

Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas

Ana Luíza Portela Bittencourt¹, Lucas França Garcia², José Roberto Goldim³

Resumo

As modificações físicas, psíquicas e sociais da adolescência aprofundam a condição de vulnerabilidade e aumentam o risco de início precoce do uso de substâncias psicoativas (SPA). Realizou-se estudo transversal com 229 adolescentes usuários de SPA, em tratamento em centro de atenção psicossocial à infância e adolescência (Capsia), durante o período correspondente aos primeiros dez anos de funcionamento desse serviço, com a finalidade de traçar o perfil biopsicossocial dos usuários e identificar fatores de risco para o início do uso de drogas entre adolescentes. A maioria dos prontuários analisados pertencia a pacientes do sexo masculino, que praticam ou praticaram atos infracionais, estão em evasão escolar e conviveram ou convivem com familiares que utilizam drogas e/ou em situações de agressão familiar. Tais dados revelam um perfil de vulnerabilidade que gera a necessidade de proteção adicional por parte dos diversos serviços de atenção às crianças e adolescentes, em diferentes esferas.

Palavras-chave: Adolescentes. Serviços de saúde mental. Transtorno relacionado ao uso de substâncias. Comportamento/efeitos de drogas. Transtornos psicofisiológicos. Vulnerabilidade social.

Resumen

Adolescencia vulnerable: factores biopsicosociales relacionados al uso de drogas

Las modificaciones físicas, psíquicas y sociales de la adolescencia profundizan la condición de vulnerabilidad y aumentan el riesgo de un inicio precoz en el uso de sustancias psicoactivas (SPA). Se realizó un estudio transversal con 229 adolescentes usuarios de SPA, en tratamiento en un centro de atención psicossocial a la infancia y adolescencia (CAPSIA), durante el período correspondiente a los primeros diez años de funcionamiento de este servicio, con la finalidad de trazar el perfil biopsicosocial de los usuarios e identificar factores de riesgo para el inicio en el uso de drogas entre adolescentes. La mayoría de los prontuarios analizados pertenecía a pacientes del sexo masculino, que practican o practicaron actos de infracción, están en evasión escolar y convivieron o conviven con familiares que utilizan drogas y/o en situaciones de agresión familiar. Tales datos revelan un perfil de vulnerabilidad que genera la necesidad de protección adicional por parte de los diversos servicios de atención a los niños y adolescentes, en diferentes esferas.

Palabras-clave: Adolescentes. Servicios de salud mental. Trastorno relacionado con sustancias. Comportamiento/efectos de drogas. Trastornos psicofisiológicos. Vulnerabilidad social.

Abstract

Vulnerable adolescence: bio-psychosocial factors related to drug use

The physical, psychological and social modifications in adolescence deepen the condition of vulnerability and increase the risk of precocious use of psychoactive substances (PAS). This cross-sectional study covered 229 adolescent users of PAS under treatment at a psychosocial center for the care of children and adolescents (CAPSIA), during the first ten years of the service, with the purpose of outlining the bio-socio-psychological of the users and profile of the users and identifying risk factors for beginning drug use among adolescents. Most of the medical records belonging to male patients who practice or had practiced misdemeanors as school dropouts and had lived or live with family members who use drugs, and/or in situations of family aggression. Such data reveal a profile of vulnerability that generates a need for additional protection on the part of the diverse services for child and adolescent care, in different spheres.

Keywords: Adolescents. Mental health services. Substance-Related disorders. Behavior/drug effects. Psychophysiological disorders. Social vulnerability.

Aprovação CEP Hospital de Clínicas de Porto Alegre CAAE 04574312.4.0000.5327 Parecer 655/07

1. **Doutoranda** alportelab@gmail.com 2. **Doutorando** lucasfgarcia@gmail.com 3. **Doutor** jrgoldim@gmail.com – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre/RS, Brasil.

Correspondência

Ana Luíza Portela Bittencourt – Laboratório de Bioética e Ética na Ciência, Centro de Pesquisas, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rua Ramiro Barcelos, 2.350 CEP 90035-903. Porto Alegre/RS, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

A adolescência é um momento de grande impacto no desenvolvimento humano, e se molda como período crucial no que tange ao uso de drogas. De acordo com o Ministério da Saúde ¹, a adolescência corresponde à faixa etária entre 10 e 20 anos – conforme critério definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) – e consiste em um processo de emancipação afetado por diversos fatores nos quais atitudes, hábitos e comportamentos se encontram em transformação. Os primeiros contatos com o álcool e outras drogas ocorrem, geralmente, durante esse período, no qual as estruturas cerebrais responsáveis pela percepção temporal e pelo controle de impulsos estão ainda em amadurecimento ². A satisfação imediata proporcionada pelo uso de *substâncias psicoativas* (SPA) vem ao encontro do comportamento impulsivo e do imediatismo muitas vezes presentes nos jovens dessa faixa etária. Tal fato, somado às transformações físicas e psíquicas ³ e aos conflitos com o meio familiar e social ⁴, acaba por aprofundar a vulnerabilidade inerente a essa população específica.

Levinas ⁵ define vulnerabilidade como condição de todo ser humano, na medida em que todos estamos expostos ao outro e ao mundo, e por eles somos responsáveis. A fim de precisar o uso do termo “vulnerabilidade” e como seu conceito vem sendo aplicado e compreendido pela bioética, Neves ⁶ parte do reconhecimento da vulnerabilidade, conforme Levinas ⁵, estendendo tal entendimento à apuração da existência de grupos e indivíduos especialmente vulneráveis, os quais devem ser protegidos em razão de sua condição agravada por circunstâncias e situações específicas. Essa mesma distinção é feita, pela bioética da proteção ⁷, que diferencia essas duas condições por meio dos termos “vulnerável” e “vulnerado” ⁸. Segundo Schramm ⁹, enquanto o primeiro termo designa a condição comum a todos os humanos, como referido por Levinas ⁵, o segundo nomeia aquele indivíduo cuja condição de vulnerabilidade é agravada por circunstâncias adversas.

Diante do exposto, neste trabalho entende-se vulnerabilidade como fragilidade, suscetibilidade e necessidade de proteção adicional ¹⁰. Conforme Guimarães e Novaes ¹¹, a redução da vulnerabilidade depende da eliminação das consequências das limitações sofridas pelos sujeitos ou grupos. No entanto, para que seja possível alcançar esse resultado, é preciso identificar tais limitações e conhecer os fatores envolvidos em sua gênese.

Como já foi mencionado, acredita-se que o uso precoce de SPA pode vir a ser fator limitante do desenvolvimento saudável, tanto no âmbito físico quanto psicossocial. Israel-Pinto ¹² chama a atenção

para o aumento do uso de SPA nas últimas décadas, bem como a busca mais frequente dos jovens por férias e atividades relacionadas à utilização de drogas. O consumo precoce de álcool e drogas pode levar o jovem a afastar-se de seu desenvolvimento normal, expondo-o ao risco de evoluir do uso experimental para a dependência ². Também pode antecipar consequências e prejuízos associados, como problemas de saúde, sanções legais, conflitos familiares e sociais, abandono da escola e sentimentos de culpa ou ansiedade ¹³⁻¹⁵. Situações como essas viriam, sem dúvida, a somar-se a fatores já existentes, aprofundando a condição de vulnerabilidade inerente.

Diante do crescimento dos problemas relacionados ao abuso dessas substâncias no Brasil, foram necessários investimentos na modificação de políticas públicas e sociais, de justiça e de saúde pública. O ano de 2002 foi apontado pelo Ministério da Saúde, em seu documento sobre a política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas ¹⁶, como particularmente decisivo para a adoção de estratégias de trabalho destinadas a usuários de SPA. Nesse ano, segundo o mesmo documento – que adota as propostas recomendadas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, de 2001 –, o uso prejudicial de substâncias é reconhecido como problema de saúde pública, o que dá origem à construção de uma política de atenção voltada para esse público. Os centros de atenção psicossocial (Caps) inserem-se no programa de criação de uma rede de assistência extra-hospitalar destinada a pacientes portadores de psicopatologias, incluindo também a assistência a usuários de substâncias psicoativas ^{17,18}, que, desse modo, passam a receber atendimento fora do ambiente hospitalar ¹⁹.

Segundo Laranjeira ²⁰, a dependência química deve ser considerada doença crônica e complexa, a requerer estratégias de atenção específicas, com a finalidade de obter prognóstico satisfatório. Uma vez que se entende a gravidade do abuso de SPA, bem como a fragilidade dos adolescentes diante desse panorama, fazem-se necessários estudos que possibilitem melhor compreensão dos fatores envolvidos no uso dessas substâncias por jovens brasileiros, de modo a contribuir para a adequação dos serviços destinados ao auxílio e tratamento dessa população e a consequente redução da situação de vulnerabilidade em que se encontram.

A bioética complexa proporciona base adequada para a discussão dessa temática, sendo compreendida como uma *reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver* ²¹. O estudo

aqui apresentado tem por objetivo traçar o perfil biopsicossocial dessa população e identificar possíveis fatores de risco para o início precoce do uso de SPA, debatendo esses elementos pela perspectiva da bioética.

Método

Os dados foram coletados mediante leitura dos registros em prontuários dos pacientes usuários de substâncias psicoativas que buscaram tratamento no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (Capsia) de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, no período correspondente aos primeiros dez anos de funcionamento desse serviço.

O estudo dos dados referentes a esse período inicial são importantes para a caracterização da população para a qual foi criado o serviço, ressaltando que, até o momento da elaboração deste trabalho, tais informações não haviam sido investigadas. Além disso, por meio da literatura consultada, percebe-se que ainda são escassos os trabalhos focados no estudo da população adolescente portadora de transtornos por uso de substâncias psicoativas (Tusp) e em tratamento na rede ambulatorial – trabalhos esses voltados, em sua maioria, para a população adulta e para a rede hospitalar. Assim, o presente estudo contribui para o aprofundamento da compreensão de aspectos especificamente pertinentes aos problemas enfrentados pelos adolescentes usuários de SPA, tais como percepção e expressão de coerção, voluntariedade do tratamento, modalidades de tratamento e reinternações.

Realizou-se estudo transversal com todos os 229 adolescentes usuários de substâncias psicoativas em tratamento no Capsia, no período de novembro de 2002 a dezembro de 2012. Foram coletados dados caracterizando o momento da busca por tratamento (sexo, idade, situação escolar, fonte de encaminhamento), situações consideradas agravantes da condição de vulnerabilidade (violência familiar, envolvimento criminal, evasão escolar) e questões pertinentes ao tratamento (substâncias utilizadas e internações hospitalares). Ressalte-se que as internações involuntárias e compulsórias foram agrupadas na mesma categoria, em virtude da impossibilidade de distinguir entre uma e outra modalidade nos registros dos prontuários. Também é preciso enfatizar que essa classificação baseou-se na identificação feita pela equipe do Capsia, a qual atribuía caráter involuntário ou compulsório a internações realizadas com intervenção judicial.

Os dados, obtidos a partir dos registros dos atendimentos nos prontuários, foram avaliados quantitativamente e de forma descritiva, permitindo a caracterização de um perfil biopsicossocial desses adolescentes. O projeto foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Santa Cruz do Sul e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Resultados

A maioria dos pacientes era do sexo masculino (81,7%) e sua idade, no momento da busca por tratamento, variava de 7 (0,4%) a 17 anos (19,2%), com predomínio da faixa etária entre 15 (23,6%) e 16 anos (24,0%). Dado que as idades correspondem à idade no momento da busca por tratamento, justifica-se a escolha de analisar também o prontuário daquele paciente que se apresentava com 7 anos de idade ao buscar tratamento, uma vez que ele deu continuidade aos atendimentos durante sua adolescência. Muitos desses adolescentes referiam convivência com familiares que utilizavam algum tipo de droga (56,8%), tendo também sofrido agressões físicas por parte de familiares (24,0%). As dificuldades vividas por esses jovens refletem-se em sua conduta, assim como em sua vida escolar. A prática de atos infracionais apresenta-se como comportamento frequente (64,2%), ao lado da evasão escolar (62,9%).

Nos prontuários buscaram-se, entre outros dados referentes ao curso do tratamento, informações sobre o seu início. Com isso, observou-se que a maioria dos encaminhamentos foi feita pelo Conselho Tutelar do município (43,2%), seguida de encaminhamentos pelos postos de saúde (17,5%). Embora o Capsia tenha sido inicialmente destinado ao atendimento de usuários encaminhados não somente pelo Conselho Tutelar, mas também pelo Juizado da Infância e Juventude, apenas 4,4% dos pacientes tiveram esse tipo de encaminhamento durante o período estudado. Poucos foram aqueles que buscaram o serviço espontaneamente (11,4%), sem terem sido encaminhados por outras instituições.

Durante os primeiros dez anos de atendimento foram realizadas pelo Capsia 314 internações, classificadas pelos autores desta pesquisa como: “internações voluntárias para desintoxicação” (44,5%); “internações involuntárias ou compulsórias para desintoxicação” (39,8%), “internação em comunidade terapêutica” (12,1%) e “para tratamento de outros transtornos psiquiátricos” (3,5%).

A maioria dos prontuários estudados pertencia a sujeitos identificados como poliusuários (68,1%), ou seja, aqueles que faziam uso de mais de uma substância psicoativa. Com relação ao tipo de droga consumida por esses pacientes, constatou-se que as mais utilizadas eram a maconha (58,9%) e o crack (54,6%). Foram encontrados também registros de uso de cocaína (46,7%), bebidas alcoólicas (34,5%), tabaco (25,8%), "loló" (7,0%) e *ecstasy* (0,4%).

Discussão

Quando se analisam aspectos relativos à infância e adolescência, é preciso ter em mente que essa fase corresponde a uma população potencialmente vulnerável. Tal vulnerabilidade remete não só àquela inerente a todo ser humano^{5,6}, mas também à sua fragilidade diante de situações ambientais, sociais e de todos os tipos dependência dos mais velhos, inclusive econômica. Isso os torna especialmente condicionados ao ambiente físico e social em que vivem²².

A leitura dos prontuários mostrou elevado número de pacientes que teve algum tipo de convívio com familiares usuários de SPA e, ainda, de registros relatando situações de agressão vivenciadas por esses jovens. Além disso, boa parte deles (62,9%) encontrava-se afastada do ambiente escolar. Schenker e Minayo¹⁵, ao analisarem fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência, referem que a família e a escola constituem elementos fundamentais no suporte a adolescentes e pré-adolescentes.

Kreishe, Sordi e Halpern²³ citam o acompanhamento e a supervisão da criança ou adolescente pelos pais como fator fundamental para a prevenção do abuso de drogas. Famílias nas quais há falta de apego e carinho, paternagem ineficaz e abuso de drogas por parte dos responsáveis ou cuidadores são potencializadoras do risco de que a criança desenvolva o mesmo comportamento.

A família e a escola também são consideradas por Schenker e Minayo¹⁵ instituições relevantes na construção da resiliência. Segundo as autoras, a resiliência é importante para que o adolescente desenvolva espírito questionador e reflexivo abrangente, a partir do qual será capaz de uma atitude crítica diante das drogas. A importância da frequência à escola formal também foi apontada por Vasters e Pillon¹³ como via de acesso a políticas de prevenção a drogas, muito embora mencionem as situações de baixo rendimento ou evasão escolar

como recorrentes na literatura sobre uso de drogas na adolescência por eles consultada.

Apesar de os dados oriundos dos prontuários mostrarem que, no momento da busca de tratamento no Capsia, os sujeitos estavam em situação de afastamento do ambiente escolar, não foi possível identificar as causas desse afastamento. Pode-se especular que a evasão escolar tenha ocorrido em razão do uso abusivo de drogas, mas também é possível conjecturar no sentido oposto, ou seja, sobre a inadequação da escola para acolher esses adolescentes e auxiliá-los na superação dos conflitos vivenciados. Estudo realizado por Araldi e colaboradores²⁴ menciona a fragilidade das escolas participantes da pesquisa, já que essas instituições contavam com poucas estratégias de prevenção do uso de SPA, sem apresentar, em seus projetos político-pedagógicos, diretrizes claras de abordagem da temática. Além disso, os autores veem a naturalização de noções do senso comum como elemento reforçador do caráter estigmatizante e do preconceito com relação aos alunos usuários de SPA.

Por permear diferentes setores da sociedade, a estigmatização dos usuários de substâncias é tema delicado, acarretando prejuízos, em diferentes níveis, ao indivíduo estigmatizado. Estudos mostram que essa rotulação pode interferir no envolvimento da pessoa em diversas atividades, bem como causar sua rejeição pelos demais²⁵. Sendo assim, o usuário tende a desenvolver estratégias como isolamento social, enfrentamento ou fuga diante de situações que, segundo sua percepção, possam prejudicá-lo. Tal comportamento pode agravar condições como depressão, hostilidade e ansiedade²⁶.

A escola, assim como a família, deveria ser capaz de gerar um espaço de reflexão, proporcionando ambiente acolhedor, que possibilitasse aos jovens tornarem-se cidadãos aptos a pensar sobre sua realidade e a mudá-la. A ausência dessas características dificulta a formação de uma personalidade mais resiliente, que lhes permita enfrentar melhor as situações conflituosas por eles vivenciadas, a exemplo das agressões cometidas por familiares. Assim, a evasão escolar, que implica o afastamento total do ambiente escolar, parece reduzir as possibilidades de enfrentamento do uso de drogas. Acredita-se que esse fator, somado aos demais já apresentados, possa contribuir para a busca da droga como elemento de fuga e propiciador de um prazer não alcançado por outras vias.

Quanto à prática de atos infracionais, registro frequente nos prontuários (64,2%), também podem ser apontados dois diferentes cenários. O primei-

ro, de que tal comportamento seria indicativo de uma alta taxa de criminalidade entre os portadores de Tusp, enquanto o segundo representaria maior índice de encaminhamento daqueles sujeitos que apresentam mais carência e prejuízo social, além de maior grau de dependência de SPA.

Acredita-se que o segundo cenário seja mais representativo da população estudada, uma vez que se verificou a mediação frequente do Conselho Tutelar, órgão de origem da maioria dos encaminhamentos ao Capsia. O Conselho Tutelar é responsável por atender esse público quando seus direitos são violados por terceiros ou em razão de sua própria conduta. Também cabe a esse órgão administrar medidas para garantir o acesso da criança e do adolescente a seus direitos, podendo encaminhá-los a tratamento médico e psicológico, além de incluí-los em programas de tratamento de toxicomanias²⁷. Assim, os adolescentes que têm acesso a esse serviço parecem ser aqueles cujo uso de substâncias configura-se problema social ou de saúde, motivo que levou ao acionamento do Conselho Tutelar a fim de protegê-los de possíveis agravos.

Embora os adolescentes constituam um dos grupos que atraem a atenção do poder público e de pesquisadores em virtude da maior probabilidade de sucumbir às adições²⁸, é possível que aqueles sujeitos que apresentam menor taxa de problemas relacionados ao uso de SPA estejam, ainda, sendo negligenciados. O Ministério da Saúde¹⁸ reconhece que os indivíduos que preenchem os critérios para o padrão de uso correspondente à dependência química são justamente aqueles abordados com mais frequência pelo sistema assistencial, apesar de não constituírem a maioria da população de usuários.

Tal fato revela-se controverso, pois aqueles usuários que permanecem fora do alcance dos serviços de assistência podem apresentar dificuldade em solicitar auxílio, e menores são suas chances de ser alvo de teorias e pesquisas, bem como de ter acesso aos diferentes serviços destinados a atender essa demanda²⁸. Tal situação também permeia o debate sobre a grande diferença encontrada entre o número de pacientes do sexo masculino e do sexo feminino que buscaram atendimento no Capsia, no período pesquisado.

Os dados apresentados indicam que os jovens que procuraram o Capsia eram, em sua maioria, meninos, havendo baixa demanda desse serviço por parte de usuários do sexo feminino. A maior prevalência de pacientes do sexo masculino nos ambientes de tratamento de usuários de drogas é abordada por Silva, Borrego e Figlie²⁹, para os quais

a menor frequência da procura dos serviços para tratamento de Tusp por parte das mulheres se dá em razão do julgamento social comumente sofrido por elas. Já o “Relatório brasileiro sobre drogas”¹⁹, realizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), menciona que a percepção do uso de álcool, maconha e cocaína/crack como risco grave é maior entre as mulheres do que entre os homens, o que, segundo os autores, justificaria o consumo menos frequente e intenso por parte da população feminina.

Embora não se possam realizar, por meio dos dados pesquisados, inferências com relação ao motivo de um menor número de meninas ter buscado tratamento no Capsia nesse período, observa-se que outros trabalhos na área da dependência química têm apresentado dados semelhantes^{30,31}. Em estudo realizado por Faria e Schneider³², analisando 1.122 prontuários do Caps-Álcool e Drogas da cidade de Blumenau, em Santa Catarina, entre os anos de 2005 e 2007, identificou-se que 989 (88,15%) desses prontuários pertenciam a pacientes do sexo masculino e 133 (11,85%) do sexo feminino. Os autores mencionam outras pesquisas que destacam que esse perfil difere daquele apresentado pela população atendida pelos Caps II e Caps III, destinados a portadores de transtornos mentais graves, nos quais há uma prevalência de pacientes do sexo feminino.

Outra perspectiva pode ser observada a partir dos dados obtidos no “Relatório brasileiro sobre drogas”¹⁹, segundo o qual o I e o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil” revelam que nos anos de 2001 e 2005, respectivamente, o sexo masculino apresentou maior prevalência de uso das seguintes substâncias: maconha, solventes, cocaína, alucinógenos, crack, merla e esteroides. Já, entre o sexo feminino, houve maior consumo de estimulantes, benzodiazepínicos, anorexígenos e opiáceos. Dados semelhantes também são apontados pelos relatórios “V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2004”³³ e “VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010”³⁴. Portanto, tais estudos indicam que as meninas, aparentemente, fazem uso de substâncias menos atreladas a prejuízos sociais evidentes, fato que pode estar levando à exclusão dessa população do modelo assistencial vigente, em geral focado na

população que sofre maiores prejuízos em decorrência do uso de substâncias¹⁸.

Também o tipo de droga usada relatado nos prontuários desses pacientes reflete um perfil semelhante ao traçado por estudos realizados no país, nos quais há referência à elevada porcentagem de uso de maconha^{31,35} e crack^{30,31}. O consumo de tais substâncias (crack e maconha), as quais apresentam maior visibilidade social no cenário atual, bem como os prejuízos decorrentes do abuso de SPA, pode levar a maior pressão para o ingresso no tratamento, seja ele ambulatorial ou hospitalar. Isso porque tais atitudes são entendidas, segundo alguns autores^{36,37}, como forma de restabelecer a autonomia desses usuários, prevenindo prejuízos ainda maiores.

Além disso, os comportamentos aditivos são normalmente compreendidos como um peso, tanto na área da saúde quanto em termos sociais e econômicos, de modo que, em resposta a esse custo, a sociedade acaba por utilizar diversas estratégias de controle, a fim de garantir que as pessoas usuárias de álcool e outras drogas recebam tratamento³⁸. Essas diferentes pressões são classificadas por Wild³⁹ em três categorias, conforme sua origem: pressões legais (juízes, procuradores, oficiais de justiça, policiais), formais (professores, empregadores, conselheiros tutelares etc.) e informais (amigos e familiares).

Apesar de se verificar, nos dados apontados na presente pesquisa, um número relativamente próximo de internações descritas como voluntárias e aquelas consideradas involuntárias/compulsórias, é importante destacar que uma busca classificada como “voluntária” nem sempre ocorre livre de qualquer pressão; afinal, o paciente pode estar evitando sanções legais ou empregatícias, ou mesmo sentir forte coerção para iniciar o tratamento⁴⁰. Ressalte-se que a coerção, ou percepção de coerção, está relacionada ao entendimento do indivíduo a respeito do processo de tomada de decisão, independentemente do recurso à pressão ou ao controle externo³⁹⁻⁴¹.

Portanto, a identificação das internações como voluntárias ou involuntárias com base apenas nos encaminhamentos jurídicos pode omitir dados importantes sobre o processo como um todo, bem como seus efeitos nos pacientes. Embora as pressões judiciais possam ser consideradas mais fortes quando comparadas com aquelas exercidas por outras fontes⁴⁰, as pressões por parte de amigos ou familiares têm sido apontadas como as mais comuns no processo de ingresso no tratamento^{40,42-44}. Atenção especial deve ser dedicada aos jovens, os quais, além de sofrer maior pressão objetiva⁴², também

são mais propensos a alegar sentimentos de coerção⁴⁵, quando comparados com a população adulta.

Wolfe e colaboradores⁴⁵ sugerem que isso se dá pelo fato de indivíduos mais jovens tenderem a valorizar mais fortemente questões relativas à autonomia e independência, reagindo de forma diferente (mais negativamente) a pressões externas para mudança, quando comparados com indivíduos mais velhos. No entanto, como já apontado, as pressões de diferentes origens não são igualmente experimentadas como elementos de interferência na autonomia do indivíduo⁴⁰, de modo que não há relação direta entre as pressões sociais objetivas, como a fonte de encaminhamento, e a percepção do paciente de que ele tenha sido coagido a iniciar o tratamento⁴⁶.

Wertheimer⁴⁷ relaciona a coerção ao impedimento do exercício da escolha, e a real condição da coerção pode variar de acordo com a força moral do agente coercitivo. Ou seja, caso o sujeito pressionado reconheça que o autor da pressão tem o direito de exigir-lhe algo, as chances de sentir-se coagido diminuem. Uma vez que familiares e amigos podem ser reconhecidos pelo usuário como portadores do direito de exigir-lhe mudança de conduta, tal argumento permite explicar, de certo modo, os dados apresentados por Urbanoski⁴⁰, segundo os quais as pressões informais tendem a gerar menor grau de percepção de coerção.

Apesar de ainda não haver consenso sobre a eficácia do uso de pressões para ingresso no tratamento, Lidz e colaboradores⁴⁸ acreditam ser preferível que a percepção de coerção do paciente seja minimizada, quer por julgar-se indesejável sentir-se coagido, quer porque esse sentimento pode vir a prejudicar o tratamento subsequente. Para os autores, a coerção no tratamento em saúde mental traz mais prejuízos que benefícios, podendo afetar negativamente a relação dos pacientes com os profissionais envolvidos, seja pela perda de confiança, pela alienação ou pela evitação do tratamento. Tais comportamentos são referidos pelos autores como incompatíveis com a construção de uma relação terapêutica que favoreça a adesão ao tratamento.

Considerações finais

Analisando os resultados encontrados com base em debates atuais no campo da bioética, buscou-se aqui apresentar os dados referentes aos pacientes que ingressaram no tratamento durante os dez primeiros anos de atuação do Capsia do

município de Santa Cruz do Sul, no Rio Grande do Sul. É possível identificar a maconha e o *crack* como as drogas mais utilizadas entre os jovens que iniciaram o tratamento no período observado. Dados sobre o usuário – como ser do sexo masculino, não ter vínculo com escola, conviver com familiares que utilizam drogas e/ou em situações de agressão familiar – também foram destaques desta pesquisa. Tais informações revelam um perfil de jovens que, por essas características, se apresentam especialmente vulneráveis, necessitando, portanto, de maior atenção por parte dos diferentes serviços de atendimento às crianças e adolescentes – seja na esfera da saúde, seja na educação e na assistência social –, a fim de reduzir os riscos a que estão sujeitos.

Os dados aqui expostos evidenciam a importância do suporte e do acolhimento oferecido por profissionais atuantes nos Caps não só aos pacientes, como também à família e às escolas. Sendo assim, esses profissionais contribuem para a construção de estratégias que viabilizem o debate aberto sobre a temática das drogas, sem falsos moralismos ou estigmatização.

Com base na literatura consultada, acredita-se que essas ações podem auxiliar na redução do estigma atribuído aos usuários de substâncias psicoativas e ao mesmo tempo contribuir para o desenvolvimento da resiliência desses jovens. Além disso, dessa forma amplia-se o acesso à informação e, conseqüentemente, aos serviços de saúde para aqueles jovens cujo uso de substâncias não se configura, ainda, problema social ou de saúde, que necessitem da intervenção de serviços especializados.

Sugere-se, ainda, que a abordagem desses pacientes contemple a investigação sobre possíveis pressões sofridas por eles para a busca de tratamento, bem como os sentimentos despertados por essas vivências. Com isso, no momento do ingresso no tratamento, evita-se a classificação comumente

empregada para essas pressões, que dá destaque apenas à fonte de encaminhamento. Wild, Newton-Taylor e Alletto⁴⁶ acreditam que, ao enfatizar a origem, em vez da experiência, tal conceituação minimiza a importância das percepções pessoais dos pacientes, o que contraria a política de saúde mental vigente no país¹⁸, que prevê a formulação de projetos terapêuticos individualizados.

Este estudo favorece especificamente o papel dos Caps, e, mediante a retomada desse perfil histórico, possibilita uma visão mais ampla a respeito do público beneficiado e ao mesmo tempo incentiva a realização de estudos futuros que permitam comparar os dados dessa população com as informações sobre pacientes atendidos em anos posteriores. No entanto, trabalhos como este ultrapassam a barreira local, fazendo-se importantes para trazer maior clareza sobre a população atendida pelos serviços destinados a adolescentes usuários de SPA. Geram, por consequência, melhor compreensão das demandas desse público, bem como de sua realidade fora do ambiente de tratamento. Tal perspectiva enriquece os profissionais que atuam na área, formando a base para o planejamento mais efetivo das ações a serem previstas, em nome do melhor benefício dos pacientes.

Para concluir, reconhece-se, como limitação do presente estudo, a dificuldade de realizar inferências mais apuradas quanto às razões do abandono escolar, do baixo acesso de pacientes do sexo feminino ao serviço e do maior atendimento de pacientes com envolvimento em atos infracionais. Atribui-se tal limitação à escolha dos prontuários como objeto de coleta e análise de dados, uma vez que as informações contidas nesse instrumento restringem-se aos registros da equipe do Capsia sobre os atendimentos realizados. Desse modo, sugere-se a realização de pesquisas futuras, que investiguem tais questões, bem como os tipos de pressão a que esses pacientes são submetidos e em que medida tais pressões afetam sua motivação para o tratamento.

A pesquisa na qual se baseia este artigo foi produzido no Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas e contou com apoio e financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)/Bolsista da Capes PDSE (Processo BEX nº 3920/14-3), do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e do Fundo de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Fipe-HCPA).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).

2. Bessa MA, Boarati MA, Scivoletto S. Crianças e adolescentes. In: Diehl AE, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 359-75.
3. Zavaschi MLS, Maltz FF, Oliveira MG, Santis MFB, Salle E. Psicoterapia na adolescência. In: Cordioli AV, organizador. Psicoterapias: abordagens atuais. Porto Alegre: Artmed; 1998. p. 467-85.
4. Aberastury A. Adolescência. Porto Alegre: Artmed; 1983.
5. Levinas E. Humanismo do outro homem. Petrópolis: Vozes; 1993.
6. Neves MPC. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. Rev Bras Bioética. 2006;2(2):157-72.
7. Schramm FR, Kottow MH. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad Saúde Pública. 2001;17(4):949-56.
8. Pereira L, Jesus I, Barbuda A, Sena E, Yarid S. Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção. Rev. bioét. (Impr.). 2013;21(2):365-74.
9. Schramm FR. A bioética da proteção é pertinente e legítima? Rev. bioét. (Impr.). 2011;19(3):713-24.
10. Protas J, Cidade C, Fernandes MS. Vulnerabilidade e consentimento informado em pesquisa. Porto Alegre: UFRGS, 2006. Disponível: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/68466>
11. Guimarães MCS, Novaes SC. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. Bioética. 1999;7(1):21-4.
12. Israe-IPinto A. O uso de substâncias psicoativas: história, aprendizagem e autogoverno [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2012.
13. Vasters GP, Pillon SC. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. Rev Latinoam Enferm. 2011;19(2):317-24.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. (Série B, Textos Básicos de Saúde).
15. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(3):707-17.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial da União. Brasília; 20 fev 2002.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série F, Comunicação e Educação em Saúde).
19. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: Senado; 2009.
20. Laranjeira R. Tratamento da dependência do crack: as bases e os mitos. In: Ribeiro M, Laranjeira R, organizadores. O tratamento do usuário de crack: avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco terapias psicológicas, farmacologia e reabilitação - ambientes de tratamento. São Paulo: Casa Leitura Médica; 2010. p. 14-22.
21. Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. Rev HCPA. 2006;26(2):86-92. p. 91.
22. Fonseca FF, Sena RKR, Santos RLA, Dias OV, Costa SM. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. Rev Paul Pediatr. 2013;31(2):258-64.
23. Kreisher F, Sordi AO, Halpern S. Prevenção. In: Von Diemen L, Halpern SC, Pechansky F, organizadores. Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social. Brasília: Senado; 2012. p. 169-87.
24. Araldi JC, Njaine K, Oliveira MC, Ghizoni AC. Representações sociais de professores sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas na adolescência: repercussões nas ações de prevenção na escola. Interface. 2012;16(40):135-48.
25. Soares RG, Silveira PS, Martins LF, Gomide HP, Lopes TM, Ronzani TM. Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas. Estud Psicol. 2011;16(1):91-8.
26. Ronzani TM, Furtado FE. Estigma social sobre o uso de álcool. J Bras Psiquiatr. 2010;59(4):326-32.
27. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília; 16 jul 1990.
28. Frankenburg FR. Brain-Robbers: how alcohol, cocaine, nicotine, and opiates have changed human history. Westport: Praeger; 2014.
29. Silva RL, Borrego ALS, Figlie NB. Psicoterapia de grupo. In: Diehl AE, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 328-40.
30. Silva VA, Aguiar AS, Felix F, Rebello GP, Andrade RC, Mattos HF. Brazilian study on substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment. Rev Bras Psiquiatr. 2003;25(3):133-8.
31. Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. Rev Saúde Pública. 2003;37(6):751-9.

32. Faria JG, Schneider DR. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicol Soc.* 2009;21(3):324-33.
33. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: Cebrid-Unifesp/Senad; 2004.
34. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. Brasília: Senad/Cebrid-Unifesp; 2010.
35. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: Cebrid-Unifesp/Senad; 2004.
36. Caplan AL. Ethical issues surrounding forced, mandated, or coerced treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2006;31(2):117-20.
37. Janssens M, Van Rooij MF, ten Have HA, Kortmann FA, Van Wijmen FC. Pressure and coercion in the care for the addicted: ethical perspectives. *J Med Ethics.* 2004;30(5):453-8.
38. Wild TC, Roberts AB, Cooper EL. Compulsory substance abuse treatment: An overview of recent findings and issues. *Eur Addict Res.* 2002;8(2):84-93.
39. Wild TC. Social control and coercion in addiction treatment: towards evidence-based policy and practice. *Addiction.* 2006;101(1):40-9.
40. Urbanoski KA. Coerced addiction treatment: client perspectives and the implications of their neglect. *Harm Reduct.* 2010;7(13):1-10.
41. Wild TC. Compulsory substance-user treatment and harm reduction: A critical analysis. *Subst Use Misuse.* 1999;34(1):83-102.
42. Room R, Matzger H, Weisner C. Sources of informal pressure on problematic drinkers to cut down or seek treatment. *J Subst Use.* 2004;9(6):280-95.
43. Goodman I, Peterson-Badali M, Henderson J. Understanding motivation for substance use treatment: the role of social pressure during the transition to adulthood. *Addict Behav.* 2011;36(6):660-8.
44. Wild TC, Cunningham JA, Ryan RM. Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: a self-determination theory perspective. *Addict Behav.* 2006;31(10):1858-72.
45. Wolfe S, Kay-Lambkin F, Bowman J, Childs S. To enforce or engage: the relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients. *Addict Behav.* 2013;38(5):2187-95.
46. Wild TC, Newton-Taylor B, Alletto R. Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: structural and psychological determinants. *Addict Behav.* 1998;23(1):81-95.
47. Wertheimer A. A philosophical examination of coercion for mental health issues theories of coercion. *Behav Sci Law.* 1993;11:239-58.
48. Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Eisenberg M *et al.* Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process. *Am J Psychiatry.* 1998;155(9):1254-60.

Participação dos autores

Ana Luiza Portela Bittencourt e José Roberto Goldim participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do presente artigo (concepção, análise e interpretação de dados, redação e revisão do texto final). Lucas Garcia França contribuiu na redação e revisão do texto final.

