, como construção coletiva, parte da realidade dos sujeitos e a eles retorna de forma crítica e criativa;

*a terceira é que exatamente por ser um exercício político, uma construção coletiva, não se coloca como algo excludente ou hermético, é uma pesquisa que se realiza pela via da complementaridade, não da exclusão (Martinelli, 1999, p.27).

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Conforme já referido anteriormente, esta pesquisa está embasada no arcabouço teórico da Saúde Coletiva em que o processo saúde-doença é socialmente determinado, ou seja, está diretamente relacionado à forma de inserção social dos sujeitos e grupos, que lhes confere condições materiais de vida que têm como consequências diferentes potencialidades e vulnerabilidades. Trata-se de um processo histórico e dinâmico, porque se desenvolve atrelado ao contexto histórico e aos aspectos políticos, econômicos e sociais de uma determinada sociedade e se transforma também de acordo com as transformações da sociedade relacionadas à saúde e à doença (Egry, 1996).

No caso do tema desta pesquisa - o alcoolismo e a drogadição em uma moradia estudantil - o processo saúde-doença expressa no nível individual as condições de vida que são determinadas pelas características do perfil de produção dos grupos sociais aos quais os alunos pertencem e dos quais resultam consequências diferenciadas, que podem ser favoráveis e desfavoráveis de saúde, ou seja, riscos de adoecer e morrer e por consequência, demandam suas próprias necessidades.

É assim que as diferentes condições de vida geram diferentes necessidades e exigem que os sistemas de saúde as reconheçam e lidem

com elas e suas especificidades, produzindo serviços que respondam a essas demandas.

Para a Saúde Coletiva, Agnes Heller (1986) é quem confere às necessidades conceitos mais apropriados. A autora parte da teoria marxista, para a qual toda a mercadoria existe para a satisfação de necessidades humanas e toda necessidade se refere a algum objeto material ou a uma atividade concreta, em qualquer tempo (Heller, 1986).

Para a compreensão desses conceitos, inicialmente resume em três principais pontos os fundamentos da teoria marxista, que, segundo ela, são construídos sobre um conceito geral de necessidade: o primeiro é que o trabalhador não vende ao capitalista o seu trabalho, mas sim a sua força de trabalho; o segundo refere-se à mais-valia gerada pela força de trabalho e o terceiro é o descobrimento do significado do valor de uso.

O valor de uso de uma mercadoria sempre é definido pela satisfação de uma necessidade, assim como o valor de força de trabalho de um trabalhador também sempre é definido com base na necessidade do produto final do trabalho; em relação à mais-valia, acontece quando a sociedade produz mais do que o suficiente para a satisfação de necessidades vitais com a consequente valorização do capital para o capitalista, ou seja, se a força de trabalho não produzisse mais- valia e o capitalista não comprasse a força de trabalho, o sistema capitalista não existiria.

Segundo Heller (1986), Marx não classifica os tipos de necessidades que cita em suas obras, estes seguem um sentido “econômico” e giram em torno de ofertas e demandas, porém, por vezes, vale-se de conceitos filosóficos que se embasam em necessidades naturais (físicas) e necessidades socialmente determinadas (sociais). Diante dos conceitos marxistas, Heller diferencia dois principais tipos de necessidades: as naturais ou necessárias e as sociais.

As necessidades naturais são aquelas necessárias para a conservação da vida, por exemplo: alimentação, abrigo, e sem a satisfação dessas necessidades, o homem não pode conservar-se como ser natural.

São sempre geradas pela produção material, ou seja, pela força de trabalho (Heller, 1986).

Ainda para a mesma autora, as necessidades necessárias também são sociais, pois envolvem vestimentas, habitação e outras cujas características são sempre relacionadas a épocas e lugares diferentes, por isso podem variar a depender de momentos e contextos históricos. A mesma autora identifica ainda as necessidades radicais também determinadas sócio-históricamente como aquelas que podem aperfeiçoar a essência humana e referem-se aos processos de criatividade e liberdade e as necessidades alienadas ou socialmente criadas, que se manifestam em condições sociais dadas e são criadas em função do capital e não da expressão das potencialidades humanas, de modo que o homem alienado é aquele que se torna sujeito dessas necessidades e as necessidades alienadas, resultantes do capitalismo (ambas a exemplo do poder, do dinheiro, de posses), sempre materiais e inesgotáveis.

Por fim, a autora identifica as necessidades propriamente humanas, que são aquelas determinadas historicamente, mas que não se destinam apenas à manutenção da vida. Segundo Egry (1996), diferente das necessidades naturais e das necessidades sociais, as necessidades propriamente humanas são identificadas por se tratarem de expressões de sentimentos necessários para o ser humano que vive em sociedade, como a liberdade, a expressão de seu ser, o amor, a amizade, a reflexão e não pelo desejo de possuir um objeto ou de um impulso natural como a fome ou a sede.

Assim como as necessidades humanas, as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas e só podem ser satisfeitas por meio de serviços de saúde, que nem sempre as reconhecem (Egry, Oliveira, 2008). As necessidades de saúde, a despeito de sociais, são originadas das condições de vida, individualmente sentidas e expressas, transformando-se em diferentes demandas, uma vez que são diferentes as condições de vida, que a oferta dos serviços públicos pode ou não atender. Nesse sentido, o sistema de saúde funciona como uma forma de compensar, no nível

individual, problemas ou condições sociais que apontam para situações socialmente injustas do ponto de vista da saúde, pois “as pessoas são descontextualizadas de suas relações sociais, de suas trajetórias de vida e de sua cultura” (Stotz, 2004, p. 290).

No entanto, o Pacto da Saúde firmado pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Atenção à Saúde, adota um conceito de necessidades que considera “as diferentes dimensões da realidade e dos sujeitos sociais envolvidos na construção da sociedade” (Egry, Oliveira, 2008, p.35) e ainda “propõe redirecionar as ações de saúde de modo a responder às reais necessidades de saúde da população” (Egry, Oliveira, 2008, p.36), considerando, dessa forma, que as diferentes necessidades devem ser atendidas com diferentes ações e serviços.

Diante dos objetivos propostos nesta pesquisa, utilizar as categorias analíticas processo saúde-doença e necessidades de saúde, próprias da Saúde Coletiva, proporcionará a identificação de alternativas de superação já utilizadas pelo serviço prestado e poderá vislumbrar outras possibilidades para o desenvolvimento de um serviço de acompanhamento de usuários de drogas em tratamento, que atenda às necessidades específicas do grupo social estudado.

3.2 CENÁRIO E SUJEITOS DO ESTUDO

O cenário deste estudo foi o Projeto “Na Boca do Crusp – Prevenção e Acolhimento”, responsável pelo acompanhamento e apoio a alunos em situação de uso problemático de álcool e outras drogas, desenvolvido pelo Serviço Social da COSEAS. Os sujeitos foram sete alunos atendidos pelo Projeto que residem ou já residiram no CRUSP. É de primordial importância que se conheça o CRUSP, suas características físicas, onde está situado e o modo de vida das pessoas que lá residem e passam significativa parte de suas vidas.



O Conjunto Residencial da Universidade de São Paulo – CRUSP – está localizado dentro do *Campus da Cidade Universitária*, no Butantã, na cidade de São Paulo – Capital. Atualmente, é a maior moradia estudantil gratuita do País e é constituído por oito blocos, sendo seis destinados para alunos de graduação (A, B, D, E, F e A-1) e dois para alunos de pós-graduação (C e G), cada um com seis andares e, em geral, 11 apartamentos por andar. Há apartamentos especialmente adaptados para pessoas com deficiências físicas e um andar com 11 apartamentos adaptados para moradores que têm filhos durante a permanência na Universidade. O último bloco construído foi entregue aos estudantes em abril de 2011, com inovações, como aquecimento solar e apartamentos com cozinhas individuais. Há uma sala com computadores, impressoras e acesso à Internet e há também sistema de internet sem fio (*wireless*). Há lavanderias, salas de TV e salas de estudo. Há a sede da Associação dos Moradores – AMORCRUSP – que fica localizada no térreo do Bloco F onde mantém uma padaria, uma papelaria e um pequeno salão de beleza. A Associação promove cursos e eventos culturais voltados para os moradores. A regularização de utilização deste espaço está em tramitação entre a AMORCRUSP, a COSEAS e a Reitoria da Universidade. Considerando-se apenas os moradores regulares, a população do CRUSP atualmente gira em torno de 1.500 alunos procedentes de todo o Brasil e de outros países predominantemente da América Latina e África, convivendo e interagindo com hábitos e culturas diferentes.

O *campus* permanece aberto ao público geral de segunda-feira a sábado e aos domingos, o acesso é restrito apenas à comunidade da USP. Há transporte interno gratuito, o ônibus circular da própria universidade e nos dias em que permanece aberto, o transporte público municipal circula por todo o *campus*.

O Restaurante Central Universitário se localiza dentro do espaço físico onde o CRUSP está e funciona de segunda-feira a sexta-feira, servindo as três principais refeições diárias com preços subsidiados pela universidade (R\$ 0,60 o café da manhã e R\$ 1,90 o almoço e o jantar), como em todos os outros restaurantes universitários – o café da manhã, o almoço e o jantar. Para os alunos que não têm condições de pagar, a Universidade disponibiliza o apoio-alimentação, por intermédio da COSEAS, que consiste na isenção do pagamento das refeições, após avaliação socioeconômica do Serviço Social. Dentro do *campus* há hospital, livrarias, cinema, teatro, museus, restaurantes, lanchonetes, praça de esportes, porém nem todos esses lugares permanecem abertos aos fins de semana.

Em período de férias e até mesmo durante os fins de semana prolongados, muitos alunos que permanecem no CRUSP, devido à falta de transporte público e dificuldades financeiras, sentem-se isolados. Em alguns casos, essa situação gera crises de depressão, episódios agudos de desconforto mental e uso excessivo de álcool e outras drogas.

Tão importante quanto as características do CRUSP, são as características socioeconômicas dos moradores, os perfis de produção e reprodução social, pois são esses que determinam as condições favoráveis e desfavoráveis de saúde para essa população.

De acordo com o último perfil socioeconômico, realizado em 2009, envolvendo 1.100 moradores alunos de graduação (USP, 2010), Universidade de São Paulo (USP). Coordenadoria de Assistência Social (COSEAS). Divisão de Promoção Social (DPS): Relatório. São Paulo; 2010. 60% pertenciam à área de Humanidades; 26%, à de Exatas e 14%, à de Biológicas; quanto ao período, 45% estavam matriculados no noturno, 25%, no período integral, 12%, no matutino, 12% no diurno e 6%, no vespertino.

Do total, 70% possuíam apoio-alimentação. Dos 1.100 moradores, 58% eram do sexo masculino e 42%, do sexo feminino. Prevalecia em 84% a faixa etária entre 20 e 30 anos de idade, 9%, tinham entre 17 e 19 anos e 7%, acima de 31 anos. Quanto à procedência escolar, 74% eram procedentes da escola pública, 14% haviam estudado parte na escola pública e parte na escola particular e o restante, 12%, se dividia entre procedentes de escolas particulares como bolsistas parciais e integrais. Sobre a renda *per capita*, 53% dos moradores possuíam renda *per capita* própria ou familiar de até um salário mínimo, 17% entre um e dois salários mínimos e apenas 15% possuíam renda entre dois e três salários mínimos. O nível de escolaridade dos pais se dividia da seguinte forma: 39% não possuíam o ensino médio completo, 34% não possuíam o ensino fundamental completo, 10% não haviam conseguido concluir o ensino superior, apenas 11% possuíam o ensino superior completo, 2% eram analfabetos; sobre o restante, 4%, não havia informações. Por fim, 56% das famílias residiam em casas próprias, 18%, em casa alugada, 16%, em casas cedidas por parentes (geralmente avós maternos ou paternos); 7% pagavam financiamento habitacional e 3% residiam em casas com documentos irregulares perante à Prefeitura, favelas e terrenos invadidos.

Os sete sujeitos que contribuíram para esta pesquisa são alunos e ex-alunos acompanhados pelo Projeto. Foram utilizados como critérios de inclusão: ser ou ter sido aluno regularmente matriculado na USP; ser ou ter sido morador do CRUSP; ser ou ter sido acompanhado pelo Projeto, durante o período em que residiram no CRUSP. Como critérios de exclusão foram utilizados: nunca terem sido alunos da USP; nunca terem sido moradores do CRUSP e nunca terem sido acompanhados pelo Projeto.

Desde a implantação do Projeto, estima-se que cerca de 20 alunos tenham sido atendidos. A impossibilidade em precisar tal número, deve-se ao fato da inexistência de arquivo digital até a invasão do espaço do Serviço Social, conforme já mencionado e todo o arquivo existente ter sido retido no espaço invadido.

Para a autora deste trabalho, em sua dissertação de mestrado, desenvolvida e concluída em 2007 (Zalaf, 2007), sete alunos que estavam sendo acompanhados pelo Projeto participaram como sujeitos e alguns deles ainda permanecem em acompanhamento regular. Na presente pesquisa, além de dois novos alunos acompanhados, serão utilizadas as contribuições de apenas cinco dos sujeitos da referida dissertação, pois os demais (dois) perderam o contato com a Universidade por terem se formado e saído do CRUSP.

3.3 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Em pesquisas qualitativas, a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas para a obtenção de material empírico. Nesta pesquisa, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, “que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador (Minayo, 2004. p. 108). Nesse tipo de entrevista, o pesquisador tem a possibilidade de interagir com os sujeitos pesquisados que retratam experiências vivenciadas, buscando apreender os significados mais profundos relacionados ao foco da pesquisa nas falas dos colaboradores da pesquisa. As entrevistas “podem ser feitas verbalmente ou por escrito, mas tradicionalmente incluem a presença ou interação direta entre o pesquisador e os atores sociais e são complementadas por uma prática de observação participante” (Minayo, 2004, p.121), que muitas vezes favorece a explanação de pensamentos reprimidos em tom de confidências, que se tornam verdadeiras riquezas para análise. Cabe aqui uma observação de Minayo a respeito da temática abordada:

Quando o tema é proibido, há sempre alguma comunicação conspiratória, cuidadosamente feita de forma a não levantar suspeitas sobre os infratores. Ou então, as revelações de bastidores são dadas por pessoas, não-membros do grupo (Minayo, 2004, p. 118).

Para Minayo (2004, p.120), “toda entrevista está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na nossa sociedade” (Minayo, 2004: 120), o que, de certa forma, pode interferir no conteúdo das respostas. Afinal, o tema abordado é difícil de ser discutido, porque implica em transgressões legais, preconceitos e estereótipos.

Porém, Pierre Bourdieu defende que a proximidade social e a familiaridade com o pesquisador propiciam aos pesquisados “garantias contra a ameaça de ver suas razões subjetivas reduzidas a causas objetivas” (Bourdieu, 2003, p. 697). Nessa afirmação está implícito o firmamento de um acordo de emissão apropriada por parte do pesquisador do conteúdo da entrevista. Ainda para o autor, um pesquisador só se aproxima verdadeiramente de seus pesquisados se já houve contato anterior com eles, como acontece neste estudo, por meio de atendimentos no Projeto. A proximidade entre pesquisador e pesquisados propicia a compreensão do que é dito na entrevista, ocasião em que alguns alunos inclusive a tomam como mais uma oportunidade para ser ouvidos e colocar seus próprios pontos de vista sobre si e sobre o mundo, e assim se tornarem compreensíveis e justificados (Bourdieu, 2003).

As afirmações de Bourdieu foram confirmadas, quando por ocasião das entrevistas realizadas na dissertação de mestrado (Zalaf, 2007) e, com base nisto, este pressuposto está sendo utilizado na presente pesquisa.

Diferentemente do estudo anterior, em que a coleta de dados ocorreu sem maiores incidentes, na presente pesquisa, houve dificuldades como a interrupção temporária da coleta de dados, em especial no que se referiu à localização e contato com os sujeitos, por conta da invasão do espaço de trabalho da Divisão de Promoção Social e da Seção de Serviço Social explicitada anteriormente, no decorrer do Capítulo 1, e a crise política que em seguida se abateu entre a Universidade e alunos residentes no CRUSP.

Em virtude da readequação emergencial de espaço provisório, para a Divisão de Promoção Social e Seção de Serviço Social e a preparação de outro espaço definitivo, do tempo decorrido para o restabelecimento da rotina de trabalho e da perda de todo o arquivo de prontuários e importantes

documentos de trabalho existentes, houve interrupção no atendimento, ocasionando um longo período de afastamento entre o Projeto e os alunos.

Gradativamente, à medida que a rotina de trabalho se restabelecia, os contatos voltaram a ser feitos com visitas aos alunos nos seus apartamentos no CRUSP, por *e-mail* e por telefone. Alguns atendimentos emergenciais, naquele período, foram realizados ao ar livre. Contatos de alunos que já haviam sido atendidos anos antes pelo Projeto, foram perdidos, por isso não houve a possibilidade de contar com essa contribuição. Não foi possível também colher dados junto a um aluno de pós-graduação morador, acompanhado pelo Projeto desde a graduação, pois ele se envolveu de forma muito intensa no movimento que acontecia no CRUSP, posicionando-se e expondo-se contrariamente ao grupo de alunos que liderou a invasão, inclusive envolvendo-se em situações de violência. Na ocasião, teve a doença agravada a ponto de necessitar de trancamento de matrícula e afastamento da moradia para proteção de sua integridade física e ter atenção exclusivamente voltada à recuperação, em regime de internação hospitalar, com a intervenção da família e do Serviço Social.

Assim, todos os alunos localizados foram convidados a participar desta pesquisa e aceitaram a proposta de imediato. Todas as entrevistas foram realizadas em horas e locais previamente acordados entre os sujeitos e a pesquisadora, em uma sala da Sede Administrativa da COSEAS. Duraram em média 45 minutos e foram gravadas. Após o término, todos foram consultados se queriam ouvir na íntegra as entrevistas, mas nenhum deles julgou necessário.

3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os discursos dos sujeitos foram gravados, transcritos e analisados mediante análise de conteúdo com a técnica Análise Temática. É uma das metodologias mais usadas para o tratamento dos dados pesquisas qualitativas (Minayo, 2004).

Laurence Bardin define a Análise de Conteúdo como “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtils em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a ‘discursos’ extremamente diversificados” (Bardin, 2004, p.7).

Essa metodologia de análise exige que o pesquisador vislumbre significados e representações além das palavras propriamente ditas para apreender os conteúdos das mensagens. Para isso, “o que se procura estabelecer quando se realiza uma análise, conscientemente ou não, é uma correspondência entre as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas (por exemplo: condutas, ideologias e atitudes) dos enunciados” (Bardin, 2004, p.36).

A análise temática busca núcleos de sentido presentes nas entrevistas, que tenham relativo significado para o objetivo da pesquisa, para que posteriormente sejam analisados conforme a teoria adotada (Minayo, 2004).

Foram adotados os procedimentos seguindo-se três fases para a realização da Análise de Conteúdo: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, com a inferência e a interpretação (Bardin, 2004).

Na fase da pré-análise, o material empírico foi lido repetidas vezes, processo denominado “leitura flutuante”, cujo objetivo é conhecer profundamente o texto para colher impressões, hipóteses e teorias relacionadas ao tema da pesquisa; em seguida, passou-se para a organização do material respeitando-se

as normas de validade: *exaustividade* (que contempla todos os aspectos levantados no roteiro); *representatividade* (que contém a representação do universo pretendido) *homogeneidade* (que obedece a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores) e *pertinência* (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho) (Minayo, 2004, p.209).

Assim, foram extraídas as frases temáticas para a próxima fase da análise.

Na exploração do material, segunda fase do processo, todos os registros referentes às frases temáticas foram agrupados em um quadro, de forma a classificar os dados para posterior análise e interpretação. Dessa forma, as categorias empíricas foram desvendadas e preparadas para a terceira e última fase do processo, que consistiu na interpretação e análise das categorias empíricas emergentes sob a visão das categorias analíticas Processo Saúde-Doença e Necessidades em saúde, buscando coerência com os objetivos da pesquisa e com a base teórica.

3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Foram atendidas todas as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de pesquisa com seres humanos.

Após autorização da Coordenadoria de Assistência Social da USP para a coleta de dados da Divisão de Promoção Social e dos moradores do CRUSP, em 23/12/2009 (Anexo I), o projeto de pesquisa foi registrado junto ao CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa em 27/04/2010, sob o protocolo CAEE – 0032.0.196.000-10 e encaminhado para análise do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, tendo obtido aprovação, em 16 /06/2010 (Anexo II).

A coleta de dados teve início em dezembro de 2010 e seu término foi em março de 2011. Antes de cada entrevista, os sujeitos convidados foram

informados sobre os objetivos da pesquisa e após concordarem em participar, assinaram, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE - (Anexo III), onde está explícito o anonimato. Uma via do termo foi entregue ao sujeito da pesquisa e outra ficou de posse da pesquisadora. As entrevistas foram gravadas após permissão dos entrevistados e posteriormente transcritas, estando disponíveis para consulta a qualquer momento da pesquisa.

4 Apresentação e discussão dos resultados

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram entrevistados sete alunos, seis homens e uma mulher, dos quais, quatro, à época da entrevista, eram moradores regulares e três haviam sido moradores do CRUSP até dois anos antes da realização da pesquisa. De todos os entrevistados, cinco pertenciam à área acadêmica de Ciências Humanas, um, às Ciências Exatas e outro, às Ciências Biológicas. Dos três que não mais residiam no CRUSP, um aluno foi jubilado da Universidade pela segunda vez por falta de cumprimento de créditos, outro continuava vinculado à Universidade, tentando prosseguir os estudos, quanto ao terceiro estudante, tratava-se de uma aluna que havia concluído o curso e voltado para sua cidade. Dos quatro alunos residentes entrevistados, um era aluno de pós-graduação, nível de doutorado e todos os demais, residentes ou não, eram vinculados a cursos de graduação. Todos haviam sido ou ainda estavam sendo acompanhados pelo “Na Boca do Crusp – Prevenção e Acolhimento”.

Cabe ressaltar que um dos alunos de graduação entrevistado, residente na moradia, faleceu vinte dias após a realização da entrevista, constando no Atestado de Óbito, como causa da morte, parada cardiorrespiratória. O fato se deu no *Campus* da Cidade Universitária, na Praça do Relógio Solar, localizada no entorno do CRUSP, aproximadamente, às 9 horas. Três dias antes, o aluno havia entrado num rápido processo de recaída, após um ano e oito meses sem usar cocaína. Não houve tempo do Serviço Social tomar conhecimento dessa recaída e as providências cabíveis.

Como delineado anteriormente, o aluno de graduação morador do CRUSP tem basicamente as seguintes características: idade entre 20 e 30 anos, estudante do período noturno na área de Humanidades, recebe apoio-alimentação além da moradia, tem renda de até um salário mínimo, procede da escola pública, os pais não chegaram ao ensino superior e muitos deles sequer concluíram o ensino fundamental e médio. A família reside em casa própria. Geralmente, os alunos que estudam no período noturno têm mais

chances de obter trabalho formal e informal ou exercer atividade acadêmica remunerada que lhes permite melhores condições financeiras para se manter na Universidade.

Do ponto de vista Saúde Coletiva, pode-se concluir que os sujeitos desta pesquisa pertencem a grupos sociais inseridos em situação de subalternidade social num sistema produtivo (formas de trabalho) cuja qualidade de vida determina o nível e a qualidade de consumo e de acesso a bens, alimentação, habitação, serviços assistenciais de saúde e sistemas de educação que dependem de políticas públicas estatais para conseguirem entrar e se manter na universidade. Todos os sujeitos desta pesquisa ingressaram tardiamente na universidade pública tendo em vista suas condições socioeconômicas e consequente dificuldade de acesso a recursos educacionais que possibilitassem o ingresso na Universidade. Quando ingressaram na USP, todos já traziam consigo os problemas do alcoolismo e da drogadição, igualmente determinados por condições de vida desfavoráveis, como se verá adiante.

Após a análise das entrevistas, foi possível conformar oito categorias empíricas: 1. Ser aluno USP. 2. Problematização da doença antes do acompanhamento pelo Projeto. 3. A chegada ao Projeto. 4. Reconhecimento do Serviço pelos usuários. 5. Dependência e recaída. 6. O futuro com a doença. 7. Necessidades atendidas pelo Projeto. 8. Demandas para aperfeiçoamento do Projeto.

4.1 SER ALUNO USP

Após a leitura flutuante e análise dos relatos, foi possível perceber dois subtemas que representam o conteúdo desta categoria empírica: orgulho por ser aluno da USP e a USP como possibilidade de ascensão social.

Considerando-se que a atual política de educação do País não permite igualdade de condições entre alunos procedentes do ensino público e do ensino particular para ingresso em universidades públicas, ser aluno da USP é motivo de orgulho para a população de maneira geral, ainda mais para as classes subalternas. Em três entrevistas o sentimento de orgulho por serem alunos da Universidade de São Paulo, maior universidade pública da América Latina, foi expresso. Destacam-se, a seguir, alguns relatos:

Para mim, ser aluno da USP é uma questão de orgulho, saber que está participando de uma das melhores e maiores universidades do País.

Para mim, é muito importante, é uma conquista, aqui é a melhor Universidade do país, uma das melhores do mundo.

Ser um aluno da USP, em especial, é motivo de alegria, porque eu estou numa boa Universidade, eu estou no Departamento de Filosofia, onde eu sempre quis estar.

De acordo com o INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais), os números relativos a matrículas em cursos universitários correspondem à desigualdade social no País. De cada 100 pessoas em idade de 18 a 24 anos, em média, nove estão matriculadas no ensino superior em instituições públicas e privadas. No Estado de São Paulo, 12,6% das pessoas, entre 18 e 24 anos, frequentam cursos de graduação. Em Estados da Região Sul do País, os índices chegam a 14,2%, enquanto que em Estados da Região Nordeste, a 4,1% (Brasil, 2011b).

Para transformar o panorama atual, o governo estadual criou programas de inclusão como o ProUni (Programa Universidade para Todos) e o SISU (Sistema de Seleção Unificada), que podem ser acessados a partir dos resultados do ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio). O ENEM é recomendado para todos que pretendem ingressar no ensino superior, seja ele particular ou gratuito, pois, de acordo com a pontuação obtida, é possível para os candidatos o ingresso diretamente em algumas instituições de ensino estaduais, federais e particulares, sem a realização de exame vestibular. Para aqueles que ingressam em instituições particulares pelo ENEM, há programas de permanência, além das bolsas parciais para alunos

que possuem renda *per capita* familiar de até três salários mínimos ou integrais para aqueles que possuem renda *per capita* inferior a um salário mínimo e meio. Até 2010, dos 919 mil estudantes, 67% eram beneficiados com bolsa integral. No primeiro semestre de 2011, o número de bolsa integral ofertado para São Paulo chegou a 26.389, e de bolsa parcial chegou a 34.158 (Brasil, 2011c).

Entre os relatos foi possível constatar que os alunos entrevistados, parte da minoria procedente da escola pública que consegue ingressar na universidade pública, sentem grande responsabilidade em concluir o curso para atender as expectativas das famílias, uma vez que, em geral, são os primeiros membros da família a chegar ao ensino superior. Como o relato a seguir exemplifica:

Sou o primeiro e único da família que conseguiu chegar a uma faculdade e tenho como dever terminar.

Mesmo conscientes da doença, das dificuldades sociais e dos impedimentos financeiros a que estão sujeitos, reconhecem que a USP oferece apoios para que alunos como eles, com dificuldades socioeconômicas, consigam se manter na universidade:

A USP oferece oportunidades que eu não encontraria em nenhum outro lugar e tenho que dar muito valor a isso.

Eu tenho incentivos para concluir o meu curso, eu tenho incentivos para estudar, eu tenho incentivo para o futuro.

Na Universidade de São Paulo, em 2006 foi criado o INCLUSP – Programa de Inclusão Social da USP, com a finalidade de aumentar os índices de aprovação dos estudantes procedentes da escola pública no vestibular, por meio de estratégias de superação de barreiras educacionais e diminuir os índices de evasão de alunos procedentes da escola pública após o ingresso na Universidade.

Como importante parte do INCLUSP, voltado especialmente para estudantes das escolas públicas de ensino médio, foi criado o Programa

Embaixadores da USP, ação pioneira que consiste em que estudantes da USP, procedentes de escolas públicas, voltem às suas escolas para incentivar e demonstrar, por meio de eventos e relatos de experiências, que há possibilidades reais para esses estudantes prosseguirem seus estudos na universidade pública. A partir de 2010, docentes da USP também trabalham como Embaixadores da USP, levando aos professores e diretores de escolas públicas as informações sobre o INCLUSP (USP, 2011b).

Num passo mais adiante, para facilitar o ingresso na Universidade para esses estudantes, foi criado o PASUSP (Programa de Avaliação Seriada) que consiste em prova específica aplicada pela Fundação para o Vestibular - Fuvest, órgão ligado à Universidade de São Paulo, cujos pontos podem resultar em acréscimo de até 15% (a partir de 2012 para alunos do 2.º ano também) na nota do vestibular para alunos que cursaram todo o ensino médio em escola pública. Desde 2006 tem se constatado o aumento de ingressantes na USP procedentes de escolas públicas e em 2011, esse número chegou a 25% do total (USP, 2011c).

Com o grande salto qualitativo na política de inclusão social da USP, por meio do INCLUSP aumentando, conforme esperado, os números de ingresso de alunos provenientes da escola pública, foi necessário que a Pró-Reitoria de Graduação e a COSEAS se articulassem, numa ação pró-ativa, no sentido de acolher os futuros alunos com dificuldades socioeconômicas, procedentes da escola pública, a fim de diminuir os índices de evasão escolar. No sentido de atender a esses alunos, o Programa de Apoio à Permanência e Formação Estudantil – PAPFE, criado em 2005 pela COSEAS, foi assumido depois como integrante do INCLUSP pela Pró-Reitoria de Graduação, com verba destinada pela Reitoria, voltado para alunos de graduação.

O PAPFE consiste no oferecimento anual de apoios e bolsas em todos os *campi* da USP, bem como atendimento emergencial para calouros, que precisam ser atendidos imediatamente ao chegar à universidade, e dá continuidade às ações do INCLUSP, privilegiando alunos com situações

socioeconômicas desfavoráveis que dificultam a permanência na Universidade.

Sendo assim, após ser aprovado no vestibular da USP, qualquer aluno que julgue não ter condições socioeconômicas para permanecer no curso de graduação, no qual ingressou, pode se inscrever no PAPFE para receber os apoios disponibilizados: apoio moradia-vaga (nas moradias gratuitas da universidade), apoio-alimentação (isenção de pagamento das refeições nos restaurantes administrados pela COSEAS), apoio moradia-auxílio financeiro, apoio-transporte e apoio livros. Como bolsas, são disponibilizadas pelas Pró-Reitorias de Cultura e Extensão Universitária e de Graduação a Bolsa Aprender com Cultura e Extensão e Bolsa Ensinar com Pesquisa. Órgãos intra e extra USP também oferecem bolsas que privilegiem alunos com condições socioeconômicas insuficientes para permanecerem na universidade, por meio do PAPFE, como por exemplo a Associação dos Engenheiros Politécnicos, Fundação da Faculdade de Medicina, Fundação para o Vestibular da USP e Banco Santander. O critério para a classificação socioeconômica para o atendimento dos alunos é único e estabelecido em conjunto por todos os Serviços Sociais dos campi, respeitando-se as características e perfil socioeconômico de cada campus e considerando condições de procedência, moradia, situações familiares, renda e escolaridade para compor o total de pontos atingidos por cada aluno para avaliação.

O Programa aceita a inscrição de qualquer aluno (até mesmo procedente de escola particular) de uma primeira graduação para obter apoios e benefícios, pois considera que as condições de vida das pessoas podem mudar de acordo com fatos imprevistos, como desemprego, doença ou morte do principal mantenedor da família, dívidas acumuladas e outros, porém, aqueles advindos do ensino público recebem maior pontuação no critério de escolaridade, elevando assim as chances de ser atendido pelo PAPFE (USP, 2005).

Todos os alunos que participaram desta pesquisa foram ou são atendidos por bolsas e apoios do PAPFE, são procedentes da escola pública

e demonstraram reconhecer a conclusão do curso na USP como uma possibilidade de melhorar suas condições de vida, buscando ascensão social para transformar não só a sua realidade como a de suas famílias:

É a possibilidade de mudar minha vida.

É muito importante, é uma conquista, é a possibilidade de eu ter um mundo melhor, ter um emprego melhor, ter casa, carro (...)

Era a oportunidade para melhorar a minha vida e a do meu filho [o aluno foi jubilado e não concluiu o curso].

Considerando que esta pesquisa está ancorada no marco teórico-filosófico do materialismo histórico e dialético, a classe social, enquanto uma das categorias conceituais, é a que permite melhor compreensão das desigualdades sociais a que os sujeitos desta pesquisa estão submetidos (Egry, 1996).

Fonseca defende que a posição do indivíduo no processo de produção (trabalho) da sociedade é que determina o seu padrão de reprodução social no que se refere a acesso a bens, alimentação, habitação, escolaridade e serviços assistenciais de saúde (Fonseca, 2005). É por meio do trabalho que se constitui a classe social, “oriunda da divisão da sociedade em grupos, de acordo com a inserção no sistema produtivo” (Egry, 1996, p.58) e é a classe social a categoria capaz de demonstrar as diferenças na sociedade, pois para cada classe social, são diferentes os níveis de consumo e as possibilidades de acesso à riqueza produzida, por meio de seus rendimentos.

Além da divisão das classes sociais na nossa sociedade, outras divisões como raça/etnia e gênero são importantes para se compreender a sociedade contemporânea, “por expressarem uma condição de desigualdade no espaço social, que também determinam o ‘lugar social’ de cada um” (Fonseca, 2004, p.10), advinda de aspectos físicos e biológicos.

Nesse sentido, sobre as possibilidades de ascensão social no mundo contemporâneo capitalista, Marilena Chauí, em artigo intitulado “De Alianças, Atrasos e Intelectuais” afirma que no Brasil,

o desemprego tornou-se estrutural, deixando de ser acidental ou expressão de uma crise conjuntural" porque o capitalismo contemporâneo opera por exclusão e não por inclusão no mercado de trabalho e de consumo e afirma ainda que "a ciência e a tecnologia tornaram-se forças produtivas, deixando de ser mero suporte do capital para se converterem em agentes de sua acumulação (Chauí, 1994, p.6).

Assim, o modo de inserção dos cientistas e técnicos na sociedade também mudou, tornando-se agentes econômicos que, detendo o monopólio dos conhecimentos e da informação passaram a ser força capitalista. Ao se tornarem agentes econômicos e monopólio de conhecimentos e da informação, os cientistas e técnicos são consequentemente os mais valorizados e consequentemente melhor remunerados financeiramente. Nesse contexto, o estudo e a formação acadêmica de nível superior passam a representar no Brasil atual uma das poucas chances de ascensão social.

Cônsicos deste panorama e vivenciando as próprias consequências das condições de pobreza a que estiveram expostos durante a vida, os sujeitos desta pesquisa projetam na conclusão do curso superior todas as expectativas de ascensão social.

4.2 PROBLEMATIZAÇÃO DA DOENÇA ANTES DO ACOMPANHAMENTO PELO PROJETO

Nesta categoria foram vislumbrados cinco temas, demonstrando diferentes formas de consciência sobre a doença: a minimização do uso excessivo de drogas; o uso excessivo de drogas como diversão, o uso excessivo de drogas como uma fase ou instrumento de socialização, o uso excessivo de drogas como um defeito de caráter e o reconhecimento da doença antes de chegar ao Projeto.

A minimização do uso excessivo de drogas ficou demonstrada nos relatos de dois dos sujeitos entrevistados, o que pode ser explicado pelo fato de que a sociedade incentiva o consumo do álcool com campanhas publicitárias que omitem as consequências negativas do consumo excessivo, podendo gerar conceitos e ideias errôneas naqueles que o consomem, o que, de certa forma, para algumas pessoas, pode retardar a conscientização acerca do problema (Heckman, Silveira, 2009). Os depoimentos de dois dos sujeitos desta pesquisa assim confirmam:

Como eu bebia só final de semana, para me embriagar, na vida noturna, e depois ia trabalhar com aquela sensação de embriaguez e da ressaca, eu achava que tinha um probleminha, sim, porque chegava no sábado, eu queria beber de qualquer maneira, então eu desconfiava que poderia ter um probleminha (...).

Eu não me via como doente, eu achava que o meu problema com álcool e drogas era um excesso, era um exagero.

Essas são posturas que dificultam o reconhecimento precoce da dependência, pois, ao se notar problemas frequentes decorrentes do uso problemático do álcool nas esferas sociais em que o indivíduo vive, como família e trabalho, especialistas recomendam investigar o agravamento do quadro e possível dependência do álcool (Heckman, Silveira, 2009).

Um dos sujeitos entrevistados, no entanto, expressou ter alguma consciência da gravidade do uso excessivo de drogas antes de ser acompanhado pelo Projeto:

No meio daquele turbilhão, você sabe que tem que procurar ajuda, você tem um grau de consciência mínimo. Geralmente precisa acontecer alguma coisa, um acidente, um problema físico, um problema familiar grave, ou o fundo do poço total que você perde em todas as áreas, já não tem mais nada para negociar.

Para Heckman e Silveira, “a identificação precoce do alcoolismo é difícil, pois os prejuízos intelectuais, psicológicos e físicos não se mostram tão evidentes nos estágios iniciais”. (Heckman, Silveira, 2009, p.76). No relato a seguir, a conscientização da gravidade do problema somente aconteceu após os trinta anos de idade:

Só vim admitir ser um ‘bebum’ uns vinte anos depois de quando comecei.

O consumo excessivo de álcool como diversão foi verificado na fala de dois sujeitos quando se referiram ao período em que não eram ainda acompanhados pelo Projeto. Pode-se afirmar que o início do consumo de álcool, em geral, se dá em eventos sociais, com a finalidade de relaxamento, diminuição de estresse e de ansiedade. No entanto, relatório do NIAAA – National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism aponta para o fato de que 5 a 7% das pessoas que fazem uso esporádico de álcool, ou seja, em ocasiões especiais, podem ter futuros problemas. No Brasil, dos 52% dos brasileiros que bebem, 12% relatam já ter sofrido problemas associados. Dentre esses, 3% fizeram uso nocivo e 9% se tornaram dependentes de álcool (Andrade, Oliveira, 2009).

Como Andrade e Oliveira (2009) afirmam, a inexistência de um consenso sobre o padrão de consumo moderado do álcool pode gerar informações equivocadas que contribuem para o agravamento do comportamento de beber de risco gerando consequências negativas para a saúde a médio e a longo prazo, sendo uma delas a dependência.

Atualmente, como já citado anteriormente, o consumo de álcool é incentivado pela mídia e é tratado como ferramenta positiva para a socialização e relaxamento. A mensagem que as propagandas passam é a de que as pessoas que consomem álcool são sempre bonitas, alegres e estão sempre associadas a festas, amigos, fins de semana e férias em ambientes com música, jogos de futebol e praia. Nas propagandas, o álcool representa aspectos positivos como riqueza, prestígio e sucesso, reforçando dessa maneira “atitudes pró-álcool e de consumo ou intenção de consumo.

A propaganda de bebidas alcoólicas pode incrementar o consumo entre os que já consomem álcool, encorajando-os a beber maiores quantidades ou a aumentar as oportunidades de consumo, ou pode desencorajar os consumidores a diminuir ou parar de usar o álcool” (Edwards, 1998, p. 184).

O relato abaixo, de uma aluna entrevistada, demonstra como a propaganda atinge seu objetivo ao relacionar a diversão ao álcool:

Achava que bebia por diversão e não por dependência física.

No entanto, a discussão a seguir remete a outras questões não menos importantes. Pesquisas científicas indicam que a prevalência do alcoolismo entre as mulheres gira em torno de 5,7%, taxa significativamente menor que entre os homens (Grinfeld, 2009), gerando repercussões negativas sobre a vida, tornando-se inclusive vítimas de preconceito na esfera pública e na privada. Quanto ao alcoolismo na gravidez, Grinfeld o associa, entre outras coisas, à falta de condições socioeconômicas e ao uso de outras drogas. Para Edwards, Marshall & Cook (1999), mulheres alcoolistas formam um grupo heterogêneo e a ingestão do álcool é também influenciada por idade, situação conjugal, situação de empregabilidade, etnicidade, predisposição genética e condições ambientais. Para os pesquisadores, “mulheres mais jovens apresentam índices mais elevados de beber pesado” (p.134) e também “parecem ser mais influenciadas pelos hábitos de ingestão de seus parceiros” (p. 135). Para os mesmos pesquisadores, “é mais provável que os filhos sejam colocados sob cuidados de outras pessoas, especialmente se a mulher é mãe solteira ou seu parceiro também é um bebedor pesado” (p.137).

“Nas fases iniciais, a dependência alcoólica feminina é comumente negada (...)” (Grinfeld, 2009, p.181), como bem demonstra o relato acima. Já o consumo excessivo de álcool durante a gravidez, ainda de acordo com Grinfeld, pode ter como consequência a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), causando, muitas vezes, alterações físicas e mentais na criança. No entanto, se a mãe conseguir se manter abstinente durante a gravidez, a doença é prevenível (Grinfeld, 2009).

Nesse caso especificamente, o alcoolismo afetou gravemente uma gravidez não desejada, durante o período em que a aluna foi assistida pelo Projeto. O acompanhamento do Serviço Social foi intensificado durante a gravidez para que a aluna e o companheiro, também morador do CRUSP e alcoolista, permanecessem abstinentes. O atendimento era diário e foram obtidos recursos financeiros institucionais para enriquecer a qualidade da alimentação da gestante e para a compra do enxoval do bebê. Também foi realizada a interação do Serviço Social com o médico que a acompanhou durante a gravidez. Mesmo tendo o vínculo rompido, e apesar das situações de violência intrafamiliar, que a aluna relatou ter sofrido durante a infância, a família foi acionada e a nova situação promoveu a reaproximação com a mãe. A aluna também sofreu violência sexual na adolescência e discriminação na própria moradia estudantil. Mesmo com o acompanhamento intensificado, houve eventos de intoxicação aguda e vivenciou situações de violência também por parte do companheiro, geralmente aos fins de semana quando não havia o acompanhamento. A criança nasceu sem qualquer alteração física e até o momento (hoje está com quatro anos de idade), não há sinais de alterações mentais; está sob a guarda e os cuidados da avó materna, e a aluna, já formada no curso de Letras, voltou a residir com a família no ano de 2010.

Sob a ótica da Saúde Coletiva, os processos saúde-doença são fenômenos de expressões biológicas e sociais que estão diretamente relacionados aos processos de produção e reprodução social e assim, como raça, etnia, geração, o gênero consiste em importante categoria analítica que pode explicar condições de desigualdades a que as pessoas estão expostas. A categoria gênero diferencia o sexo biológico (características biológicas e fisiológicas) do social (posição que se ocupa em cada sociedade, a depender do sexo biológico) e traz à luz desigualdades e situações de violência que são historicamente naturalizadas e que ao mesmo tempo, submetem as mulheres a posições subalternas, em todas as esferas da vida, perpassando todas as classes sociais.

De acordo com a Teoria da Determinação do Processo Saúde-Doença, a situação social a que a aluna vivenciou, durante grande parte de sua vida, determinou uma qualidade de vida que lhe trouxe riscos e desgastes possíveis de serem superados com o controle da doença, com o pleno exercício de sua cidadania e com ela sendo sujeito de sua própria transformação. O acompanhamento do Projeto buscou uma estratégia de empoderamento em que foi estimulada mudança por meio da autopercepção e da recuperação da autoestima, a fim de retomar o controle de sua vida. Durante o tempo que permaneceu na moradia, boa parte esteve com o processo saúde-doença controlado, e acredita-se que o Projeto teve grande participação para que isso acontecesse.

O uso excessivo do álcool como instrumento de socialização no momento de chegada do aluno calouro à Universidade foi referido de forma contundente nos relatos.

No trabalho de Serviço Social é possível acompanhar anualmente a chegada dos novos alunos na USP. É um momento de comemoração pela vitória e, como tradição, os calouros são recebidos pelos veteranos com eventos esportivos, culturais e de lazer, todos tendo bebida alcoólica como principal ingrediente, além de drogas ilícitas. Não são raras as notícias na imprensa sobre morte ou acidentes ocorridos nessas ocasiões em consequência do consumo excessivo de álcool. Muitas festas acontecem dentro do espaço universitário e as bebidas, em especial, a cerveja, quando não são distribuídas gratuitamente (*festas open-bar*), têm o preço de venda simbólico.

Nesse contexto, os calouros que não têm ainda o grupo de amigos formado, precisam sentir-se aceitos e para isso utilizam álcool, pois apesar de ser uma droga depressora do sistema nervoso central, a depender da quantidade ingerida, tem como um dos efeitos imediatos a desinibição: “A bebida e as emoções associadas com o consumo social são uma fonte de prazer para muitas pessoas. Uma vez que o principal efeito farmacológico do etanol é o de atuar como calmante, ele também tem sido usado para alterar o humor” (Edwards, Marshall, Cook, 1999, p.64). Para Stempliuk (2004),

abster-se do uso do álcool aparenta ser uma difícil decisão para os universitários, pois vai contra as normas estabelecidas entre o grupo e implica em algum grau de exclusão social.

Assim, as palavras de um aluno entrevistado traduzem o que foi exposto:

Eu achava que era mesmo uma fase. Eu achava que era só no começo mesmo [da faculdade], aquela coisa de ser calouro, toda aquela cobrança de participar de festas com colegas, ser sociável (...). Eu achava que podia cessar com o tempo e que surgiriam outros valores que me fariam deixar de lado a bebida, que era mesmo uma fase momentânea.

Esse aluno, antes de chegar à Universidade, já havia passado por eventos agudos de intoxicação por álcool. Sendo assim, a participação nos eventos tradicionais dos calouros no ambiente universitário regados a bebidas podem ter agravado o consumo de álcool, vindo a cronificar-se como dependência no futuro.

O uso excessivo de drogas também apareceu como representando algo ligado a “defeito de caráter ou desvio social”. Um dos sujeitos entrevistados, ex-pastor da igreja anglicana, reproduziu o discurso jurídico-moral com o qual conviveu durante o exercício na igreja tempos atrás no que se referia a consumo de drogas ilícitas:

Teve um tempo que eu tinha uma perspectiva moralista a respeito da minha doença, eu achava que era um vício, um defeito de caráter e que tomando vergonha na cara conseguiria controlar as drogas na minha vida.

O modelo de “guerra às drogas” (ilícitas) adotado pelos Estados Unidos da América nas décadas de 1970 e 1980 serviu de embasamento para a elaboração da primeira lei no Brasil – Lei 6.368/76, em 1976, que trata do controle do uso e da venda de drogas no País (Espíndola, 2010). Esse modelo demonstra uma visão de mundo conservadora, de conotação moral, que responsabiliza exclusivamente o usuário pela produção, distribuição e consumo da droga, desprezando todo o processo de produção

e reprodução social em que ele está inserido e atribuindo ao sujeito a condição de “desviante” (Soares, 2007). A dependência vinculada a essa visão é definida como “mau comportamento” e não como doença (Acselrad, 2005).

Após análise da produção científica brasileira, em banco de dados eletrônicos, Soares afirma que “as políticas públicas de prevenção de drogas no Brasil, na década de 1990, estiveram marcadas pela presença de ensaios acerca das avaliações negativas dos programas de prevenção que seguiam os pressupostos e os métodos da guerra às drogas” (Soares, 2007, p.127).

Apenas um dos alunos entrevistados demonstrou que já admitia o uso excessivo de drogas como doença antes de chegar à USP e ao Projeto, tendo participado dos Alcoólatras Anônimos como alternativa para o seu enfrentamento:

Eu já fui internado antes, então, lá eu tive contato com os 12 Passos do A.A. [Alcoólicos Anônimos], sobre toda a problemática do álcool, eu tive contato com várias literaturas, por isso, antes de eu ser acompanhado pelo Projeto aqui, eu já sabia de muitas coisas a respeito, eu já tinha um bom conhecimento sobre o assunto, sobre o meu problema, isso é uma verdade na minha vida.

O grupo dos “Alcoólicos Anônimos” foi fundado em 1935, em Ohio, nos Estados Unidos da América, por dois alcoolistas, um investidor e um médico cirurgião, que idealizaram um programa de recuperação com princípios que ditavam que esta só aconteceria se o alcoolista evitasse sua primeira dose diária de álcool e se ele se propusesse a ajudar outros alcoolistas a manterem a sobriedade, utilizando o programa dos 12 Passos. Esse programa consiste em 12 orientações básicas para o alcoolista que se resumem em:

- Admitir que não tem capacidade de controlar o uso da droga, e que sua vida havia se tornado fora de controle.
- Acreditar em um poder maior que pode devolver a sanidade mental ao indivíduo, que deve entregar sua vida a Deus (como cada um O comprehende).

- Realizar uma auto-análise, verificando e admitindo todos os erros cometidos e tentando repará-los.
- Levar a mensagem do resultado do programa dos doze passos a outros dependentes (Focchi, Gigante, Mello, Romitti, 1999a, p.314).

Atualmente, em todo o mundo existem grupos de A.A. para divulgar o programa e receber novas pessoas para se juntarem aos grupos. No Brasil, muitas clínicas de recuperação ainda adotam como modelo de tratamento os 12 Passos e pelo fato desse aluno ser adepto desta convicção, o acompanhamento dele no Projeto foi dirigido pela manutenção da abstinência, vinculada ao atendimento terapêutico. Mesmo com relativa consciência de todos os problemas advindos da doença, passou por várias recaídas e se envolveu em várias situações de violência com a companheira.

4.3 A CHEGADA AO PROJETO

Nesta categoria são ressaltadas as formas como os alunos chegaram ao Projeto. Foi possível perceber que o trabalho do Serviço Social e da área de Segurança da COSEAS teve significativa atuação no encaminhamento. Foram relatados também incentivo de parceiros afetivos e por iniciativa própria.

No que tange ao Serviço do Social teve fundamental importância a necessidade surgida quando da implantação do Projeto em 2000 de qualificar as assistentes sociais para o trabalho específico na área.

Assim, a COSEAS passou a investir na capacitação das profissionais para que o atendimento aos alunos com uso problemático de álcool e outras drogas pudesse realmente transformar a realidade a ponto de retomarem o andamento normal da vida. Todas as profissionais do setor participaram de cursos de atualização em instituições conceituadas privadas e públicas e

foram instrumentalizadas para que um novo tipo de abordagem fosse realizado, em especial, para a detecção do problema. A seguir, há relatos de alunos sobre a adoção dessa nova forma de atendimento:

Eu soube [do Projeto] através da minha assistente social, ela me chamou porque viu meu baixo rendimento acadêmico e deduziu que estava acontecendo alguma coisa.

Ao procurar o Serviço Social, eu me senti aceito, eu estava só, eu não tinha a quem recorrer, o Estado, através da USP, não me abandonou e isso foi importante para mim.

Voltei aqui o ano passado, conversei com a Assistente Social novamente e por orientação dela, procurei o acompanhamento do Projeto.

Outra importante e decisiva ação para melhoria da qualidade do atendimento aos alunos foi a elaboração de um programa de requalificação voltado para todos os trabalhadores da COSEAS, com informações sobre alcoolismo e drogadição, medidas preventivas para o enfrentamento do uso do álcool e outras drogas e desenvolvimento de valores éticos e de cidadania. O Programa, financiado pelo Ministério da Saúde e denominado “Educar para a Saúde – Prevenção e controle do uso problemático de Álcool e Drogas na Vida e no Trabalho” (Fonseca, Mattos, 2005), teve a duração de dois anos, 2003 a 2005 e “seu conteúdo foi organizado de maneira a situar os participantes no mundo em que vivemos para compreender o processo saúde-doença como processo social” (Fonseca, 2005, p.7).

Os resultados foram imediatos e notórios. Após sua realização junto aos trabalhadores da área de segurança do CRUSP como recepcionistas de blocos, agentes comunitários e supervisores foi visível a mudança na forma de abordagem e de intervenção junto aos moradores, quando necessário, em especial para dirimir conflitos entre eles ou as consequências prejudiciais imediatas de excessos de uso.

Depois do Programa de requalificação, os trabalhadores passaram a ficar mais atentos às mudanças de comportamento e situações de desentendimentos que requeriam suas intervenções. Muitos agravos na condição de saúde mental de moradores foram evitados pela ação pró-ativa

desses trabalhadores. Quanto ao Projeto, graças aos relatórios sobre ocorrências de agressão e discussão encaminhados para a supervisão do Serviço Social, tivemos acesso a um dos sujeitos desta pesquisa com problemas de uso excessivo de álcool e outras drogas, constituindo-se em outra via de chegada ao Projeto:

Graças às desavenças com o companheiro quando bebíamos, pela quantidade de ocorrências no CRUSP que eram registradas pela segurança, conhecemos a supervisora do Projeto.

Registros recorrentes envolvendo um mesmo aluno tornaram-se instrumentos para que o Serviço Social buscasse a aproximação, a qualquer momento, com a finalidade de evitar o agravamento de um possível processo iniciado ou a iniciar-se.

Dois sujeitos entrevistados relataram ter chegado para atendimento no Projeto pelo incentivo de amigos e de namorada.

Através de um colega de uma ex-namorada. Ele também tinha problema com álcool e falou que na COSEAS tinha uma pessoa, no caso você, que trabalhava com alunos que tinham problemas relacionados a álcool. Foi ela [ex-namorada] que acabou me empurrando.

Cheguei ao Projeto por recomendações de amigos e informações do serviço que vocês prestam divulgadas nos informativos distribuídos nos blocos.

Dado que, em geral, os jovens minimizam as consequências do uso abusivo de álcool e drogas (Stempliuk, 2004), as falas desses alunos levam a supor que o comprometimento social deles por uso excessivo de álcool e outras drogas era bastante alto, chegando a despertar preocupações nos amigos pertencentes ao mesmo grupo social, também consumidor de álcool.

Outra forma de tomar conhecimento do Projeto foi a veiculação dos boletins no CRUSP. O Projeto é divulgado em todo o espaço da moradia estudantil, por meio de Boletim Informativo, conforme descrito anteriormente, elaborado por alunos bolsistas para que a comunicação seja compatível com o público-alvo. Afinal, é importante que qualquer programa de prevenção

seja adequado às características e motivações específicas de cada população (Andrade, Bassit, 1995). Voltado exclusivamente para estudantes universitários, o material de divulgação do Projeto aborda questões sociais que têm relação com drogas lícitas e ilícitas, promoção à saúde, qualidade de vida, violência e índices oficiais sobre uso de drogas, com caráter meramente informativo sem conotação repressiva, moralista ou alarmista.

Por iniciativa própria, a aproximação do Projeto foi feita quando o aluno acometido finalmente tomou consciência da gravidade da sua situação.

Passei dois meses trancado no meu apartamento que ainda não era no CRUSP, usando drogas, o desespero foi tão grande que eu disse para mim mesmo: ou procuro ajuda ou me mato, e aí eu pensei no Serviço Social, eu imaginava que ele poderia me ajudar, dar uma força (...).

Para os pesquisadores Marcos da Costa Leite e Antônio Carlos Justino Cabral, médicos psiquiatras do GREA (Grupo de Estudos de Álcool e Drogas) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, “a maioria das pessoas que consomem cocaína jamais procuram tratamento.” (Leite, Cabral, 1999, p.239). Tal evidência se justifica pelo fato de que algumas pessoas experimentam e abandonam o consumo em seguida, outras consomem de vez em quando e interrompem o consumo espontaneamente, porém, conforme os pesquisadores observam na prática “a tendência é dos pacientes com quadros mais severos de consumo, com suas consequentes complicações, procurarem tratamento” (Leite, Cabral, 1999, p.239).

Ao entender que naquele momento só a atuação profissional teria chance de ajudá-lo, por iniciativa própria, o aluno procurou a assistente social que já o atendia para apoios de permanência (alimentação), por sentir confiança e expectativa de ser ouvido e socorrido. Recebeu resposta imediata, sendo conduzido para cuidados médicos e posteriormente acompanhado.

A despeito da literatura científica apontar como características inerentes de usuários dependentes de cocaína, a baixa adesão e o abandono do tratamento (Leite, Cabral, 1999), a busca ativa, quando não comparecia aos horários agendados, fez com que o aluno se mantivesse inserido e fosse encaminhado para internação ou atendimento ambulatorial. Apesar das recaídas, manteve-se abstinente por um período de quase dois anos. O vínculo de confiança estabelecido entre o aluno e a assistente social foi fundamental para a qualidade do acompanhamento.

4.4 RECONHECIMENTO DO SERVIÇO PELOS USUÁRIOS

Os entrevistados demonstraram reconhecer a importância do serviço prestado pelo Projeto, sendo que três subtemas merecem maior atenção: o reconhecimento do Projeto como um recurso da USP, o Projeto como um mediador entre o usuário e a rede social rompida e o Projeto proporcionando segurança e proteção.

Quanto à visão do Projeto como um recurso da USP (e na USP), cabe ressaltar que no ano 2000, quando ele foi implantado, eram poucos os serviços disponibilizados para atendimento de usuários de álcool e outras drogas na USP, além de serem também pouco divulgados. O tempo de espera para um primeiro atendimento não emergencial demorava em média dois meses, tempo excessivamente longo e prejudicial para o usuário que procura a recuperação.

Com o passar do tempo, o Projeto demonstrou ter credibilidade ao atender alunos que o procuravam sem qualquer tempo de espera, encaminhando-os para tratamentos e internações intra e extra USP. Assim, começou a ser visto pelos moradores como mais um recurso disponível para o enfrentamento do problema, conforme os relatos abaixo:

Aqui dentro da Universidade, fui aprender que esse serviço é oferecido e é direito meu.

A partir de uma série de situações de perdas e infelicidades, eu pensei no Serviço Social aqui da Universidade.

Hoje, espera-se que o atendimento de alunos, funcionários e docentes da Universidade com problemas de uso excessivo de álcool e outras drogas apresente melhorias significativas com a implantação do Programa Você-USP, já descrito anteriormente. O programa está estruturado para que não haja tempo de espera longo para o atendimento.

Antes do ingresso na USP, o aluno, cujo relato se segue havia trabalhado em empresa privada e já apresentava sinais de uso excessivo de álcool. O próprio aluno relatou que, sua chefia, ao perceber o problema, o encaminhou para atendimento do Serviço Social que, após comprovada a necessidade, providenciou internação em reconhecida clínica de recuperação, onde também foi acompanhado por assistentes sociais. O aluno teve boas referências em relação ao Projeto e, ao chegar à USP e tomar conhecimento que havia esse tipo de atendimento, procurou o serviço:

Eu conheci trabalhos de prevenção de álcool e drogas através do serviço de assistente social. Eu sabia que para onde eu fosse, teria que ser acompanhado pelo Serviço de Assistência Social.

A rede social pode influenciar negativa ou positivamente o processo de recuperação. Em dois depoimentos pode-se constatar a importância da rede social a que pertenciam os alunos, para o processo de agravamento do problema:

Você passa a se envolver com outros alcoólatras, é uma maneira de se proteger primeiro da exclusão, do preconceito de outras pessoas não usuárias e depois é uma maneira também de garantir o traguinho, porque se eu não tenho, o outro tem, é um círculo de amizades, amigos da doença, é uma maneira de se proteger e manter o vício.

Outro elemento importante é o distanciamento da família causado pela droga, com evidentes perdas afetivas, na maior parte dos casos.

(...) é uma coisa que vai se perdendo [aproximação com a família] quando você acaba se entregando para uma bebida ou drogas.

Sendo assim, uma das ações que fazem parte do programa de acompanhamento do Projeto é o restabelecimento dos vínculos familiares quando estão rompidos e a construção de uma nova rede social, diferente da que o aluno tinha enquanto usuário de álcool e drogas, conforme retratado abaixo num depoimento de um dos entrevistados:

Vejo [o acompanhamento do Projeto] como uma mediação que te aproxima não só da família como dos contatos sociais que você tem e que vão apagando ao longo da adicção.

É essencial a construção de uma nova rede social, incluindo mudança de hábitos, estruturação de uma nova rotina de vida e um sistema de suporte, com a finalidade de que o jovem descubra novos prazeres que não sejam relacionados à droga. O usuário deve ser incentivado a buscar uma rede social de não usuários, o que certamente o ajudará a, senão interromper, pelo menos reduzir o uso da droga. Como suporte familiar, uma pessoa do círculo familiar que o usuário confie deve ser engajada no tratamento para que a mudança seja trabalhada também no âmbito familiar (Leite, Cabral, 1999).

Quanto ao Projeto, como espaço de acolhimento, segurança e bem-estar, a literatura científica sobre o relacionamento terapêutico com usuários de drogas atesta que o primeiro atendimento é fundamental para as mudanças que poderão ser conquistadas ao longo do tempo, uma vez que o relacionamento começa a ser construído nesse momento. Algumas habilidades são necessárias em qualquer terapia e algumas delas se referem à capacidade de demonstrar empatia, flexibilidade em relação às metas que o usuário deseja atingir para sua recuperação, atribuir valor, dar esperança e até mesmo o uso da voz e os gestos podem contribuir positivamente ou negativamente para o sucesso do tratamento (Edwards,

Marshall, Cook, 1999). As palavras ditas por um dos entrevistados assim retratam o atendimento que receberam no Projeto:

Eu acho que fez toda a diferença esse atendimento, porque a gente está tão frágil, tão fragilizado, que o atendimento feito de forma sensível faz toda a diferença. Se não tem um atendimento muito diferenciado, eu pelo menos, não tenho vontade de voltar. Naquele dia, eu fui tão bem atendido, que voltei para casa e fiquei sem usar.

Ainda com referência ao primeiro atendimento, também os pesquisadores Focchi, Gigante, Leite e Cabral (1999b) ressaltam que o usuário muitas vezes observa a linguagem, as expressões faciais, o tom de voz e a escolha das palavras. No primeiro contato, o objetivo deve ser “construir, junto com o paciente, o retrato atual da sua situação em relação ao uso de drogas e os aspectos relacionados” (Focchi, Gigante, Leite, Cabral, 1999b, p.227).

Os acompanhamentos no Projeto têm permitido perceber que se o aluno não tiver oportunidade de expressar seus objetivos, temores e dúvidas, quanto ao processo de recuperação, o trabalho de apoio ao tratamento terá pouca chance de sucesso. Tais estratégias têm sido incluídas no tratamento visando ao melhor relacionamento possível com os alunos. Muitas vezes, eles são encaminhados para avaliação médica do seu estado geral de saúde e quando há sinais de algum tipo de desconforto mental, também uma avaliação psiquiátrica é solicitada, porém nem sempre aceitam tal intervenção. É preciso quebrar resistências para ter sucesso.

A ex-aluna, cujo relato segue abaixo, passou por vários quadros depressivos e só conseguiu interromper o uso excessivo de álcool, mesmo que por breves períodos, com auxílio de medicamentos, depois de ser encaminhada para acompanhamento por médico psiquiatra, passando, assim, a reconhecer a importância desse tipo de atendimento. Consciente de sua melhora, demonstrou segurança pelo acompanhamento do Projeto:

Senti conforto, segurança e o descobrimento de que tinha uma doença incurável e de terminação fatal sem acompanhamento médico.

Por outro lado, um dos alunos entrevistados sempre compareceu ao acompanhamento do Projeto, porém, só acreditava que conseguiria parar de consumir drogas excessivamente por vontade própria. Demonstrava muita resistência ao tratamento e negou-se até mesmo a recorrer a uma única consulta com um médico, mesmo que não fosse psiquiatra, para avaliação de seu estado de saúde físico e mental. Tal intervenção sempre se pautava na premissa de que o alcoolismo é uma doença crônica das esferas biopsíquica num dado contexto social e que, portanto, requer acompanhamento multiprofissional. No caso desse aluno, porém essa argumentação não foi suficiente para convencê-lo da importância da avaliação médica. Ele sempre compareceu ao atendimento pelo Projeto, mas preferiu conviver com crises agudas de intoxicação de álcool e breves intervalos de abstinência. O fato é que a doença nunca foi controlada.

Quando eu era acompanhado eu gostava. Sentia-me bem em vir aqui, mas hoje eu sei como eu não levava a sério, apesar de acreditar que levava. Eu não fazia por mal, só acho que não era consciente. Infelizmente não levei a sério o primeiro atendimento com o médico psiquiatra. Na segunda seção eu já abri o jogo que não ia continuar, porque eu teria que tomar medicação e eu não estava a fim, aí larguei o tratamento e acho que fiz bobagem.

Para Edwards, Marshall e Cook (1999), qualquer profissional que atua na área de alcoolismo deve estar ciente de que pode haver desconfortos mentais que tenham como consequência o alcoolismo, ou vice-versa. “Os indivíduos que buscam tratamento para um transtorno de álcool terão índices mais altos de transtorno mental co-mórbido do que aqueles com um problema de álcool que não buscam tratamento” (Edwards, Marshall, Cook, 1999, p. 79). No entanto, não apenas um médico psiquiatra pode tratar o alcoolista. Em alguns casos, o psiquiatra tem uma função a desempenhar, mas é sabido que vários tipos de tratamento incluindo diferentes formas de psicoterapia ou uso de medicamentos, quando necessário, podem contribuir para a recuperação do alcoolista (Edwards, Marshall, Cook, 1999).

No caso do aluno em tela, porém, a falta de atendimento especificamente médico para o problema pode ter contribuído para o fato de ele não ter conseguido controlar a doença.

4.5 DEPENDÊNCIA E RECAÍDA

Nesta categoria empírica, desvelaram-se significados imprescindíveis para a compreensão da doença pelos sujeitos da pesquisa. Foram ressaltados dois temas que marcaram a categoria: a dependência e a recaída.

Os termos dependência e drogadicção, de acordo com a literatura científica, refletem basicamente o mesmo sentido, sendo que a palavra drogadicção vem sendo mais utilizada recentemente (Lambert, 2001). A dependência de drogas é definida por Lapate como “o impulso que leva a pessoa a usar uma droga de forma contínua (sempre) ou periódica (frequentemente) para obter prazer (...). O dependente caracteriza-se por não conseguir controlar o consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva” (Lapate, 2001, p.28). A palavra *adicção* tem origem no latim *addictu* e significa escravo, submisso, portanto a palavra *drogadicção* tem o sentido de submissão às drogas. Na língua portuguesa não existe o termo *adicção* (Lapate, 2001). Essa última definição é a que melhor retrata o sentimento expresso de falta de liberdade no relato a seguir:

Eu já estava cansado do álcool e cansado de outras drogas. Eu queria uma coisa diferente, eu queria uma qualidade de vida, eu queria viver livre e com as drogas eu não era livre, com as drogas eu era um escravo, eu era um servo das drogas, não era eu que usava, eu que era usado.

Lambert (2001, p.22) define *adicção* como “um padrão de comportamento de abuso de drogas caracterizado pelo intenso envolvimento com o seu uso (uso compulsivo) e a garantia de seu suprimento, além da

alta tendência à recidiva após a interrupção". Nesse estágio da doença, o usuário não mais domina sua vontade e não mais sente os prazeres dos primeiros usos, o que o faz aumentar as doses ou experimentar outros tipos de drogas que lhe devolvam o bem-estar.

Já a *dependência* da droga faz com que, devido ao consumo compulsivo, o usuário fique incapacitado de cumprir compromissos sociais, profissionais, acadêmicos e familiares. Ele literalmente troca suas tarefas diárias pelo uso da droga e não considera situações que o coloquem em perigo ou lhe tragam problemas legais para o consumo, conforme os relatos demonstram:

Eu só comecei a entender o problema quando comecei a dormir na rua, a descuidar da aparência, quando o meu rendimento na faculdade caiu muito e aquela questão também do amor-próprio, a autoestima em baixa, o preconceito, porque você não percebe, mas as pessoas se afastam de você, você exala cheiro de álcool, você vem cambaleando, você fica sujo, dorme na rua (...).

Minha primeira necessidade era cobrir minha fissura, levantar e ter que usar ou ter que usar o dia inteiro, ou a noite ou de madrugada, essa era minha primeira necessidade.

Ser dependente é como se fosse você estar gostando de uma pessoa, então a pessoa não come, a pessoa não dorme e tem a ideia fixa na droga.

A Síndrome da Dependência pode ser caracterizada por um conjunto de fenômenos orgânicos, comportamentais e cognitivos no momento em que uma ou mais drogas passam a ser prioritárias na vida de uma pessoa, (Brasil, 2002).

O diagnóstico pode ser estabelecido quando estiverem presentes ao menos três dos seis sintomas a seguir: forte desejo ou compulsão para consumir a substância; dificuldade de controlar o consumo no início, no término ou as quantidades consumidas; sintomas de abstinência quando o consumo é reduzido ou interrompido; aumento progressivo da tolerância, requerendo doses cada vez maiores da droga para alcançar seus efeitos originais; abandono progressivo dos interesses e das atividades de lazer,

aumentando a quantidade de tempo necessário para obter, tomar e/ou recuperar-se dos efeitos da droga e persistência no uso da substância, apesar das evidências nocivas (Brasil, 2002, p. 256). “Tolerância e abstinência são os sintomas fisiológicos mais importantes incluídos no diagnóstico da Síndrome da Dependência” (Leite, 1999, p. 25).

Em se tratando da cocaína, “é uma substância com meia-vida curta, o indivíduo dependente costuma necessitar de administrações frequentes da droga para manter o efeito, podendo gastar grandes montantes de dinheiro em um curto período” (Leite, 1999, p.36). Sendo assim, os usuários podem se tornar dependentes já no início do consumo.

A recaída é definida por Mello, Andrade, Romitti e Leite (1999, p.256) como “um processo de retorno ao uso de drogas por uma pessoa que permaneceu abstinente por um período de tempo, tendo realizado nesse período sérias tentativas de mudança comportamental no sentido de sua recuperação.”

Para que aconteça uma recaída, ou seja, a volta ao comportamento que tinha quando estava na fase da dependência, o usuário deve necessariamente já ter iniciado mudança dos hábitos do período em que usava droga, caso contrário, o fato deve ser entendido apenas como um lapso. A recaída é um processo que pode ser previsto, pois o retorno ao consumo de drogas é antecedido por comportamentos e atitudes indicativos (Mello, Andrade, Romitti, Leite, 1999).

Trabalhar a recaída e extrair dela informações importantes para o tratamento fazem parte de qualquer processo de recuperação, por isso ela deve ser considerada um fato sério pelo usuário e pelo profissional que o acompanha. Para a prevenção de recaídas é importante que juntos, profissional e usuário, consigam identificar possíveis situações de risco de consumo e pré-estabelecerem alternativas para evitá-las. No caso de acontecer, o profissional deve buscar pontos no acompanhamento que merecem ser fortalecidos ou revisados (Mello, Andrade, Romitti, Leite, 1999). O relacionamento entre ambos deve estar pautado em alto grau de confiança para que se fale sobre ela e para que o usuário sinta-se fortalecido

para pedir ajuda (Edwards, Marshall, Cook, 1999), como relatado a seguir por um dos entrevistados:

Eu tinha plena certeza que se abrisse o jogo, tivesse uma recaída e chegasse e falasse, iria ter todo o acompanhamento, iria ser encaminhado ao Hospital, então, com respeito a isso, me senti protegido.

Os sentimentos do usuário após uma recaída são de desapontamento com ele próprio, fracasso, culpa, baixa autoestima, frustração, arrependimento, rejeição e diversos outros sentimentos negativos:

Quando você recai, a ressaca moral é violenta, existe a ressaca física que passa no dia seguinte, na verdade acaba se acostumando com a ressaca, então, ela não te aflige tanto, mas aquela sensação de vazio, de impotência, você dá um tiro na cabeça e morre logo, é o que vem, e se aparece oportunidade, acontece.

Se não for bem trabalhada pelo profissional, pode haver abandono do tratamento. A recaída não pode ser tratada como não adesão ao tratamento e o interesse do profissional pelo evento pode deixar o usuário seguro, disposto para a reflexão de todo o processo e revisão do processo de tratamento (Mello, Andrade, Romitti, Leite, 1999).

O caso específico de um dos entrevistados que tinha um filho, traz à baila outro problema: a relação dele com o filho em caso de recaída. Para um pai alcoolista, a recaída pode acarretar sérios prejuízos para o bem-estar da criança, além de em alguns casos colocar em risco a sua própria integridade física. O fato desse pai conseguir se manter abstinente e sem provocar eventos desagradáveis ou violentos com certeza transformará a vida da criança (Edwards, Marshall, Cook, 1999). Conforme o aluno relatou, ele tinha consciência do quanto os episódios de recaída eram prejudiciais para o filho.

Para meu filho, é um péssimo exemplo, porque nas minhas recaídas eu vi que estava sendo prejudicial. É um exemplo negativo que de certa forma ajuda.

Esse aluno justificou sua opção por sair da casa onde residia com a mãe e o filho em vista das recaídas, acreditando que com sua ausência o filho ficaria protegido dos eventos estressantes, desequilíbrios e violências.

Ocorre que com essa justificativa, ao mesmo tempo em que alega proteger o filho, praticamente exime-se como usuário de droga da responsabilidade por ele, deixando-o integralmente aos cuidados da avó e sem questionar essa transferência de responsabilidade.

Quanto ao tempo de duração e forma de uma recaída, tanto pode ser de um ou dois dias como pode ser de meses, pode acontecer repentinamente ou lentamente, de acordo com o desenrolar das condições que despertaram o processo (Edwards, Marshall e Cook, 1999).

4.6 O FUTURO COM A DOENÇA

Todo processo de recuperação de uso problemático de qualquer droga, seja ela lícita ou ilícita, exige do usuário conscientização, dedicação, envolvimento e disposição para mudança de hábitos na família e no ambiente social (Edwards, Marshall, Cook, 1999). Heckmann e Silveira (2009, p. 79) defendem que “a dependência alcoólica envolve intervenções em vários níveis, já que a doença é bastante complexa, seja na etiologia ou nas implicações sociais, profissionais e familiares.”

Os planos para o futuro na vida de dependentes de álcool e outras drogas devem considerar a cronicidade da doença e devem ser traçados de forma que ele mantenha-se abstinente, ou que, caso deseje e seja possível, diminua o uso para que não seja tão prejudicial em sua vida.

Nesta categoria empírica estão destacados três temas que permearam os depoimentos quanto às perspectivas para o futuro na visão dos usuários. São eles a tomada de consciência do problema, a adesão ao tratamento e a resistência à abstinência.

Em relação à tomada de consciência do problema, sabe-se que para que os tratamentos para dependências de drogas respondam com alguma efetividade, eles devem ir além da desintoxicação, que consiste em interrupção do uso por um período para a limpeza do organismo, para envolver os aspectos biológicos, psicológicos, intervindo dessa maneira na relação do indivíduo com a droga, no seu próprio contexto social.

Nesse sentido, a primeira fase de intervenção preconizada no Projeto tem a finalidade de ajudar o aluno a tomar consciência da gravidade da sua relação problemática com drogas. Para isso, é fundamental fazer com ele uma análise, um balanço de situações negativas, desagradáveis e perdas provocadas pelo uso excessivo de drogas. Enquanto não há esta tomada de consciência o tratamento necessário não apresenta os resultados desejados. Nessa fase inicial, cabe ao profissional estabelecer com o usuário uma relação em que seja incentivado o desejo de mudança e que o usuário seja responsável pelo seu próprio destino (Cruz, 2005).

“Quando os pacientes iniciam o atendimento psicoterápico, em geral, durante muitas sessões falam principalmente de seus problemas com as drogas. Pouco a pouco, com o contato com o terapeuta, vão surgindo outras questões e tornando-se mais claro de que forma a droga tem sido usada para cumprir determinadas funções inconscientes” (Cruz, 2005, p.283).

Os depoimentos a seguir demonstram o processo de tomada de consciência por parte de um dos alunos:

Hoje eu sinto que estou mais acessível à necessidade de fazer tratamento, estou mais consciente da gravidade. Hoje meu organismo me obriga a reconhecer que sou alcoólatra.

De acordo com a nossa experiência, não há prazo estabelecido para que o processo de conscientização aconteça. Esse prazo está diretamente relacionado com a situação de dependência do usuário, ou seja, quanto mais dependente, menor será o tempo necessário para que ele admita a necessidade de mudança.

Quanto à adesão ao tratamento, sabe-se também que os tratamentos ambulatoriais são mais eficientes quando os usuários admitem as consequências negativas do uso de drogas e se engajam ao tratamento dispostos a seguir todas as recomendações dos profissionais para atingirem seus objetivos (Leite, Cabral, 1999). Isto é revelado na fala de um dos entrevistados:

Consegui progressos, deixei de fumar, eu fumei 35 anos, eu bebia duas garrafas de aguardente por dia e hoje, quando eu recaio, não bebo mais que três ou quatro doses, é um progresso. Tomo a medicação, obedeço ao médico e procuro seguir o conselho de gente especializada, principalmente que me auxilia, me assiste, me dá força, no caso, o Projeto.

Esse aluno, alcoolista, vinculou-se ao Projeto depois de ser abordado pela Assistente Social sobre o baixo rendimento acadêmico, quando expôs as dificuldades que estava encontrando em virtude do consumo excessivo de álcool. Já durante os primeiros atendimentos, mostrou-se receptivo ao apoio oferecido. A adesão foi imediata e completa, aceitando as propostas de tratamento multidisciplinar, participando de terapias de grupo com psicólogo, comparecendo às consultas médicas, conforme encaminhamentos e aos atendimentos no Projeto.

Ainda enfrenta recaídas de curtos períodos e até mesmo os colegas de apartamento participam do processo de recuperação, nos avisando quando percebem mudança de comportamento ou de rotina que podem indicar o início de processos de recaídas. Durante todo o acompanhamento, a motivação para se manter abstêmio é estimulada e os progressos são ressaltados. Para Edwards, Marshall e Cook (1999, p. 223), “o processo só funciona se o terapeuta cumprir o que foi combinado. É útil para o paciente sentir que seu progresso está sendo monitorado (...)”.

A resistência à abstinência foi outro tema surgido em relação ao futuro com a doença.

Heckman e Silveira (2009) atentam para o fato de que, apesar de nos últimos tempos, estar sendo bastante utilizada a terapia comportamental

com seus princípios que não pregam exclusivamente a abstinência total, existem ainda experiências que fazem com que muitos especialistas não acreditem que esse tipo de terapia seja eficaz para reduzir o beber excessivo para o beber social de forma controlada.

No caso de um dos entrevistados, fica clara a resistência do aluno, alcoolista, à abstinência:

O que eu questiono nessa luta não é beber ou deixar de beber, é saber beber, mas por enquanto é uma luta inglória.(grifo da pesquisadora).

Para Edwards, Marshall e Cook (1999), a probabilidade de uma pessoa que já apresenta dependência de álcool passar a beber de forma controlada não é alta, porém não é verdadeira a afirmação de que uma pessoa que já teve problemas com bebida nunca mais poderá beber sem ter problemas. O que deve ser considerado é o planejamento do tratamento em “termos de respostas flexíveis a necessidades múltiplas” (Edwards, Marshall, Cook, 1999, p. 265).

Ainda para os autores, uma de suas ideias para um tratamento básico é que se trata de “uma aliança com os processos de recuperação. É uma questão de descobrir e não de impor possibilidades de mudança, uma questão de ensinar as pessoas a interpretar mapas, em vez de empurrá-las para o caminho que escolhemos” (Edwards, Marshall, Cook, 1999, p. 236).

Comparando-se a fala anterior às afirmações dos pesquisadores, o que os alunos desejam é o “saber beber”. De acordo com a literatura científica, não há um padrão estabelecido para a normalidade, pois implica em quantidade e frequência. Para Edwards, Marshall e Cook (1999), trata-se do “beber controlado” e, a depender do grau de dependência, essa meta dificilmente é alcançada. Em alguns casos “é razoável aceitar e apoiar o desejo do paciente de melhorar seu padrão de beber ao invés de se abster e isso em geral é válido no caso do paciente que passou a beber demais muito recente intermitentemente e não manifesta sintomas significativos de dependência” (Edwards, Marshall, Cook, 199, p.266).

Por outro lado, como alternativa de tratamento para consumo excessivo de drogas, a Redução de Danos (RD) atualmente é utilizada para tratamentos de qualquer forma de consumo, de qualquer substância. Suas estratégias visam a diminuir as consequências negativas do uso de drogas e são dirigidas a pessoas que não conseguem ou não querem parar de consumir drogas. Originada na Europa, chegou ao Brasil na década de 80, com o surgimento da AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e tem como ações básicas a troca de seringas para usuários de drogas injetáveis, o fornecimento de preservativos e o trabalho de agentes comunitários de saúde atuando nas ruas e nos locais onde os usuários se reúnem.

A RD parte de uma visão realista de que pessoas das mais diversas sociedades vão continuar fazendo uso de drogas psicoativas e, algumas delas, de forma prejudicial para si mesmas e suas redes sociais. Estudos científicos mostram que programas de RD podem levar a mudanças de comportamento que implicam na diminuição do consumo de drogas (Brasil, 2002). Para a RD, “somente respeitando-se a condição daqueles que não conseguem ou não querem parar de usar drogas, pode-se colocá-los como alvo dos cuidados e da atenção à saúde” (Brasil, 2002. p.198).

O relato anterior demonstra resistência do aluno em interromper o consumo excessivo de álcool e nunca omitiu a vontade de um dia conseguir consumi-lo de forma não prejudicial. Ocorre que muitos programas de atendimento para alcoolistas ainda têm como prerrogativa para o tratamento a condição de abstinência total, ou pelo menos a vontade expressa do usuário de deixar de beber, o que, de certa forma, não é um incentivo para pessoas como esse aluno. O Projeto, ciente da meta do aluno, não impôs a abstinência a fim de mantê-lo vinculado e assim, gradativamente, sensibilizá-lo a interromper o uso mesmo que fosse temporariamente, o que realmente aconteceu por alguns breves períodos.

4.7 NECESSIDADES ATENDIDAS PELO PROJETO

Considerando que as necessidades em saúde são socialmente produzidas, de acordo com a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, devem ser analisadas no contexto da dinâmica da estrutura social e nas três dimensões da realidade objetiva, a singular (dos sujeitos), a particular (dos grupos sociais) e a estrutural (da estrutura mais ampla da sociedade). Ao falarem sobre as necessidades atendidas pelo Projeto, nenhum sujeito as relacionou com a estrutura social, nem com a dimensão particular, dos demais alunos moradores ou dos demais usuários de drogas, mantendo o olhar apenas na sua própria situação, ou seja, na dimensão singular.

Conforme mencionado antes, os sujeitos desta pesquisa estão submetidos ao uso excessivo de drogas e enfrentam vulnerabilidades e desgastes inerentes a suas posições na estrutura social que agravam o processo saúde-doença. Todos pertencem a classes sociais subalternas, com desfavoráveis condições socioeconômicas determinadas por suas formas de inserção nos processos de produção e reprodução social, têm acesso limitado a serviços de saúde fora da Universidade e, dada sua situação de alunos de terceiro grau, estão conscientes de seus direitos em relação aos serviços sociais ou de saúde disponibilizados pelo Estado, por meio da Universidade. Um dos sujeitos comprehende que a Instituição cumpre seu papel, que o projeto faz a sua parte e se responsabiliza pelo seu futuro:

Tudo depende de mim agora, porque a Universidade faz a parte dela, o Projeto tem feito sua parte dentro dos limites. O Projeto funciona e isso é uma coisa consciente.

Na dimensão singular, as necessidades relacionadas como atendidas pelo Projeto referiram-se a alimentação, acolhimento e atendimento médico.

Quanto à alimentação, três alunos relataram que durante o acompanhamento pelo Projeto, se sentiram atendidos pela Instituição quanto

à alimentação. Conforme já exposto anteriormente, esses alunos possuem dificuldades financeiras que muitas vezes não lhe permitem adquirir sequer a alimentação básica. Dessa forma, como outros alunos em situação socioeconômica desfavorável, são atendidos com apoios que lhe garantem as mínimas condições de permanência na Universidade, como alimentação e moradia.

Quando o aluno inicia o acompanhamento no Projeto, se já não recebe a bolsa-alimentação, enquanto aluno da Universidade, tem a situação avaliada e, caso a falta de condições de prover sua própria alimentação seja verificada, passa a ser atendido com a gratuidade do almoço e do jantar nos restaurantes universitários.

Como se sabe, o uso de drogas, em geral, pode acarretar a má nutrição por vários motivos, como perda de apetite, impossibilidade de providenciar a própria alimentação ou ainda impossibilidade financeira pelo fato da renda estar comprometida com o consumo da droga no momento da dependência. Cabe ao programa de acompanhamento ao tratamento, no caso o Projeto, contar com estratégias que visem a eliminar ou amenizar, de acordo com as possibilidades, condições materiais que podem dificultar o tratamento. Isso foi reconhecido por eles positivamente:

Tive toda a assistência como encaminhamento para médicos, alimentação, ajuda (...).

Eu tive casa, comida e médico.

Todas as necessidades foram atendidas: o acompanhamento, a medicação, comida, moradia (...).

“O trabalho neste sentido é essencial para o processo de recuperação e o terapeuta precisa estar tão interessado em monitorar o que está sendo obtido destes aspectos quanto em falar sobre a bebida ou quaisquer problemas psicológicos” (Edwards, Marshall, Cook, 1999, p. 226).

Quanto ao acolhimento, as falas a seguir referem os sentimentos provocados nos alunos pela maneira como foram atendidos no Projeto.

A minha necessidade que foi atendida foi a de aceitação, sendo aceito pela Instituição eu também me aceito.

O que eu mais precisava, do meu ponto de vista, era de que vocês estivessem muito presentes, poder ser ouvido, estou dando essa entrevista para poder ajudar outras pessoas.

Eu tive acolhimento, casa, comida e médico.

Uma necessidade atendida foi poder ter abertura para falar sobre o assunto [álcool], que antes era um tabu(...). Tive toda a assistência, alimentação, ajuda e fui ouvido.

No campo da Saúde Coletiva, o acolhimento se refere à capacidade de receber o usuário, ouvir sem julgar, compreender, responsabilizar-se, propor encaminhamento e alternativas de atendimento às demandas trazidas por aqueles que procuram o serviço e ainda deve permear todo o processo de acompanhamento do usuário, tendo como foco o sujeito e suas necessidades, ou seja, consiste na escuta qualificada que pressupõe atenção integral.

Para Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento tem grande importância no processo de produção em saúde porque a relação de escuta deve se articular com o estabelecimento de vínculos e compromissos nos projetos de intervenção para que o atendimento seja mais qualificado, utilizando para isso os recursos disponíveis considerando aspectos sociais, culturais e econômicos da vida do usuário (Schimith, Lima, 2004).

Assim como Oliveira (2011), que no seu estudo verificou que foram reconhecidas necessidades relacionadas à escuta e à criação de vínculos enquanto possibilidade de fortalecimento das mulheres que vivenciam violência (Oliveira, 2011), nesta pesquisa, o acolhimento como possibilidade de escuta e criação de vínculos também foi reconhecido como necessidade pelos usuários de drogas. Para Oliveira, “o acolhimento na saúde como produto da relação trabalhadores de saúde e usuários propõe construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância às diferenças, da inclusão social como escuta solidária, responsabilizando-se e comprometendo-se com a construção da cidadania” (Oliveira, 2011, p.154).

No tocante ao atendimento médico-hospitalar, a necessidade foi reconhecida como atendida. Essa necessidade está relacionada à atuação do setor público, garantindo benefícios sociais à população, como o atendimento nos serviços de saúde.

Campos e Mishima (2005, p. 1266) constataram que moradores atendidos na Unidade Básica de Saúde – UBS - reconheceram como necessidade de saúde a necessidade da presença do Estado, ao atribuírem a este “a responsabilidade pela garantia dos diversos serviços que promovem o bem-estar social, bem como a responsabilidade de interpor-se e regular as relações entre capital e trabalho, favorecendo uma reprodução societal regida pelo direito de cidadania”. Oliveira (2011) descobriu resultados em seu estudo sobre violência de gênero e necessidades em saúde que indicaram a relação de necessidades de saúde à dicotomia biopsico, processo este denominado como medicalização das necessidades em saúde.

A mesma pesquisadora alerta que “além do reconhecimento da importância da atenção aos aspectos biológicos, psíquicos, assim como às intervenções medicalizadas, é preciso ampliar o olhar para além do corpo físico individual, para além do agravo compreendido enquanto um fenômeno externo, que incide em determinada parte desse corpo” (Oliveira, 2011, p. 186), sugerindo que a atenção à saúde dos usuários deve considerar todo o contexto social que envolve o processo saúde-doença e as condições que o determinam.

Como já abordado nesta pesquisa, a dependência química é entendida como uma doença crônica de ordem biológica e psíquica, num dado contexto social e, sendo assim, a literatura científica orienta atenção multiprofissional para a recuperação. Cabe aqui uma ressalva sobre a multidisciplinaridade, que se refere à ação de várias disciplinas, porém, sem que elas interajam entre si. A atenção multiprofissional não cuida do indivíduo com um todo e sim em partes fragmentadas. A Saúde Coletiva entende que é a interdisciplinaridade que melhor responde às intervenções no processo saúde-doença, considerando-se a integração entre conceitos,

métodos e intervenções que permitem melhor visibilidade de possibilidades de transformações reais nas condições de saúde dos indivíduos (Egry, 1996).

Os relatos a seguir demonstram como usuários alcoolistas, reconhecem a necessidade de serem atendidos também no âmbito biológico e no psicológico, além da importância dos encaminhamentos para atendimento ambulatorial no seu processo de recuperação. Entretanto, não relacionam em nenhum momento a origem e o agravamento do processo-saúde doença com as condições de vida a que estiveram submetidos:

Nessa parte, médico-hospitalar e de assistência, eu acho que fui totalmente atendido.

Eu tive acolhimento, casa, comida e médico.

O acompanhamento médico é importante para que os alcoolistas consigam se manter abstinentes, melhorando dessa forma o estado geral de saúde. Os programas de tratamento, atualmente, visam à abstinência pelo maior tempo possível, melhores condições de saúde e consequente menor incidência de danos sociais causados pelo usuário em seu meio social (Heckmann, Silveira, 2009). Desconsidera-se aqui o inverso, ou seja, eventuais danos que o meio social possa causar para o usuário em relação ao agravamento do processo saúde-doença.

Conforme foi dito, as respostas dos sujeitos desta pesquisa, na categoria empírica Necessidades Atendidas, se concentraram na dimensão singular da realidade objetiva, o que pode demonstrar uma possível alienação sobre os processos que determinam suas condições de vida, mesmo considerando-se que esses sujeitos são universitários e possíveis detentores de mais informações e conhecimentos que indivíduos menos escolarizados. A dimensão particular não foi mencionada, tampouco o que se refere à dimensão estrutural como as políticas públicas em relação à drogadição, especialmente no que tange ao atendimento em saúde. Estas poderiam ser citadas, no âmbito do SUS como a demora que pode chegar a meses de espera para um atendimento médico de especialidade ou para um

exame em qualquer serviço público de saúde, a falta de instrumentos, de trabalhadores, de tecnologia e de medicamentos, as filas nos postos de pronto atendimento de serviços médicos e a falta de vagas para internações para tratamento de dependência química.

Quanto às internações para alcoolistas e dependentes químicos que fazem parte da comunidade da USP, como alunos, trabalhadores ou docentes, são viabilizadas por meio de convênio da USP com clínicas particulares, dado que atualmente há grande resistência dos hospitais públicos em internarem pessoas com estes diagnósticos, exceto em caso de emergência.

O relato a seguir demonstra a satisfação do aluno ao ser atendido, de forma diferenciada, em uma instituição especializada particular:

As internações também com certeza foram imprescindíveis. Tive toda a assistência como encaminhamento para internação (...).

4.8 DEMANDAS PARA APERFEIÇOAMENTO DO PROJETO

As políticas públicas no âmbito social e de saúde, até hoje no Brasil, foram construídas tomando-se por base recursos financeiros previamente estabelecidos e alocados, desprezando-se as necessidades específicas expressas coletivamente, mas originadas pelas condições de produção e reprodução social dos grupos sociais e obrigando os usuários dos serviços públicos de saúde e sociais a adequarem suas necessidades ao “pacote” disponível. Assim, as necessidades que não podem ser atendidas com a política vigente não são visibilizadas, pior, são ignoradas e não se transformam em demandas.

Esta categoria empírica refere-se às necessidades expressas pelos usuários que, se ouvidas e transformadas em demanda, poderão oferecer possibilidades de se revelarem novas estratégias que melhorem a qualidade do serviço, transformando-o na direção pretendida de melhoria da qualidade

do atendimento aos alunos com uso problemático de álcool e drogas, no espaço da Universidade. Ouvir, reconhecer e analisar as necessidades não atendidas significa dar voz aos usuários para que tais necessidades se transformem em demandas que estejam de acordo com suas realidades.

Foi possível perceber que os usuários sugeriram algumas ações por parte do Projeto, mais de caráter paternalista e assistencialista que de promoção social. A vitimização esteve bastante presente nos discursos, confirmando ser esta uma característica do perfil de dependentes de drogas.

Diferente das outras categorias, aqui os sujeitos citaram necessidades das dimensões singular, particular e estrutural, porém sem relacioná-las com a posição que ocupam na estrutura social e condições advindas dessa posição.

A primeira necessidade vocalizada foi a alimentação integral. Conforme exposto anteriormente, assim que os alunos iniciam o acompanhamento no Projeto, são atendidos em suas necessidades necessárias, sempre de acordo com a disponibilidade de recursos. A alimentação é uma das necessidades que o Projeto entende que deve ser atendida, por ser uma necessidade necessária para a manutenção da vida. Até início de 2011, quando foram realizadas as entrevistas, a bolsa-alimentação compreendia a gratuidade do almoço e do jantar, e não incluía o café da manhã, exceto em situações excepcionais. No entanto, para os entrevistados, esse recurso deveria ser disponibilizado.

Tem gente que não tem dinheiro para tomar um café. Eu, muitas vezes, por causa da bebida fiz dívidas e não tinha dinheiro para pagar R\$ 0,60 (sessenta centavos) num café da manhã, e com fome e barriga vazia, você quer beber, o corpo pede, não é nem a alimentação em si, você se confunde, fica entre a necessidade da droga e da alimentação, só que alimentação anula o desejo, pelo menos momentaneamente.

Eu recomendaria o café da manhã ser incluído na bolsa-alimentação. O viciado é assim: ele não tem dinheiro e prefere dormir o dia inteiro para não ter que sair para beber ou para não ficar com vontade de beber. Então, muitas vezes, ele tem que acordar perto da hora do almoço porque não tem o café da manhã para ele.

Após reivindicação da Associação dos Moradores do CRUSP para extensão do café da manhã para todos os moradores que tivessem apoio-alimentação, em abril de 2011, esta demanda foi atendida. Mesmo com a necessidade atendida, após a conclusão desta pesquisa, julgou-se importante que os depoimentos constassem dos resultados, porque retrataram uma necessidade expressa especificamente pelos alunos atendidos no Projeto à época, muito embora o resultado tenha atingido todos os bolsistas-alimentação, moradores, usuários de drogas ou não.

Outra necessidade vocalizada foi a cobrança de resultados do Projeto. Nela, os alunos expressaram a necessidade de acompanhamento mais rigoroso com menor intervalo de tempo entre os agendamentos e maior cobrança de resultados, especialmente no âmbito acadêmico.

Quando um usuário inicia o acompanhamento no Projeto, os agendamentos para atendimento são realizados de acordo com o envolvimento e comprometimento com a droga. Os intervalos dos atendimentos vão se adequando ao progresso demonstrado pelo usuário em relação ao controle da doença. Percebemos que alguns deles, por estarem com a rede social reduzida em função do uso excessivo de drogas, têm no Projeto uma das poucas atividades em que o uso de drogas não está presente e assim sentem certa segurança no atendimento diário.

As ações do Projeto têm como finalidade, a médio prazo, restabelecer a rede social, a rotina de cumprimento de compromissos diários e, a longo prazo, a autonomia.

Fleury-Teixeira (2008), em estudo realizado com equipes do Programa de Saúde da Família em diversas regiões do Brasil, concluiu que a “ampliação da autonomia, vista como ampliação das capacidades e possibilidades de escolha das pessoas, é a categoria central e o critério definidor da atuação em promoção de saúde” (Fleury-Teixeira, 2008, p. 2115). No entanto, este é um processo difícil em que os usuários resistem em reassumir a vida com suas próprias ações, conforme os relatos abaixo:

A gente não consegue mais resolver problemas comuns, simples e cotidianos, toda questão se torna muito complexa, difícil. Eu não consigo me organizar, nem tomar decisões simples, eu acho que o acompanhamento tem que ser uma parceria(...). Eu desaprendi a lidar comigo e com o mundo, voltei a ser criança e na hora que tiram o brinquedo [a droga] eu me sinto abandonado, rejeitado e sozinho, eu não consigo resolver nada.

Faltou uma proximidade maior, não sei se faz parte da metodologia deixar a gente um pouco mais à vontade, mas às vezes a gente fica meio abandonado e um acompanhamento mais insistente seria bom. O fato de deixar a gente mais à vontade pode distanciar mais.

Em vista disso, uma das ações do Projeto é no sentido de eles tomarem consciência da própria responsabilidade perante seus atos e sua recuperação e de buscarem ações concretas, para além do discurso, para reais mudanças de suas condições de vida e que recuperem sua autonomia e vislumbrem possibilidades.

Contradicitoriamente, ao mesmo tempo em que resistem em reassumir a vida acadêmica e a autonomia, verbalizam que a COSEAS, por intermédio do Projeto, deve também ser mais rigorosa em cobrar resultados do tratamento, colocando isso inclusive em termos de obrigatoriedade:

Em certos casos, eu penso que se o viciado quer morar no CRUSP, deveria se submeter a um tratamento, se eu fosse o Estado, eu obrigaria, isso aqui é dinheiro público, ele vem para cá e é óbvio que se é usuário ou viciado, ele não vai conseguir. Eu penso que a COSEAS deveria ser mais enérgica nessa parte.

Entendo que tem que ter uma contrapartida. Nós estamos numa universidade pública e tem que ter o resultado, então, eu acho que tem que ter uma pressão nesse sentido.

No Regulamento do CRUSP existem regras que definem as condições favoráveis para renovação da vaga e, entre elas, o rendimento acadêmico deve ser considerado. Como já exposto, quando esse rendimento não é compatível com o exigido, o aluno tem a oportunidade de expor os problemas que acarretaram o baixo rendimento e o Serviço Social

procura intervir para o encaminhamento de soluções viáveis. No caso do uso problemático de drogas, são propostas várias alternativas de enfrentamento do problema para que o aluno opte qual pretende seguir. Quando não há aceitação, após todas as tentativas possíveis, o Regulamento deve ser seguido, e as sanções extremas são aplicadas, entre elas, a perda da bolsa moradia. Esse processo, devido aos trâmites burocráticos necessários, demanda algum tempo; portanto, para os próprios usuários, isso pode caracterizar que a COSEAS não é enérgica o suficiente nesse sentido.

A reflexão em torno dessas colocações remete à necessidade de limites que o usuário de drogas apresenta, como uma das formas externas de controle da própria vida. Se, de um lado, isso é positivo em termos de possibilidade de enfrentamento da doença, de outro, pode eximí-lo da responsabilidade para com a conquista da autonomia.

Em relação às necessidades não atendidas, apareceu ainda nos relatos a intensificação da segurança no CRUSP. Trata-se de um local sem barreiras físicas que o circundem o que acarreta sérios problemas de segurança, a despeito de tratar-se de espaço que não deve ser alijado do restante da Cidade Universitária.

O Serviço de Atuação Comunitária e Segurança da COSEAS atua 24 horas por dia, com sistema de rondas no entorno e nos espaços comuns do CRUSP e as visitas de pessoas estranhas aos apartamentos são registradas nas portarias dos blocos residenciais e somente têm acesso aos apartamentos com a concordância dos moradores, porém qualquer pessoa pode circular pela área externa do CRUSP, assim como em qualquer espaço externo aos prédios da Cidade Universitária.

Todos os prédios possuem saídas emergenciais de incêndio, com escadas de ferro colocadas no lado externo, onde não há visão da portaria. É comum pessoas serem flagradas pelos agentes comunitários simplesmente sentadas na escada ou entrando nos prédios por elas, que têm comunicação direta com os andares. Esse sistema certamente dificulta o controle de acesso de pessoas com as mais diversas finalidades junto aos

moradores. Abaixo, os relatos demonstram a vulnerabilidade a que os espaços do CRUSP estão expostos:

As pessoas fumam no corredor, nas escadarias, no elevador. Já vi gente fumando na fila do bandejão. Eu acho que esse combate [maconha] seria necessário, um pente fino sem repressão ajudaria.

Deveria se coibir esse pessoal que está passando droga aqui dentro, deve haver uma maneira de não poder dormir aqui pelo menos, eu acho que a punição seria uma boa ideia para o aluno que hospedasse um cara desse, não é ditadura, isso aqui é dinheiro público, a universidade está te dando condições de alcançar a liberdade.

O segurança realmente inibe um pouco a ação dessas criaturas [usuários de drogas], porque muitas vezes, durante um momento de loucura por causa da droga, ele vai cometer besteira.

Dependentes de drogas que estão buscando controlar a doença, mantendo-se abstinentes ou mesmo reduzindo o uso, sentem-se diretamente vítimas pela circulação de drogas ilícitas no ambiente universitário e de forma imediata e simplista, atribuem o uso de drogas à oferta, numa tentativa de justificar o vício, culpando outros, que não a si próprios. O controle é, certamente, necessário, porém, não se trata de uma relação de causa e efeito e sim da confluência de vários determinantes que devem ser lidados para que o problema seja enfrentado com sucesso. Conforme foi dito anteriormente, historicamente, as drogas fazem parte da sociedade e não há qualquer lugar no mundo que esteja livre da circulação de drogas, sejam elas lícitas e ilícitas.

Foi externalizada ainda a necessidade de trabalho, porém, como estratégia de tratamento e não com finalidade de sobrevivência. Talvez isso se deva ao fato de que as necessidades necessárias como casa e comida são atendidas, o que os coloca em situação privilegiada, perante muitos outros dependentes de drogas que não têm essas necessidades atendidas.

O ócio, às vezes, numa perspectiva romântica, é fundamental para filosofar, então, os filósofos sempre tematizaram isso, mas o dependente químico vive um tipo de ócio de maneira desregrada,

e o trabalho é importante, porque dá um senso de realidade e também vai ocupar o tempo.

O trabalho é importante como parte do tratamento, para sair do ócio e levantar a autoestima.

De fato, a recuperação de um dependente de drogas envolve a estruturação de nova rotina de vida e evitar a ociosidade é parte importante dessa fase: “o tempo ocioso do paciente é fator importante na promoção da abstinência, pois pacientes que possuam o tempo ocioso ocupado com alguma atividade prazerosa substitutiva à droga têm mais chance de se manter em abstinência”, (Leite, Cabral, 1999, p. 245).

A pesquisa corroborou o fato de que o envolvimento com a doença tem como característica a visão imediatista dos dependentes químicos acerca dos resultados esperados do tratamento. Entre tais resultados, alguns esperam que ter o que fazer (nesse caso, o trabalho) resolva magicamente o problema. Em nenhum momento foi vislumbrada a visão de que, além de uma estratégia de tratamento, o trabalho pode representar para essas pessoas uma possibilidade de conquistar relativa independência, proporcionando-lhes meios para prover sua própria alimentação e bens de consumo que podem lhes ajudar no processo de recuperação. Assim, percebeu-se que até o momento, o Projeto não propiciou reflexões sobre as possibilidades de autonomia que o dependente deve buscar no futuro por meio do trabalho.

Por outro lado, no seu escopo de ações, o Projeto não dispõe de alternativas de colocação formal no mercado de trabalho para os alunos acompanhados. Quando o próprio sujeito consegue vincular-se a um emprego formal, todo apoio é dado no sentido de manter-se nele, como no caso de uma aluna, que por esforço próprio, conseguiu trabalhar como professora de escola pública, redatoria, digitadora e atendente de *telemarketing*. Devido ao fato de nunca ter se mantido abstinente de álcool por muito tempo, mesmo com tratamento com psicólogos e médico psiquiatra, internações e o acompanhamento do Projeto, todas as

oportunidades de trabalho formal que conseguiu foram perdidas em virtude do alcoolismo.

Creio que ajudaria se conseguisse de alguma maneira que o dependente químico fosse inserido no mercado de trabalho, para não voltar [para a casa, após formatura] como eu, com diploma e sem perspectiva de futuro.

Campos e Mishima (2005), em um estudo com moradores do entorno de uma Unidade Básica de Saúde, constataram que eles identificaram a necessidade de reprodução social: “Citaram também a ausência do Estado no seu papel fundamental de responder à necessidade de inserção no mercado formal de trabalho” (Campos, Mishima, 2005, p.1262).

Os sujeitos entrevistados nesta pesquisa precisam se inserir no processo de produção na estrutura social para que não sejam excluídos por mais uma condição desfavorável, além das que sofrem por pertencerem a classes sociais subalternas, a dependência de drogas. Entretanto, a inserção no sistema produtivo está diretamente relacionada com as condições objetivas a que estão expostos, como as vulnerabilidades do processo saúde-doença não controlado, formando um círculo vicioso que só pode ser rompido com o controle da dependência.

Em pesquisa realizada em 2007, junto aos moradores do CRUSP e o uso problemático de álcool e outras drogas, concluiu-se que “programas de caráter sócio-ocupacional no CRUSP também poderiam ajudar de forma positiva para aqueles que estão em processo de recuperação” (Zalaf, 2007, p.108). Diante dessa conclusão, tentou-se estruturar um programa sócio-ocupacional, porém não foram obtidos recursos financeiros, humanos e espaço físico para tal. Essa necessidade aparece no relato a seguir, porém com o atendimento condicionado à submissão ao tratamento, reiterando os achados do item anterior:

[Necessidade de] um serviço de bolsas para os usuários: mas ele tem que entender que tem que se submeter ao tratamento, senão ele vai pegar o dinheiro da bolsa, não vai se tratar e vai usar o dinheiro do próprio Estado para comprar droga.

Nas palavras do entrevistado, o programa só funcionaria se o vínculo do usuário com a bolsa estivesse condicionado à adesão ao tratamento. A condição de obrigatoriedade foi citada repetidas vezes como condição para a recuperação, trazendo à baila um provável sentido de incapacidade e insegurança para se manterem abstinentes sem esta condição.

Outra necessidade verbalizada foi a destinação de assistentes sociais exclusivas para o atendimento dos dependentes químicos. Do ponto de vista organizacional da COSEAS, as assistentes sociais do Serviço Social trabalham diretamente nos processos de seleção, classificação, monitoramento e renovação dos apoios e bolsas de caráter socioeconômico e desenvolvimento de projetos de extensão universitária no CRUSP. Paralelamente a esse trabalho, são realizados os acompanhamentos aos alunos moradores do CRUSP no que tange às mais diversas demandas que podem envolver também drogadição e alcoolismo.

A vocalização dessa necessidade pelos pesquisados pode estar vinculada à segurança de que, ao procurar ajuda profissional da assistente social, ele não estará sujeito à perda dos apoios e bolsas que usufrui. Conforme já foi dito, o uso de drogas, propriamente dito, nunca determinou a perda de um apoio. No entanto, consequências recorrentes, advindas desse uso problemático, podem transformar-se em motivos para o cancelamento de apoios e bolsas no caso de, após todos os atendimentos e encaminhamentos não resultarem na tomada de consciência da necessidade de recorrer a tratamento para superar dificuldades, principalmente, acadêmicas como abandono do curso, baixo rendimento acadêmico por anos seguidos, ocorrências envolvendo depredação de patrimônio, situações de violência, perturbação do silêncio, brigas, entre outros. Nessas ocasiões, é a Assistente Social quem encaminha o processo de cancelamento do apoio e, por isso, os relatos abaixo:

A primeira ação seria tentar desmistificar aquela imagem que o adicto ou o alcoólatra tem de que se falar alguma coisa para a assistente social vai ser mandado embora do CRUSP. É o fator primordial, a confiança. O que eu estou falando talvez seja a coisa mais difícil do trabalho de vocês. Aqui dentro do CRUSP, o que acontece é que a pessoa tem mesmo medo de vir, esse processo

é difícil. Acho que ajudaria se tivesse assistente social só para esse tipo de atendimento, sem ligação com bolsas e apoios.

Um dos problemas que os alunos têm aqui no CRUSP é medo de passar pelo atendimento, medo do que as assistentes vão achar.

Algumas vezes, o Serviço Social constata que o aluno, com uso problemático de álcool e outras drogas, opta por esconder o problema e procurar tratamento em instituições fora da USP. Esse entendimento por parte dos alunos pode estar embasado em visões distorcidas de algumas profissionais com julgamento de valor ou estereótipos. Entretanto, aqui também há que se levar em conta que esta justificação dos alunos pode relacionar-se, como em outros casos, à visão assistencialista que têm do trabalho das assistentes sociais, esperando que elas resolvam para eles e não com eles todos os problemas.

5 Conclusão

5 CONCLUSÃO

Para a Saúde Coletiva, as sociedades capitalistas, como é o caso da brasileira, são divididas em diferentes classes sociais que, inseridas na dinâmica da estrutura social por meio da produção social (trabalho) e reprodução social (vida), têm condições de vida diferentes, assim, impactos no processo saúde-doença também são diferentes. O uso excessivo e a dependência de drogas fazem parte do processo saúde-doença de estudantes que apresentam diferentes necessidades, nem sempre reconhecidas em sua totalidade, nas três dimensões da realidade, conforme constatou-se nesta pesquisa.

O Projeto “Na Boca do Crusp – Prevenção e Acolhimento”, serviço de atendimento a alunos com uso problemático de álcool e outras drogas, foi construído diante de uma necessidade de saúde expressa pelos moradores do CRUSP, buscando-se intervir no processo saúde-doença dessa população.

Os relatos dos alunos permitiram constatar que o Projeto foi responsável pelo início do tratamento de mais da metade dos alunos entrevistados, e revelaram sentimentos de acolhimento e segurança, durante o acompanhamento, e a consciência de estarem utilizando serviços que tinham direito. Diante dessas constatações, é possível avaliar que as intervenções do Projeto promoveram melhoria na qualidade de vida desse grupo, ao viabilizar o acesso a processos potencializadores de saúde.

Quanto às necessidades atendidas, na concepção dos alunos acompanhados pelo Projeto, conclui-se que o Projeto atende a necessidades necessárias referidas, como casa, comida e atendimento médico. De acordo com Heller, tratam-se de necessidades necessárias para a manutenção da vida, indispensáveis para qualquer ser humano e ainda mais indispensáveis para pessoas que vivenciam agravos ao processo saúde-doença. No entanto, as falas dos sujeitos se restringiram às necessidades referentes à dimensão singular da realidade objetiva.

Apesar de os sujeitos pesquisados, supostamente, terem relativo grau de consciência política, não houve qualquer observação às necessidades em relação à dimensão estrutural da sociedade, que se refere às políticas públicas e desigualdades sociais que têm como consequências dificuldades de acesso à educação, moradia, alimentação e serviços de saúde de qualidade, que determinaram a forma de manifestação dos seus processos saúde-doença, sinalizando um possível desinteresse de participação política.

Para superação dessa contradição, vislumbra-se aqui a possibilidade de ampliar discussões durante os acompanhamentos do Projeto, pautadas pela Teoria da Determinação Social dos Processos Saúde-Doença, que suscitem reflexões críticas acerca das necessidades de transformações das condições de vida decorrentes das posições que ocupam na organização social, o que só será possível mediante a aproximação à dimensão estrutural da sociedade.

Os relatos também trouxeram à luz as necessidades que os entrevistados entendem como não atendidas durante o acompanhamento do Projeto e que aqui se transformam em demandas. A cobrança de resultados foi uma delas. Na verdade, os resultados são cobrados quando o Serviço Social acompanha o rendimento acadêmico dos alunos, a partir do momento em que iniciam o acompanhamento no Projeto, mas para os alunos usuários de drogas, os resultados significam a abstinência, o controle da doença.

Outra necessidade não atendida foi a intensificação do sistema de segurança no CRUSP. Conforme descrito anteriormente, o CRUSP não é um conjunto de moradia isolado por barreiras físicas, sendo assim, qualquer pessoa pode transitar nos espaços comuns. A segurança não depende exclusivamente da Instituição, mas também dos moradores, que muitas vezes são usuários de drogas e permitem o ingresso de pessoas estranhas nos espaços internos do CRUSP. Entende-se que essa pode ser uma tentativa de se eximirem da responsabilidade pela manutenção de abstinência, durante o acompanhamento do Projeto. Nesse caso, cabe ao Serviço Social o compartilhamento desta problemática, responsabilizando-os e apenas eles pela abstinência.

Assistentes Sociais exclusivas para o atendimento de moradores dependentes químicos foi um relato bastante presente nas falas dos sujeitos desta pesquisa, como necessidade não atendida. Conforme já foi ressaltado anteriormente, há uma contradição presente quando a profissional que atualmente atende e acompanha alunos com uso problemático de álcool e outras drogas é a mesma que controla a permanência dos alunos na moradia, por meio de regras acadêmicas regimentais estabelecidas. Sabe-se que na maioria das vezes os alunos usuários de drogas têm comprometimentos acadêmicos que inviabilizariam a manutenção da vaga na moradia, assim, muitas vezes esses alunos deixam de procurar o Serviço Social para buscar tratamento. Atualmente, o Programa de Enfrentamento do Uso Excessivo de Álcool e Outras Drogas da USP, denominado Você-USP, em fase de implantação, dispõe de assistentes sociais exclusivas para atendimento a alunos de toda a USP. Coloca-se aqui uma possibilidade de superação desta contradição, ao se buscar um ponto de convergência entre dois polos: o controle de utilização de vagas na moradia, atrelado ao rendimento acadêmico, e o atendimento do aluno dependente químico com o rendimento acadêmico comprometido, em virtude da doença, pelo mesmo serviço, ou seja, o Serviço Social. Considerando que o rendimento acadêmico mínimo exigido para a manutenção da vaga na moradia é estabelecido por meio do Regulamento do CRUSP, é necessário que o mesmo Regulamento reconheça as particularidades de doenças crônicas, como é o caso do alcoolismo e drogadição, como partes integrantes da realidade da moradia universitária e inclua regras que permitam que, enquanto em tratamento, os alunos tenham a vaga garantida. Essas regras certamente devem considerar um tempo máximo de permanência na moradia nessas condições.

Quando se referem a necessidades não atendidas, como trabalho para sair da ociosidade e a inserção do dependente químico no mercado de trabalho, são necessárias articulações entre as três dimensões da realidade, com estratégias de corresponsabilização, entendendo-se que o sujeito deve ter participação no processo de busca de empoderamento para a verdadeira transformação de sua realidade. Nesse aspecto, cabe ser abordado nesta

pesquisa as necessidades propriamente humanas, relacionadas não a objetos ou bens, mas a condições de liberdade e autonomia, que não foram referenciadas nos relatos.

Considerando-se a autonomia como uma condição para a saúde, e considerando-se também esta não ter sido citada pelos sujeitos entrevistados como uma necessidade para a recuperação, propõe-se aqui que as ações do Projeto passem a adotá-la como um dos conceitos fundamentais para a recuperação dos alunos acompanhados, de forma a favorecer o empoderamento individual e coletivo para que se tornem sujeitos de suas decisões, visando à recuperação do controle e independência de suas próprias vidas. A recuperação da autonomia deve ser estimulada através de promoções de ações de saúde que contribuam para que os sujeitos reconheçam que são livres e responsáveis por decidirem sobre suas próprias vidas.

A realização desta pesquisa permitiu que a prática do Serviço Social, profissão que carrega os fundamentos da teoria marxista consoantes com a Saúde Coletiva, seja enriquecida por meio das reflexões críticas que emergem de contradições da realidade, reflexões essas que possam contribuir com políticas públicas no atendimento a dependentes de álcool e outras drogas no meio universitário no que se refere às necessidades em saúde,

A pesquisa permitiu ainda a visibilização de reais possibilidades de intervenção na realidade, por meio dos pontos de vulnerabilidade identificados. Com base nos resultados encontrados, o Projeto poderá aprimorar os serviços oferecidos, além de oferecer elementos estratégicos para outros serviços da mesma natureza.

Referências

REFERÊNCIAS

Acselrad G. A educação para a autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas. In: Acselrad G, organizadora. Avessos ao prazer: drogas, aids e direitos humanos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p.183-212.

Ahlström S. Consumo nocivo de álcool entre estudantes europeus: resultados do ESPAD. In: Andrade AG, Anthony JC, editores. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri: Minha Editora; 2009. p. 89-101.

Andrade AG, Bassit AZ. Avaliação de programas de prevenção de drogas. São Paulo: GREIA/Ipq/HC/FMUSP; 1995.

Andrade AG, Oliveira LG. Principais consequências em longo prazo relacionadas ao consumo moderado de álcool. In: Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM, editores. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. São Paulo: Manole; 2009. p. 37-66.

Anthony JC. Consumo nocivo de álcool: dados epidemiológicos mundiais. In: Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM, editores. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri: Minha Editora; 2009. p. 1-36.

Bardin L. Análise de conteúdo. 3^a ed. Lisboa: Edições 70; 2004.

Bourdieu P. A miséria do mundo. 5^a ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria Nacional Antidrogas. Curso à distância: formação de multiplicadores de informações preventivas sobre drogas. Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria Executiva; Coordenação Nacional de DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas [Internet]. Brasília; 2003 [citado 2011 nov. 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/publicacoes/pms_alcool_drogas.pdf.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004 [Internet]. Brasília; 2005 [citado 2011 nov. 28]. Disponível em: <http://www.sedest.df.gov.br/sites/300/382/00000877.pdf>.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social. Planos de Assistência Social: diretrizes para elaboração. Brasília; 2008. (CapacitaSuas, v. 3).

Brasil. Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime - UNODOC. Relatório Mundial sobre Drogas 2008 do UNODOC [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2011 nov. 28]. Disponível em: http://www.antidrogas.com.br/conteudo_unodc/PrincipaisPontosRelatorio2008.pdf.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social; Secretaria Nacional de Assistência Social. Sistema Único de Assistência Social - SUAS [Internet]. Brasília; 2011a [citado 29 nov. 2011]. Disponível em <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/suas>.

Brasil. Ministério da Educação; Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP). Sinopse Estatística e Micrdados do Censo da Educação Superior 2010 [Internet]. Brasília; 2011b [citado 2011 nov. 3]. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br>.

Brasil. Ministério da Educação. Programa Universidade para Todos – PROUNI [Internet]. Brasília; 2011c [citado 2011 nov. 3]. Disponível em: <http://prouniportal.mec.gov.br>.

Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. Interface (Botucatu). 2007;11(23):605-18.

Campos SMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cad Saúde Pública. 2005;21(4):1260-8.

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID); Secretaria Nacional Antidrogas. 2º Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005 [Internet]. São Paulo: UNIFESP, Brasília: SENAD; 2005 [citado 2011 nov. 28] Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11325&rastro=PESQUISAS+E+ESTAT%C3%88.

Chauí M. “De alianças, atrasos e intelectuais”. Folha de São Paulo, São Paulo 24 abr. 1994. Caderno Mais, Seção Eleições, p. 6.

Cruz MS. Práticas médicas, toxicomanias e a promoção do exercício da cidadania. In: Acselrad G, organizadora. Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 77-88.

Edwards G, Anderson P, Barbor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N, et al. A política do álcool e o bem comum. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 55-88, p. 184-201.

Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde. 3^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.

Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

Egry EY, Oliveira MAC. Marcos teóricos e conceituais de necessidades. In: Egry EY, organizadora. Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone; 2008. p. 31-8.

Espíndola LFG. Redução de danos: a busca de novos caminhos. In: Uchôa R, organizadora. Ensaio sobre as drogas: necessidades humanas e políticas públicas. Recife: Ed. Universitária UFPE; 2010. p. 13-35.

Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC, Álvares J, Oliveira VA. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13 Supl 2:2115-22.

Focchi GRA, Gigante AD, Mello VA, Romitti EC. Narcóticos Anônimos. In: Leite MC, Andrade AG, Segal A, Gigante AD, Malbergier A, Cabral ACJ, et al. Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Artmed; 1999a. p. 311-7.

Focchi GRA, Gigante AD, Leite MA, Cabral ACJ. Abordagem de pacientes dependentes de cocaína. In: Leite MC, Andrade AG, Segal A, Gigante AD, Malbergier A, Cabral ACJ, et al. Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Artmed; 1999b. p. 227-38.

Fonseca RMGS. O processo saúde-doença (das mulheres) como fenômeno social. In: Egry EY, Fonseca RMGS. Atualização em saúde coletiva [Curso Pré-Área de Concentração: textos de apoio]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2004. p.1-15.

Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúda das mulheres. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(4):450-9.

Fonseca RMGS, Mattos ILB, organizadoras. Educar para a saúde: prevenção e controle do uso problemático de álcool e drogas na vida e no trabalho. São Paulo: Universidade de São Paulo, Coordenadoria de Assistência Social (COSEAS); 2005.

Fracolli LA, Bertolozzi MR. O trabalho em saúde e o processo de produção: uma questão para a enfermagem. In: Egry EY, organizadora. Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone; 2008. p. 15-20.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999; 15(2):345-53.

Grinfeld H. Consumo nocivo do álcool durante a gravidez. In: Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM, editores. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. São Paulo: Minha Editora; 2009. p.179-199.

Heckmann W. Silveira CM. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM, editores. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. São Paulo: Minha Editora; 2009. p. 67-87.

Heller A. Teoria de las necesidades em Marx. 2^a ed. Barcelona: Peninsola; 1986

Hygino A, Garcia J. Drogas: a permanente (re) encarnação do mal. Rev Serviço Social Soc. 2003;(74):31-41.

Iamamoto MV. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 7^a ed. São Paulo: Cortez; 2004.

Lambert MS. Drogas: mitos e realidades. Rio de Janeiro: Medsi; 2001.

Lapate V. Hora zero: a independência das drogas antes que os problemas cheguem. São Paulo: Scor Tecci; 2001.

Laranjo THM. O CRUSP: processos de socialização e consumo de drogas [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Leite MC, Cabral ACJ. Promoção da abstinência. In: Leite MC, Andrade AG, Segal A, Gigante AD, Malbergier A, Cabral ACJ, et al . Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 239-53.

Leite MC. Abuso e dependência de cocaína: conceitos. In: Leite MC, Andrade AG, Segal A, Gigante AD, Malbergier A, Cabral ACJ, et al. Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 25-41.

Martinelli ML. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. In: Martinelli ML, organizador. Pesquisa qualitativa: um instigante desafio. São Paulo: Veras; 1999. p. 19-27.

Matos MC. Matos, MC. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. Rev Serviço Social Soc. 2003;(74):85-115.

Mello VA. Andrade F, Romitti EC, Leite MC. Princípios básicos do trabalho psicoterápico na dependência de cocaína, na prevenção de recaída e na intervenção psicoterápica em grupos de dependentes de cocaína. In: Leite MC, Andrade AG, Segal A, Gigante AD, Malbergier A, Cabral ACJ, et al. Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 255-74.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8^a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadores. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 9-30.

Mourão LNG. Uso de drogas entre alunos de quatro faculdades da UFMG: prevalência e comparação com amostra da USP [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001.

Oliveira RNG. Violência de gênero e necessidades em saúde: limites e possibilidades da estratégia saúde da família [tese doutorado]. São Paulo: Programa Interunidades, Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2011.

Queiroz S. Fatores relacionados ao uso de drogas e condições de risco entre alunos de graduação da Universidade de São Paulo [tese doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.

Schmidt MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde de Família. Cad Saúde Pública. 2004;20(6):1487-94.

Soares CB. Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto na perspectiva da saúde coletiva [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Stempliuk VA. Uso de drogas entre alunos da Universidade de São Paulo: 1996 versus 2001 [tese doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.

Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Rocha CMF, Santos L, Bilíbio LFS, Ceccim RB, Feuerwerker HAP, organizadores. Ver-SUS Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 284-99. (Cadernos de textos, v. 1).

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O comércio ilícito de drogas e a geografia da integração financeira [Internet]. Rio de Janeiro; 2003 [citado 2011 nov. 28]. Disponível em: <http://acd.ufrj.br/fronteiras/pesquisa/droga/p01pub02.htm>.

Universidade de São Paulo (USP). Coordenadoria de Assistência Social (COSEAS). Relatório. São Paulo; 1990.

Universidade de São Paulo (USP). Coordenadoria de Assistência Social (COSEAS). CRUSP – Conjunto Residencial da USP: relatório. São Paulo; 1994.

Universidade de São Paulo (USP). Reitoria. Resolução n. 4348, de 02 de janeiro de 1997. Institui o Regimento do Conjunto Residencial da USP - CRUSP. Diário Oficial do Estado, São Paulo, 02 jan. 1997.

Universidade de São Paulo (USP). Coordenadoria de Assistência Social (COSEAS). Prestando contas: gestão 1998/2001. São Paulo; 2002.

Universidade de São Paulo (USP). Coordenadoria de Assistência Social (COSEAS). CRUSP – Conjunto Residencial da USP: relatório. São Paulo; 2004.

Universidade de São Paulo (USP). Coordenadoria de Assistência Social (COSEAS). Projeto para implementação do Programa de Apoio à Permanência e Formação Estudantil - PAPFE. São Paulo; 2005.

Universidade de São Paulo (USP). Coordenadoria de Assistência Social (COSEAS). Workshop sobre Enfrentamento do Uso de Drogas na USP: relatório. São Paulo; 2008.

Universidade de São Paulo (USP). Reitoria. Portaria n. 4387, de 02 de setembro de 2009. Institui o Grupo de Trabalho responsável pelo Planejamento, elaboração, implantação e gestão do “Programa de Enfrentamento do Uso de Álcool e Drogas na USP” Diário Oficial do Estado, São Paulo, 02 set. 2009.

Universidade de São Paulo (USP). Coordenadoria de Assistência Social (COSEAS). Divisão de Promoção Social (DPS): Relatório. São Paulo; 2010.

Universidade de São Paulo (USP). Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina. Programa de Enfrentamento do Uso de Álcool e Drogas da Universidade de São Paulo. São Paulo; 2011a.

Universidade de São Paulo (USP). Pró-Reitoria de Graduação. Programa de Inclusão Social da USP (INCLUSP) [Internet]. São Paulo; 2011b [citado 2011 dez. 26]. Disponível em: http://www.prg.usp.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=50-programa-de-inclusao-social-da-usp-inclusp&catid=14:programs-especiais&Itemid=18.

Universidade de São Paulo (USP). Pró-Reitoria de Graduação. Sala de Imprensa. Informações sobre ingressantes na Fuvest [Internet]. São Paulo; 2011c [citado 2011 nov. 4]. Disponível em: <http://www.usp.br/imprensa/?p=8297>.

Zalaf MRR. Uso problemático de álcool e outras drogas em moradia estudantil: conhecer para enfrentar [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Zalaf MRR, Fonseca RMGS. Na Boca do CRUSP: programa de prevenção e acolhimento em caso de uso problemático de álcool e drogas. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007;11(4):650-4.

Zalaf MRR, Fonseca RMGS. Abusing alcohol and other drugs in students' dormitories: knowing it in order to face it. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2011 Nov 10];43(1):132-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_17.pdf.

Anexos

ANEXO I

OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO DA COSEAS PARA A COLETA DE DADOS

São Paulo, 21 de dezembro de 2009.

Senhora Coordenadora,

Como aluna do curso de doutorado na Escola de Enfermagem da USP, estou desenvolvendo pesquisa intitulada **"Reconhecimento e enfrentamento de necessidades de estudantes com uso problemático de álcool e outras drogas em moradia estudantil"**, conforme projeto em anexo.

Para a coleta de dados, será necessário primeiramente consultar prontuários de alunos moradores que poderão ser sujeitos da pesquisa (arquivados no Serviço de Atuação Comunitária) e em seguida, entrevistá-los e suas famílias, caso concordem. Ressalto que os procedimentos da pesquisa estão de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Sendo assim, solicito sua autorização para efetuar a referida pesquisa junto à Divisão de Promoção Social da Coseas e a alunos moradores do Crusp.

Atenciosamente,


MARÍLIA RITA RIBEIRO ZALAF
Doutoranda – Cuidado em Saúde –EEUSP

Ciente e de acordo, em 23/12/2009


Prof.ª Dr.ª ROSA MARIA GODOY SERPA DA FONSECA
Coordenadora da Coseas
Coordenadoria de Assistência Social da USP

ANEXO II

CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguilar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 16 de junho de 2010.

Ilm.^a Sr.^a
Marília Rita Ribeiro Zalaf

Ref.: Processo nº 918/2010/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Reconhecimento e enfrentamento de necessidades de estudantes com uso problemático de álcool e outras drogas em moradia estudantil**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fátima Fernandes
Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESOLUÇÃO 196/96 – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE)

Eu, MARÍLIA RITA RIBEIRO ZALAF, assistente social, doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, na área de concentração Cuidado em Saúde, orientada pela Prof.^a Dr.^a Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, estou desenvolvendo a pesquisa “Reconhecimento e enfrentamento de necessidades de estudantes com uso problemático de álcool e outras drogas em moradia estudantil. A sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito a sua participação. O seu consentimento em participar deve considerar as seguintes informações:

1. A pesquisa se justifica pela necessidade de avaliar se as ações desenvolvidas pelo projeto “Na Boca do Crusp – Prevenção e Acolhimento, do Serviço Social da Coseas reconhecem as necessidades apresentadas pelos alunos acompanhados.
2. Os objetivos propostos são: identificar e analisar os limites e possibilidades do Serviço Social no atendimento às necessidades de estudantes com uso problemático de álcool e outras drogas residentes na moradia estudantil na Universidade de São Paulo; caracterizar a trajetória histórica de formação do programa de atendimento do Serviço Social da Coseas a alunos com uso problemático de álcool e outras drogas que residem no Crusp; descrever as ações do Serviço Social da Coseas nos atendimentos relacionados ao uso de álcool e outras drogas; conhecer de que forma a intervenção do Serviço Social contribuiu para o tratamento dos usuários atendidos; identificar as necessidades detectadas e atendidas, na concepção dos alunos acompanhados pelo Projeto do Serviço Social, analisando limites e possibilidades de atendimento.
3. A coleta de dados será feita por meio de entrevistas.
4. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas e lhe será permitido ouvi-las, bem como ter acesso à transcrição, se assim o desejar.
5. Se você preferir, a entrevista poderá não ser gravada.
6. A sua participação é voluntária, tendo a liberdade de desistir a qualquer momento da pesquisa, mesmo após a coleta de dados, caso venha desejar, sem risco de penalização.
7. Não é necessária sua identificação e será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e guardado o sigilo de dados confidenciais.

8. Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador em qualquer momento da pesquisa, poderá fazê-lo pelo telefone (11) 3731-4483 ou pelo correio eletrônico por meio do endereço: mazalaf@usp.br.
9. Se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da pesquisa assim como dos resultados obtidos.
10. Este documento será preenchido em duas vias, sendo que uma delas será entregue a você e a outra ficará arquivada pelo pesquisador.

Caso seja de seu interesse, o telefone do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo é 3061-7548.

Após estar ciente do conteúdo integral deste termo, concordo em participar do estudo.

São Paulo, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO IV

RAPPORT

Eu sou **Marília Rita Ribeiro Zalaf**, vou colher dados para desenvolver uma pesquisa sobre **reconhecimento e enfrentamento de necessidades de estudantes com uso problemático de álcool e outras drogas em moradia estudantil**. Gostaria de saber se o(a) Sr(a) teria interesse e disponibilidade para participar da entrevista. Caso tenha e não se importe, gostaria de gravar as respostas para ficar mais fácil para escrever tudo depois. Se desejar participar e não quiser que seja realizado o registro por meio de gravação este poderá ser realizado pela escrita e depois validado pelo(a) Sr (a). Se aceitar participar, vou pedir-lhe para assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde você declara que teve interesse e tempo para participar da entrevista.

ANEXO V

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa por ser aluno da Universidade de São Paulo e apresentar ou já ter apresentado quadro de uso problemático de álcool ou outras drogas. Não há necessidade de se identificar. Considerando o sigilo absoluto das pessoas entrevistadas, solicito que as respostas sejam verídicas para que os objetivos da pesquisa sejam atingidos.

Dados Pessoais:

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Filhos? Quantos?

Curso:

Ano de ingresso na Universidade:

Ano de ingresso no Crusp:

1. O que é para você ser um aluno da USP?
2. Você procurou outros serviços de tratamento de uso problemático de álcool e outras drogas (intra ou extra USP) antes do oferecido pela COSEAS?
3. O que você pensava e sentia sobre seu uso problemático de drogas antes de ser acompanhado pelo Projeto?
4. Como você chegou ao atendimento do Serviço Social da COSEAS?
5. O que você sente ou sentiu ao ter o acompanhamento do Serviço Social?
6. Fale sobre suas necessidades durante o período de uso problemático de álcool e outras drogas.
7. Dentre suas necessidades, quais considera que foram atendidas e quais não foram atendidas?
8. Na sua opinião, com que ações o atendimento poderia aperfeiçoar sua intervenção?