

DESAFIOS DE PROTEÇÃO SOCIAL E DIREITOS DE SAÚDE: O ABUSO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA

Evelyn Eisenstein, Thiago Luchesi***

Cenas cariocas:

- Atendimento de adolescente de 16 anos, residente no Rio Comprido e que vem à consulta médica devido a febre e dor-de-garganta. Ao responder à pergunta se estudava, diz que sim à noite; e ao responder o que fazia então durante o dia, responde: “*sou olheiro!*” Perguntei a seguir: - e você gosta do que faz? E a resposta veio rápida, com um sacudir de ombros: “... *fazer o quê?*”

- Atendimento de adolescente de 13 anos, residente em Belfort Roxo e que vem à consulta médica, trazida pela mãe, para contracepção, pois saiu da escola e iniciou o uso de maconha e *crack*, depois que começou a namorar um adolescente de 19 anos que trabalha no tráfico de drogas.

- Adolescente de 11 anos morre baleado numa sala de aula do CIEP Rubens Gomes, durante troca de tiros entre policiais e moradores de favela em Costa Barros, na cidade do Rio de Janeiro.

Crianças e adolescentes vivem num período intenso de crescimento, desenvolvimento emocional e cognitivo, de maturação cerebral, corporal e sexual, num processo dinâmico e complexo de mudanças que são interdependentes e associadas entre si. Todos precisam de condições nutricionais, ambientais e contextuais favoráveis para realizarem esta transição de maneira saudável até a vida adulta para a plena integração social. Distorções ocasionadas por situações de risco, doenças, traumas, violência e abusos de drogas podem interromper esta trajetória e repercutir para o resto de suas vidas. Os desafios específicos para a promoção da saúde entre adolescentes (10 a 20 anos de idade) e jovens adultos (20 a 24 anos de idade) decorrem de sua maior vulnerabilidade e das pressões sociais, exercidas inclusive por outros adolescentes e exacerbadas pela mídia e associadas a comportamentos e situações de risco (Eisenstein, 2005).

Direitos à proteção social e à vida e à saúde são assegurados pelos artigos 19 e 24 da Convenção dos Direitos da Criança das Nações Unidas, compromisso reafirmado pelo Brasil e reiterado no artigo # 227 da Constituição Federal. O Estatuto da Criança e do Adolescente, lei 8.069 promulgada em 1990, assegura os direitos de cidadania e saúde como **prioridade absoluta** e apesar de já ter completado 20 anos, ainda existe uma enorme distância entre a sua implementação e a disponibilidade de recursos em políticas públicas direcionadas às crianças e adolescentes, em todas as regiões do país. No compromisso firmado em 2002, “Um Mundo para Crianças” e nos “Objetivos do Milênio” a meta de proteção social é repetida com enorme ênfase. As leis existem e deveriam ser cumpridas num Estado de Direito e num país de regime democrático! No entanto, esta não é a realidade do cotidiano das crianças e adolescentes brasileiros. A falta dos programas de prevenção causa um ônus de doenças com enorme custo social e grande impacto na saúde pública com aumento das taxas de mortalidade da população jovem.

A cada dia, as causas do abandono público associadas à desestruturação familiar contribuem para a marginalização escolar e exclusão social, aumentando as desigualdades sociais e favorecendo o aumento dos episódios de violência, abusos, riscos suicidas, acidentes e suas repercussões com sintomas de estresse pós-

traumáticos, incluindo problemas mentais e comportamentais, do qual o abuso de álcool e drogas é um facilitador etiológico. A falta de investimento público em prevenção causa danos irreparáveis a cada geração.

Enquanto as tarefas de desenvolvimento da adolescência numa família funcional e segura proporcionam mais oportunidades de aprimorar as conexões afetivas, a confiança, a competência através do conhecimento e da auto-estima, numa família disfuncional, desagregadora ou negligente onde o abandono afetivo é rotina dos comportamentos sem limites, estas tarefas se tornam atitudes de risco ou de transgressão, ameaçando a dinâmica familiar. As drogas exercem então o seu papel de atuação como fator precipitante nesse desequilíbrio. Adolescentes sempre procuram “soluções mágicas”, oportunidades ilimitadas de prazer e o desafio de vencer obstáculos e regras estabelecidas, como rituais importantes para vencer as inseguranças e a sensação de vulnerabilidade e ainda dependência do mundo adulto. Alguns adolescentes podem apresentar diagnósticos psiquiátricos de depressão, obsessão ou ansiedade e que são também mascarados pelo uso de drogas ou exacerbados por conflitos sociais externos. Mas a grande maioria inicia o uso de drogas, cigarros de nicotina ou bebidas alcoólicas, por curiosidade, conflitos internos ou externos e pressão de amigos.

Além das facilidades de se obter qualquer droga, nas escolas, na vizinhança, em qualquer festa “rave” de classes média e alta e também nas comunidades mais excluídas como nas favelas, a população adolescente e jovem é visada por compreender uma nova parcela da sociedade de consumo de grande interesse para os traficantes de drogas e também para as indústrias de cigarro e álcool, a se tornar “dependente”. Além disso, o uso indiscriminado de medicamentos dos pais ou comprados no balcão de qualquer farmácia entra no rol das drogas, como anfetaminas, tranqüilizantes e outros mais que são adicionados a bebidas alcoólicas ou “turbinados”. Para a população de adolescentes mulheres, a motivação principal para o uso do cigarro (nicotina) e também para o início do uso de *crack* é a inibição da sensação de fome e o estímulo à submissão sexual, aumentando inclusive as oportunidades de exploração sexual nos relacionamentos ou “*transa livre*”. Muitos adolescentes são também iniciados por colegas em “*baseados*” de maconha onde são adicionadas pequenas quantidades de *crack*, conhecido por “*craconha*”, “*pitico*” ou “*mesclado*” estabelecendo a sensação de “*fissura*” ou dependência, desde cedo. Recém-natos filhos de mães adolescentes podem nascer com sintomas caracterizados pelo uso de drogas durante a gestação, incluindo prematuridade, baixo peso, síndrome alcoólico-fetal, tremores, crises convulsivas e problemas respiratórios.

Principais fatores de risco para o abuso precoce das drogas na infância e adolescência são (WHO/ISPCAN, 2006):

- O abandono afetivo ou o descaso familiar
- Perda do pai ou da mãe, por morte súbita, prisão ou separação
- Conflitos intra-familiares constantes e de múltiplas causas
- Pai ou mãe alcoólatra ou parte componente da rede de tráfico de drogas na comunidade
- Abuso sexual, violência ou episódios traumáticos na rotina e convivência familiar
- Evasão escolar devido diminuição do rendimento ou problemas de aprendizagem

A população adolescente (10 aos 18 anos) e jovem (19 aos 24 anos) na Cidade do Rio de Janeiro, segundo os dados estimados do IBGE para 2004, compreendem:

- de 10 a 14 anos: 442.343 habitantes
- de 15 a 17 anos: 287.630 habitantes
- de 18 a 19 anos: 217.670 habitantes
- de 20 a 24 anos: 517.594 habitantes

Existem, aproximadamente, 1,5 milhões de adolescentes e jovens entre 10 a 24 anos de idade ou 24,4% do total da população carioca e se considerarmos a região metropolitana, incluindo municípios vizinhos, estes dados aumentariam para 2,5 milhões de cidadãos.

Alguns dados estatísticos para refletirmos melhor sobre a questão da proteção social de crianças e adolescentes e seus direitos à Vida e à Saúde:

No município do Rio de Janeiro, existem 10 a 15 estabelecimentos ou serviços públicos de saúde, entre hospitais e ambulatórios para atendimento clínico de adolescentes, e mesmo assim muitas unidades sem profissionais treinados para o atendimento específico e para a avaliação do uso de drogas e/ou tratamento adequado a problemas comportamentais, mentais e familiares relacionados às drogas.

Em se tratando da *educação*, a Secretaria Municipal de Educação é responsável por 1063 escolas de ensino fundamental com o total de 553.411 alunos sendo que 150 escolas estão localizadas em áreas consideradas de conflito ou alto risco e fazem parte de um programa especial da SME com 108.576 estudantes ou 20 % da rede da SME (2009). A defasagem idade-série é de 22% (variação de 2 a 63 %) e o índice de evasão escolar em áreas de conflito é de 5 %.

Ao compararmos com a Secretaria Estadual de Educação (2006) e que abrange o ensino médio e muitas escolas também situadas no município, existem o total 232.207 alunos, com uma taxa de reprovação de 20% e uma taxa de abandono de 20% sendo a defasagem idade-série de 67%.

Se fizermos outra comparação, com a rede particular de ensino que tem 54.679 alunos com uma taxa de reprovação de 2,5%, taxa de abandono de 1,4% e defasagem idade-série de 12% , já percebemos as enormes diferenças entre os dados e que refletem, dentre tantos outros problemas, as dificuldades do ensino público à medida que as crianças se tornam adolescentes além de todos os problemas de rendimento escolar inerentes às faltas de infra-estrutura educacional adequada à violência de nossa realidade.

E por que a enorme preocupação com o abandono escolar? Uma pesquisa realizada entre 2004-2006 com 230 adolescentes que estavam envolvidos com a rede de tráfico de drogas no varejo em 34 comunidades

diferentes, no município, demonstrou que 93% dos entrevistados tinham abandonado a escola, 46% dos quais entre 11 e 14 anos. Dos entrevistados, 60% entraram para o tráfico entre os 12 e 15 anos e 90% permaneceram entre os 13 e 18 anos. Dos 230 adolescentes selecionados e acompanhados pela pesquisa durante 2 anos, 10 % morreram durante o período da pesquisa. Resultado final da pesquisa é a demonstração que existe a associação entre o abandono escolar e a entrada para o tráfico de drogas como fonte de renda em 60% dos casos estudados (Observatório de Favelas, 2006).

Segundo os dados estatísticos da Secretaria Municipal de Saúde 2006 apresentados no relatório acessível do “Rio Como Vamos?” a taxa de mortalidade geral (por todas as causas externas) de adolescentes e jovens masculinos entre 15 e 25 anos de idade é igual a 265/100.000 habitantes com uma desigualdade de **10,25** vezes entre as 3 melhores regiões: Paquetá, Botafogo e Lagoa, 55/100.000 hab e as 3 piores regiões: São Cristovão, Rio Comprido e Cidade de Deus, 747/100.000 hab.

No entanto, quando comparamos com a taxa de mortalidade por homicídio de adolescentes e jovens masculinos entre 15 e 25 anos de idade é igual a 152/100.000 habitantes com uma desigualdade de **13,25** entre as 3 melhores regiões: Paquetá, Botafogo e Lagoa 37,6/100.000 hab e as 3 piores regiões: Jacarezinho, Rio Comprido e Cidade de Deus, 356/100.000 hab. (SMS, 2006)

E a seguir, quando comparamos estes dados com a taxa de mortalidade de adolescentes e jovens masculinos entre 15 e 25 anos de idade por intervenção legal/ação policial (“balas perdidas”) igual a 20,27/100.000 habitantes há uma desigualdade de **74,84** entre as 5 melhores regiões: Paquetá, Botafogo, Lagoa, Guaratiba e Portuária 0/100.000 hab e as 5 piores regiões: Alemão, S Cristovão, Rio Comprido, Jacarezinho e Cidade de Deus 80/100.000 hab. (SMS, 2006)

Sabemos de inúmeros trabalhos de pesquisa nacionais e internacionais, inclusive de estudo comparativo realizado pela Organização Mundial de Saúde, entre 12 países (**Brasil**, México, Canadá, Estados Unidos, Nigéria, África do Sul, Israel, Japão, República Checa, Índia, Indonésia e Tailândia), segundo os quais adolescentes iniciam o uso de drogas ilícitas entre 10 e 14 anos, com estimada prevalência máxima anual de nicotina/álcool/drogas ilícitas aos 15 anos de idade e que os jovens adultos entre 18 e 24 anos compreendem a maior proporção de usuários dessas substâncias (WHO, 2005), (PAHO, 2009).

Refletindo sobre estes dados, podemos inferir que apesar de todos os problemas comportamentais e educacionais, a grande maioria dos usuários de drogas inicia este uso durante o período escolar, e que essas taxas vão se agravando com o abandono escolar e a exclusão social, contribuindo para as altas taxas de mortalidade no período da adolescência e juventude. Sem mencionar todos os problemas médicos e sociais agudos e crônicos ocasionados e exacerbados pelo uso das drogas ao longo da vida. O cérebro em processo de maturação durante o período da infância e da adolescência é danificado, distorcido, alterado devido às influências de substâncias tóxicas que modificam os mecanismos biológicos de adaptação neuro-hormonal do circuito da corticotrofina-dopamina-serotonina. Estas mudanças têm um efeito cumulativo, crônico e progressivo causando atrasos de desenvolvimento cerebral e cognitivo, transtornos de aprendizado e relacionamento familiar e social, além do aumento dos transtornos mentais de

depressão e dissociativos, incluindo as reações de estresse pós-traumático (critério diagnóstico F43.1 do CID-10/OMS) e dos transtornos de conduta e que todos “com-vivemos” nas comunidades e na realidade brasileira, com alto custo de saúde pública e desgaste social (Eisenstein et al, 2009).

O que estamos esperando ou ainda discutindo? Políticas públicas que não saem do papel, quando são finalizadas ou aprovadas? Ou justamente a falta de políticas públicas de proteção social a programas de prevenção para crianças e adolescentes, um direito à saúde e prioridade absoluta assegurado há mais de 20 anos? As drogas fazem parte importante do sintoma social de abandono, inclusive dos direitos de cidadania assegurados em Lei.

Durante o período de crescimento e desenvolvimento crianças e adolescentes precisam do apoio de suas famílias e as famílias precisam do apoio da Sociedade e do Estado em suas comunidades. Cada vizinhança exerce um fator de influência cultural e social, que pode ser positivo a favor da proteção social com uma maior participação comunitária ou negativo e facilitador do uso de drogas ilícitas, num relacionamento assimétrico do poder e alienação entre grupos rivais. Problemas de comportamento precisam ser conceptualizados com uma visão multi-dimensional, incluindo a percepção do conflito, a coesão familiar e as expectativas de futuro, com a participação dos jovens na troca de modelos alternativos para a solução dos problemas.

Daí a importância da promoção da resiliência comunitária que se transmite às famílias e estimula a construção dos valores de prevenção de riscos e cuidados de saúde e que são os fatores de proteção social para cada criança e adolescente. Quando não existem alternativas positivas de participação, como por exemplo, programas de protagonismo juvenil, competições esportivas ou atividades culturais, incluindo práticas religiosas e artísticas, como dança, música ou cinema/teatro/foto/vídeos, para mediação dos conflitos e liberação da tensão, as respostas ao estresse coletivo favorecem cenas de violência e abusos, onde o álcool e as drogas são favorecidas como meio de transição social.

Os programas de prevenção visam a reduzir os fatores de risco nos relacionamentos familiares e escolares reduzindo os problemas de comportamento e do consumo de álcool e drogas. Estas intervenções preventivas e terapêuticas precisam da premissa de modelos ecossistêmicos e holísticos e são classificadas como (Lidchi, 2010):

- **Universais:** abrangendo populações e estabelecendo normas e limites de conduta, incluindo a disseminação de informações e campanhas de educação em saúde, como por exemplo: o projeto lei seca, a proibição do fumo em transportes e locais fechados, a proibição de venda de bebidas alcoólicas em bares/restaurantes para menores de 18 anos (apesar de muitas vezes não fiscalizada), disque-denúncia e telefones de auxílio e de emergência pública.
- **Seletivas:** abrangendo grupos sociais de maior risco, como escolares com problemas de baixo rendimento escolar e famílias desagregadas que deverão ter acesso a programas de atenção

primária, serviços de orientação educacional, apoio psico-pedagógico e assistência inter-setorial integrada, como atividade extra-curricular para reforço escolar ou de re-orientação familiar, incluindo técnicas psicoterapêuticas cognitivo-comportamental de resolução de conflitos e problemas comportamentais na dinâmica pais-filhos, além de programas comunitários de apoio social ou de inserção no mercado, como os programas jovem aprendiz ou pró-jovem urbano.

- **Indicadas:** em casos já avaliados e identificados de crianças e adolescentes com alto-risco para o consumo de drogas, as intervenções assistenciais deverão envolver também as famílias num trabalho terapêutico orientado para melhorar as capacidades dos pais de aceitar e lidar com os problemas, evitando os “excessos” de comportamentos de abandono afetivo ou atitudes agressivas, violentas e muitas vezes ilimitadas, incluindo o próprio uso de álcool/drogas e que influenciam negativamente o desenvolvimento de seus filhos e o comportamento anti-social.

Existem diferentes modelos de avaliação (Modelo Modificado de Estresse Social, WHO, 1996) e psicoterapêuticos descritos e publicados na literatura científica médica e psicossocial para acompanhamento e tratamento individual e familiar. É sempre necessário se restabelecer uma relação de confiança e possibilitar novos espaços de aprendizado e desenvolvimento das habilidades cognitivas e afetivas das crianças e adolescentes que foram bloqueadas por traumas ou distorcidas pelo uso de álcool e drogas (Uerê-Mello, 2010). Tais programas visam modificar atitudes e relacionamentos complicados por transtornos mentais associados às intoxicações externas, mas todos exigem equipes multiprofissionais bem capacitadas e comprometidas com este trabalho o que também demandam altos recursos de assistência familiar, social e de saúde pública, como os centros de tratamento e reabilitação.

É essencial que tais programas encontrem maneiras e métodos que sejam adequados e adaptados às particularidades específicas dos adolescentes e jovens de cada comunidade, não apenas no contato com pacientes adolescentes da rede pública de saúde, mas também no que diz respeito à linguagem e meios de comunicação utilizados em campanhas públicas de prevenção e informação. Para tanto, os próprios adolescentes devem ser sempre escutados e incentivados a participar de todas as decisões que dizem respeito à sua saúde.

Principais fatores de proteção social e de resiliência contra o impacto do abuso de drogas na infância e na adolescência são (WHO/ISPCAN,2006):

- Apego seguro ou relação de confiança estabelecida através dos cuidados dos pais e da família
- Participação efetiva dos pais na programação das escolas para construção da rede de proteção e paz
- Informação pública e programas de educação em saúde adequados, incluindo materiais de prevenção apropriados à compreensão e ao desenvolvimento das crianças e adolescentes
- Participação dos adolescentes em programas comunitários de prevenção que ofereçam a criação de oportunidades de inserção e de facilitação a redes de apoio social e preservação da auto-estima

- **Intervenções precoces e integradas com acesso livre e gratuito a serviços públicos de cuidados de saúde e de apoio terapêutico**

E assim voltamos ao ponto inicial de nossa discussão sobre políticas públicas de proteção social que com custo menor e abrangência maior têm a vantagem de enfrentar, solucionar e prevenir os problemas causados pela violência e traumas do uso de substâncias psicoativas em crianças e adolescentes. Estratégias internacionais recomendam modelos de informação e acesso a serviços públicos que demonstrem as melhores práticas de educação, treinamento e defesa dos direitos em casos de drogas que influenciam o comportamento e o desenvolvimento social de crianças e adolescentes (PAHO/WHO, 2010). Programas nacionais devem desenvolver políticas públicas adequadas e integradas de atenção, bem-estar e melhor qualidade de vida das crianças e adolescentes, identificando comportamentos preditores de alto-risco e assim possibilitar o acesso a serviços sociais para intervenções precoces e cuidados de saúde visando a limitação dos sérios problemas de emergência e dos tratamentos de alto custo social relacionados ao consumo de drogas. ***Mais um direito à saúde!!!***

REFERÊNCIAS:

1. **EISENSTEIN, E. (2005):** Adolescência: definições, conceitos e critérios. Revista Adolescência & Saúde, 2 (2): 6-7.
2. **CONVENTION ON THE RIGHTS OF THE CHILD (1990): UNICEF:** acessível em <http://www.unicef.org/crc>
3. **BRASIL, ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (1990):** Lei 8069 de 13 de Julho de 1990 acessível em http://planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm
4. **WHO/ISPCAN (2006):** Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Genebra. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.
5. **BRASIL, IBGE (2004):** Indicadores Sociais/População de Crianças e Adolescentes/Censo Demográfico. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acessível em <http://www.ibge.gov.br>
6. **SECRETARIA MUNICIPAL de EDUCAÇÃO (2009):** acessível em <http://www.rio.rj.gov.br/sme>
7. **SECRETARIA ESTADUAL de EDUCAÇÃO (2006):** acessível em <http://www.educacao.rj.gov.br>
8. **OBSERVATÓRIO das FAVELAS (2006):** Pesquisa: Trajetória de crianças, adolescentes e jovens na rede de tráfico de drogas no varejo, Rio de Janeiro (2004-2006). Acessível em <http://www.observatoriodefavelas.org.br/publicacoes>

9. **SECRETARIA MUNICIPAL de SAÚDE/RIO COMO VAMOS (2006):** Sistema de Indicadores acessível em <http://www.riocomovamos.org.br>
10. **WHO (2005):** Substance Use Among Young People in Urban Environments. Obot, I.S. & Saxena, S. (eds). Genebra. World Health Organization.
11. **EISENSTEIN, E., LIMA, L.A., JORGE, E. (2009):** Transtorno do Estresse Pós-Traumático em Adolescentes: repercussões clínicas. Revista Adolescência & Saúde: 6 (3): 7-15.
12. **LIDCHI, V. (2010):** Maus-Tratos e proteção de crianças e adolescentes: uma visão ecossistêmica. Rio de Janeiro. Instituto NOOS.
13. **WHO (1996):** Modelo Modificado do Estresse Social (trad. NEPAD/UERJ) Programme on Substance Abuse. Street Children, Substance Abuse and Health: Training for Street Educators, Manual. WHO/PSA/95.12. Genebra. World Health Organization.
14. **MELLO, Y.B. (2010):** Aprender para Viver/Viver para Aprender: Pedagogia UERE-MELLO: ensino diferenciado para bloqueios cognitivos, Rio de Janeiro. Ed da autora Yvonne Bezerra de Mello.
15. **PAHO/WHO (2010):** 50th Directing Council 62nd Session on Regional Committee- Strategy on Substance Abuse and Public Health document Sept/Oct 2010. Washington (DC). Pan-American Health Organization/ World Health Organization.
16. **PAHO (2009):** Drug use epidemiology in Latin America and the Caribbean: a public health approach Washington (DC). Pan-American Health Organization.

Agradecimentos: Dra. Christiana Lopreato de UFUberlândia, Dra Yvonne Bezerra de Mello do Projeto Uere, Rio de Janeiro, Dra Carla Correa da Rede Criança e Paz e Dr Valter Duarte da UERJ-ICHS

- EVELYN EISENSTEIN é professora adjunta de Pediatria e Clínica de Adolescentes da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) e Coordenadora do Telemedicina da FCM-UERJ.
- THIAGO LUCHESI é advogado com especialização em Direito Internacional pelo Instituto de Altos Estudos Internacionais, em Genebra
- Endereços p/ correspondência: evelynbrasil@hotmail.com e thiago.luchesi@graduateinstitute.ch
- Rua Barão de Lucena 32, Rio de Janeiro, 22260-020 tel 21-25390048