

1. Alicerces para o Estudo do Crack na Infância e Adolescência

Simone Gonçalves de Assis
Fernanda Mendes Lages Ribeiro

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ASSIS, S.G.A., and RIBEIRO, F.M.L. Alicerces para o Estudo do Crack na Infância e Adolescência. In: ASSIS, S. G., comp. *Crianças, adolescentes e crack: desafios para o cuidado* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015, pp. 21-41. ISBN: 978-85-7541-554-2.

<https://doi.org/10.7476/9788575415542.0003>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

1

Alicerces para o Estudo do Crack na Infância e Adolescência

Simone Gonçalves de Assis
Fernanda Mendes Lages Ribeiro

O crack é derivado da cocaína, substância extraída da folha de coca. Há relatos da prática de mascá-la desde 5.000 a. C. A cocaína, sintetizada em laboratório a partir de 1859, pode chegar até o consumidor como: sal (pó), aspirado ou dissolvido em água para uso endovenoso; base, com aspecto de pedra no caso do crack (volatilizada quando aquecida e fumada em “cachimbos”) ou merla, mel ou melado (também fumada); e pasta de coca, fumada em cigarros e tratada com álcali, solvente orgânico e ácido sulfúrico (Seibel, 2010).

O nome crack originou-se do som que emite ao ser aquecido. O uso provoca efeitos imediatos agradáveis que duram de 5 a 7 minutos, quando o humor rapidamente muda e o usuário é compelido a repetir o processo de forma a recuperar a euforia do clímax. Pouco se conhece sobre os efeitos do crack entre crianças, havendo mais informação do uso por adolescentes e adultos.

O consumo do crack tem-se disseminado em várias partes do país pela facilidade de obtenção e baixo custo. Tendo em vista a proibição do porte, compra e venda de drogas ilícitas, seu comércio expõe os usuários a uma série de riscos. No caso específico de crianças e adolescentes e das situações de vulnerabilidade que os envolvem, por vezes são utilizadas medidas extremas de proteção que os afastam provisória ou definitivamente de suas famílias, como é o caso do encaminhamento para Serviços de Acolhimento Institucional (SAIs).

O uso de drogas, presente historicamente em variadas formações sociais, vem adquirindo diferentes usos e significados – recreativos, rituais, medicinais,

entre outros. Estratégias de repressão ao consumo de drogas legais ou ilegais surgem também em diversos momentos históricos, como nos mostra o caso emblemático da Lei Seca nos EUA, em 1919, que proibiu o uso de álcool.

No Brasil, o começo do século XIX marca a criação de legislações reguladoras da produção, comércio e uso de substâncias entorpecentes (Carvalho, 2006). Fiore (2005) registra o surgimento, no Império, em 1830, de uma primeira forma de controle legal sobre drogas no Brasil, no caso a maconha. Essa normativa dizia respeito ao desejo de controle da população negra e miscigenada que fazia uso dessa substância, ligada à “bandidagem”, e das práticas específicas desse grupo, então considerado perigoso. Novas referências aparecem no Código Penal da República, em 1890, que regulava a saúde pública, condenando à multa a venda de substâncias “venenosas” sem autorização.

Até a década de 1910 o consumo de drogas era tido como hábito de pouca importância, de grupos de jovens oligarcas. Porém, mais tarde, é veementemente repreendido por ser considerado como prática degradante, uma vez que tais substâncias passaram a ser mais difundidas, espalhando-se por segmentos marginais. O surgimento da questão social das drogas esteve, historicamente, ligado a dois eixos principais: criminalização e medicalização. Motivo de atenção das autoridades, os primeiros artigos médicos sobre o tema aparecem em 1915 e em 1918, “discorrendo sobre o ‘maconhismo’ e o vício na diamba” (Fiore, 2005: 266). O Brasil aderira à Convenção de Haia, que regulamentou a produção e a comercialização da morfina, heroína e cocaína (Convenção do Ópio, de 1912), culminando com a promulgação de um decreto, em 1914, do presidente Hermes da Fonseca (Ribeiro, 2007).

Este breve relato histórico aponta para dois fatos que nos ajudarão a entender a realidade refletida nas pesquisas apresentadas neste livro: a eleição de uma substância como ilegal depende de uma série de fatores históricos, econômicos, políticos, sociais e também de saúde; a principal forma de enfrentar tradicionalmente a questão das drogas é de cunho repressivo, encarcerando aqueles enquadrados no tráfico e tratando os usuários de drogas, mesmo que compulsoriamente – como nas experiências de internação compulsória e de justiça terapêutica.

Como tema de saúde pública, o uso de drogas precisa ser cuidado em equipamentos públicos territorializados, de acordo com as diretrizes de redução de danos, do Ministério da Saúde (portaria n. 1.028/2005). Outra política

pública relevante refere-se à saúde mental, apoiada na lei n. 10.216, de 2002, para consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, que conta com uma rede variada: Centros de Atenção Psicossocial (Caps),¹ Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência e Cultura, leitos de atenção integral em hospitais gerais e nos Caps III e programa De Volta para Casa – que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos.

Em 2005 foi promulgada a Política Nacional sobre Drogas, que dá continuidade ao trabalho de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social e de redução dos danos sociais (Conselho Nacional Antidrogas, 2005).

Entre os marcos nacionais a respeito das políticas sobre saúde, saúde mental e cuidado às drogas, uma série de legislações balizam as ações brasileiras na atenção a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Entre elas estão: o Sistema Único de Saúde (SUS); o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); a lei n. 12.010/2009, que trata da garantia do direito à convivência familiar a todas as crianças e adolescentes; a lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; a Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua; a Política Nacional de Saúde Mental; o Sistema Único de Assistência Social (Suas); o decreto n. 7.179/2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor e dá outras providências; e o Plano Crack É Possível Vencer, lançado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2011. Outras legislações relevantes² respaldam a rede de atenção psicossocial (portaria n. 3.088/2011).

Como diretriz nacional, a partir do Plano Crack É Possível Vencer,³ ocorre uma inovação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com eixos de atuação no cuidado, autoridade e prevenção, investindo na ampliação de leitos no SUS, no aumento do número de Caps ad e de vagas em Comunidades Terapêuticas, na criação de Consultórios na Rua e no reforço dos Caps.

¹ O Centro de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário. Especificamente o Caps ad III atende pessoas com necessidades de cuidados clínicos contínuos, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. O Caps ad atende adultos ou crianças e adolescentes que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. O Caps i é voltado para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e para aqueles que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.

² Várias legislações esclarecem sobre as ações dos diversos componentes da rede, bem como estabelecem patamares financeiros. Algumas delas são: decreto n. 7.508/11, que garante a atenção psicossocial na região de saúde; e as portarias n. 3.089/11, n. 3.099/11, n. 130/12, n. 121/12, n. 122/12, n. 123/12, n. 131/12, n. 132/12 e n. 148/12.

³ Disponível em: <www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/cartilhas/329302.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2014.

Em especial a partir desse plano passa a haver investimento público em Comunidades Terapêuticas, instituições privadas – a maioria de cunho religioso – que se propõem a atuar na atenção a usuários de drogas, em regime fechado. Tais instituições, segundo o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas⁴ devem cumprir os critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e pelo Ministério da Saúde, assegurando integração à rede de atenção psicossocial e um ambiente que respeite os direitos dos pacientes e de seus familiares. É necessário também estar vinculadas ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Entretanto, uma ação de fiscalização em Comunidades Terapêuticas no país pelo Conselho Federal de Psicologia constatou diversas violações de direitos ocorridas nesses espaços (CFP, 2011). O investimento público nas Comunidades Terapêuticas (de orientação religiosa e sob a ótica da abstinência) traz uma latejante discussão para a lógica de cuidado proposta no país, agregando diretrizes com orientações divergentes:

1) Redução de danos (RD), política oficial do Ministério da Saúde guiada pela perspectiva dos direitos humanos, orientadora dos Caps e demais serviços que prestam cuidados aos usuários de drogas. Busca, com base em um conjunto de estratégias, reduzir os danos associados ao uso/abuso de drogas, considerando a liberdade de escolha do sujeito e a atenção à sua saúde. A abstinência pode fazer parte de um projeto terapêutico em que o indivíduo é o protagonista, porém não é seu objetivo. As atividades de atenção aos usuários/dependentes visam à melhoria de qualidade de vida e à inclusão de ações direcionadas à sua integração ou reintegração em redes sociais, observando os princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Assistência Social.

2) Proibicionismo, geralmente ancorado no método Minnesota – Doze passos –, tem a abstinência como princípio. Orienta Comunidades Terapêuticas e outros programas não governamentais, como Alcoólicos e Narcóticos Anônimos.

A coexistência dessas duas tendências no enfrentamento ao consumo de crack no país retrata o grande desafio histórico do cuidado a pessoas que fazem uso de drogas e as orientações diversas em relação aos objetivos do tratamento. O debate sobre as formas de enfrentar o uso do crack ainda está francamente em aberto: “seu curto período de existência ainda não permitiu aos pesquisadores a elaboração de consensos abrangentes sobre o que constitui um programa de

⁴ Disponível em: <www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/caderno-destaques/marco-2012/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>. Acesso em: 28 ago. 2015.

tratamento eficaz” (Ribeiro & Laranjeira, 2012: 184). Convivemos hoje, na área da saúde, com a necessidade de conhecer melhor os modelos de cuidado possíveis, discutindo seus limites e potencialidades no cenário brasileiro, com vistas a influenciar de forma mais firme as orientações e gastos públicos governamentais a serem utilizados.

De forma sintética, segundo alguns pesquisadores, algumas bases para a atuação diante da dependência ao crack para adultos incluem (Ribeiro & Laranjeira, 2012; Laranjeira, 2012; National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006):

1) tratamentos médico e psicossocial, organizados a partir de um plano constantemente atualizado com base nas necessidades dos pacientes. A avaliação médica leva em consideração: as alterações decorrentes do consumo ou da síndrome de abstinência de cocaína/crack, sua gravidade e a possibilidade de resposta a alguma intervenção medicamentosa; a presença de comorbidades psiquiátricas e a necessidade de observação dos sintomas após abstinência. Entre as intervenções psicossociais, destacam-se: terapia cognitivo-comportamental, treinamento de habilidades sociais, prevenção de recaídas, abordagens de reforço comunitário, abordagens voltadas para a família, organização do cotidiano e das atividades ocupacionais e abordagens vocacionais;

2) um profissional de referência, responsável pela oferta e integração das atividades oferecidas, pelo encaminhamento aos serviços necessários no andamento do atendimento, pelo contato com os demais profissionais da rede e pela inclusão social do paciente.

A avaliação feita pelo profissional da saúde com o usuário de crack precisa abranger os seguintes aspectos: a) levantamento de riscos relacionados ao uso de drogas (overdose, ambientes de consumo violentos), riscos de autoagressão, autonegligenciamento (por exemplo, sexo em troca de crack) e de causar danos a terceiros (por exemplo, violência doméstica, agressão a crianças); b) avaliação clínica do consumo de crack e dos critérios de gravidade; c) verificação da motivação para a mudança de expectativas em relação ao tratamento; d) investigação dos fatores de proteção e de risco, com o objetivo de elaborar a melhor rede de apoio possível; e) avaliação psiquiátrica e da necessidade de medicação específica para a dependência química; f) avaliação clínica geral, visando a complicações físicas decorrentes do consumo e outras preexistentes agravadas pelo uso da substância; g) avaliação neuropsicológica, em busca de alterações cognitivas (Ribeiro & Laranjeira, 2012).

Pode-se perceber que tais estratégias não diferem do tratamento proposto para dependentes de outras drogas. Tais premissas servem de balizamento para a reflexão sobre as frágeis formas de atuação apresentadas nos estudos de caso relatados nos capítulos 3 a 9 deste livro, que indicam a precariedade do cuidado oferecido às crianças e adolescentes nas várias cidades estudadas, bem como às suas famílias.

DADOS SOBRE CRACK, INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Pesquisas a respeito do uso de drogas por crianças e adolescentes indicam, em primeiro lugar, a elevada prevalência das drogas lícitas – álcool e tabaco – seguidas por ilícitas, como a maconha. Alguns estudos demonstram a experimentação de drogas por crianças com baixa idade, o que se relacionaria ao uso, abuso e dependência ao longo da vida, assim como ao uso na família, ocasionando consequências diretas para suas vidas. Pesquisas específicas sobre uso de crack são relativamente recentes no país.

Segundo Marques e Cruz (2000), até a década de 1980 os estudos epidemiológicos não encontravam taxas significativas de consumo de drogas entre jovens estudantes. Desde então, percebe-se uma tendência de aumento. Entre as drogas ilícitas, em meados dos anos 1990, os usuários de cocaína e crack passaram a ser o grupo que mais procurava tratamento nos ambulatórios e serviços de internação para dependência de substâncias psicoativas (Duailibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008). O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (Cebrid) mostrou que existia uma tendência à elevação do consumo de inalantes, maconha, cocaína e crack entre estudantes em determinadas capitais (Galduróz, Noto & Carlini, 1997). Contudo, o álcool e o tabaco ocupavam o primeiro lugar entre as drogas mais utilizadas, não só no mês anterior à pesquisa mas também ao longo da vida, e apresentavam ainda mais problemas associados, como, por exemplo, os acidentes no trânsito e a violência.

O crack se dissemina com facilidade na população dos socialmente excluídos, com destaque para os adolescentes em situação de rua e os usuários de drogas injetáveis. Inicialmente atingia mais populações do Sul e Sudeste, mas constatou-se tendência ao aumento progressivo em outras regiões do país como o Nordeste, indicando a dispersão da disponibilidade de derivados da coca no país. Pouco se sabe acerca do uso de crack pelas classes mais abastadas, como, por exemplo, a prevalência do consumo, os locais de compra e tratamento na

esfera privada da saúde. Percebe-se que a distribuição e o consumo de crack estão intimamente relacionados a questões sociais.

Outro impacto do crack no grupo infantojuvenil é o aumento do risco de infecções pelo HIV e outras DST, tendo em vista que o consumo e dependência da substância facilita o número elevado de parceiros e o sexo sem proteção, em consequência da troca de sexo por crack ou por dinheiro para comprar a substância. O uso do crack é considerado como porta de entrada para riscos à saúde como prostituição e gravidez precoce (Duailibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008). O estudo de Melotto (2009) mostra o surgimento de doenças como hepatite pelo compartilhamento de cachimbos com o uso do crack. Debilitação física, emagrecimento, poucas horas de sono e descuido com a higiene pessoal são outras características encontradas nos usuários desta substância independentemente da idade e do estrato social.

A idade de iniciação ao uso de drogas é cada vez mais baixa. Estudos brasileiros mostram que o consumo por adolescentes do sexo feminino e masculino começa por volta dos 12 anos para o álcool e o tabaco; com relação à maconha, à cocaína, ao crack, aos solventes orgânicos, aos ansiolíticos e aos tranquilizantes, o início ocorre em torno dos 13-14 anos (Galduróz, Noto & Carlini, 1997; Noto et al., 2003; Galduróz et al., 2005). Os usuários de crack costumam ser poliusuários ou usuários com antecedentes de consumo de outras substâncias que adicionaram o crack a seu padrão de abuso e o adotaram como droga de escolha (Narvaez, 2010).

A presença de comorbidades com um segundo diagnóstico psiquiátrico é comum entre os usuários de crack. A depressão e os transtornos ansiosos são as mais observadas em estudos brasileiros (Duailibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008).

São escassos os estudos acerca da prevalência do uso do crack entre a população geral e, especificamente, entre crianças e adolescentes. Tampouco dispõe-se de investigações sólidas sobre os impactos deste uso, abuso e dependência para a vida da população infantojuvenil e para os serviços de saúde e assistenciais que os atendem.⁵

Algumas investigações realizadas com a população infantojuvenil de diferentes municípios auxiliam a compreender um pouco mais o tema. Silva e colaboradores (2006) pesquisaram as taxas de prevalência de consumo de

⁵ No capítulo 2 apresentam-se dados da Pesquisa Nacional do Crack, realizada em 2012, primeiro estudo de âmbito nacional que apresenta estimativas de consumo para crianças e adolescentes das capitais brasileiras e Distrito Federal.

substâncias psicoativas entre 1.041 escolares do ensino médio no município de São José do Rio Preto/SP e sua distribuição por sexo e período escolar. As prevalências do consumo ao longo da vida foram: álcool – 77%, tabaco – 28,7%, solventes – 18,1%, maconha – 12,1%, anfetamínicos – 3,7%, cocaína – 3,3%, alucinógenos – 3,1%, e crack – 1,4%. O sexo masculino consumiu mais álcool, maconha, cocaína e crack que o feminino. Os autores assinalam que a fase de 14 a 16 anos de idade é aquela em que se encontra maior uso de drogas ilícitas e tabaco.

Santos, Pietro e Xavier Filho (2008), investigando o uso de drogas por adolescentes de 13 a 24 anos, em escolas públicas e privadas de Aracaju/SE, aferiram que 92% faziam uso frequente de drogas, entre elas as lícitas – álcool (33,6%) e tabaco (22%) – e as ilícitas – maconha (19%), cocaína (1%), crack (6%) e medicamentos controlados (3%). Os pesquisadores levantaram ainda as fontes de dinheiro utilizadas pelos jovens para acesso às drogas: 42,6% praticavam atos ilegais como roubos e furtos, 21,8% obtinham dos pais/parentes, 12,8% vendiam drogas e 12,2% se prostituíam.

Muraki (2009) investigou a prevalência do uso de drogas entre 1.021 adolescentes escolares do ensino fundamental e médio, de 12 a 18 anos, em Dourados/MS, e encontrou os seguintes resultados: álcool – 75,2%; energéticos – 30%; tabaco – 26,2%; solventes – 21,2%; anfetaminas – 9,1%; tranquilizantes – 7,3%; maconha – 6,7%; crack – 1,9%.

Os levantamentos epidemiológicos com estudantes são importantes termômetros do consumo de substâncias psicoativas. Usuários de drogas nesse grupo encontram-se com maior probabilidade em contextos marcados pela defasagem escolar, falta às aulas, baixo nível socioeconômico, relacionamento ruim com os pais e/ou pais permissíveis ao uso, pais separados, presença de maus-tratos, ausência de prática religiosa (Duailibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008).

A avaliação do consumo de drogas entre grupos em situação de maior vulnerabilidade mostra patamares bem superiores aos verificados em escolas. Pesquisa com 48 adolescentes entre 14 e 18 anos institucionalizados em uma unidade de medida socioeducativa de uma cidade de São Paulo (Priuli, 2005) constatou que grande parte fazia uso de tabaco (85,4%), maconha (83,3%), álcool (66,7%), crack (66,7%) e, em menor proporção, cocaína (39,6%), tiner (39,6%) e cola de sapateiro (29,2%). Apenas um jovem declarou não utilizar nenhuma substância. Segundo a autora, a maioria afirmou ter experimentado drogas durante a infância. Entre os que mencionaram ter feito uso de alguma droga, apenas 10,4% relataram já ter realizado algum tipo de tratamento.

Levantando dados acerca das famílias dos adolescentes, a autora constatou que 58,3% não tinham consumidores de drogas ilícitas e que 75% tinham usuários de álcool.

Neiva-Silva (2008) estudou longitudinal e transversalmente o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua em Porto Alegre/RS, buscando identificar padrões de uso e fatores de risco e de proteção. O autor encontrou que “não morar com a família”, “passar mais de oito horas na rua” e “estar há mais de cinco anos na rua” relacionaram-se ao uso de drogas ilícitas no último mês e ao início do uso de crack no último ano. A maior parte das crianças/adolescentes em situação de rua eram meninos, morando com a família e frequentando a rua no período de até dois anos. Quanto ao uso de drogas, 83,8% das crianças/adolescentes investigadas já tinham utilizado alguma durante a vida, sendo as mais usadas as lícitas (álcool 78,7% e tabaco 58,8%), seguidas por maconha (36,6%) e solventes (33,8%). Em relação ao crack, 28,7% declararam já o ter experimentado.

Mombelli, Marcon e Costa (2010), em estudo em uma unidade de internação de um hospital público do Paraná, identificaram algumas variáveis sociodemográficas associadas ao uso de drogas. A maioria das internações era de adolescentes do sexo masculino (79%), de 15,5 anos de idade em média, e as drogas mais consumidas eram crack (87,6%) e maconha (85,2%). O uso combinado de ambas as substâncias foi verificado em 79% dos casos, em sua maioria por meninos. Um total de 83,2% já havia sido encaminhado pelo Caps ad e 56,8% apresentavam histórico de tratamento com internação em hospital, em instituições não governamentais e assistência ambulatorial. Os autores apontaram o escalonamento do uso, com a maconha sendo a primeira droga ilícita de uso. Quanto ao uso de drogas na família, 55% tinham algum membro que usava alguma substância. Em relação aos amigos, 87,6% consumiam alguma droga. Todos os adolescentes que faziam uso combinado de crack e maconha já haviam praticado atos ilícitos, entre eles, roubos e furtos (46%) e homicídios (7,1%), e 56,8% tinham sido presos.

Machado e colaboradores (2010), em estudo realizado em instituição especializada em uso abusivo de drogas em Fortaleza/CE, pesquisaram as características sexuais de 69 adolescentes (13 a 17 anos) usuários de drogas, as drogas consumidas e a intensidade do consumo. Os autores detectaram baixos níveis de escolaridade e renda e elevado abandono escolar. As drogas mais consumidas foram maconha e crack. Atividade sexual sob efeito de

drogas foi relatada por 46,9% dos adolescentes. Percebeu-se a interferência do uso de drogas na prática do sexo inseguro, deixando os adolescentes vulneráveis às DST/HIV/Aids e à gravidez não planejada. Os autores recomendam que os serviços que lidam com prevenção e tratamento de drogas fomentem discussões sobre os riscos à saúde sexual desse público.

Nonticuri (2010), em pesquisa a respeito de vivências de adolescentes relacionadas ao crack e sua prevenção, contextualiza que seu consumo se inicia com o do uso de outras substâncias, como o álcool, o tabaco e a maconha, assim como se dá em concomitância a outras drogas. A autora identificou a evasão escolar associada ao uso; os impactos sobre a família, o emprego de violência por seu membro usuário e a presença de sentimentos ambivalentes, como vontade de ajudar, raiva, medo e impotência; a influência dos grupos de amigos; o envolvimento com situações de risco, como prostituição, conflitos na família e na comunidade e furtos e roubos. A respeito da prevenção, as principais formas citadas foram: o diálogo na família, com a circulação de informações; a evitação da primeira experiência; a realização de atividades educativas e/ou de esporte extraescolares e na própria escola. Em relação ao tratamento, os usuários entrevistados por Nonticuri destacaram a importância da internação e suas dificuldades de acesso.

Bessa (2012) é um dos poucos autores que fala sobre tratamento para adolescentes usuários de crack, identificando três regimes: 1) em ambulatórios/hospitais-dia/Caps 2) em hospitais em regime de internação, seguido de tratamento ambulatorial; 3) em Comunidades Terapêuticas. Como condições para internação, este autor considera: risco de comportamento agressivo direcionado a si ou a terceiros ou comportamento suicida; risco de desenvolver síndrome de abstinência ou outras complicações clínicas; necessidade de tratamento de outra comorbidade psiquiátrica; e falha da tentativa de tratamento ambulatorial. Deve-se levar em conta também a gravidade da dependência e da condição social do paciente.

O autor ressalta ainda que o tratamento dos adolescentes usuários de drogas é muito descuidado na sociedade brasileira. Para Bessa, há carência estrutural de instituições e profissionais bem qualificados para o atendimento. Desse modo, os adolescentes se confrontam com a quase total ausência de locais adequados de tratamento ou então com os equívocos conceituais, como defesa do uso de maconha como substituto paliativo ao consumo de crack. O autor considera que os “Consultórios de Rua”,

na verdade, uma proposta que, atrás do discurso bem-intencionado do respeito à individualidade e à livre decisão, esconde a perpetuação da miséria, da violência e da condenação à vida marginal e sub-humana, uma vez que reforça as condições para que crianças e adolescentes permaneçam vivendo nas ruas. (Bessa, 2012: 629)

Igualmente inadequados, podem-se citar o recolhimento e a internação compulsórios sem a devida fundamentação e plano terapêutico, medidas que impossibilitam o acesso a ações que garantam condições mínimas de continuidade do tratamento individual e familiar, carecendo de apoio dos programas de ensino em período integral e profissionalizante e de livre acesso aos bens culturais, de esporte e de lazer. Isso significa que, em geral, os jovens completam o tratamento sem vislumbrar possibilidade real de vida promissora que possa ser contraposta à sedução do consumo do crack.

Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008) apontam dificuldades relevantes encontradas pelo usuário de crack na busca e permanência em tratamento: o não reconhecimento do consumo como um problema; o status de utilização ilegal da droga; a proximidade com a criminalidade, muitas vezes associada ao uso de drogas; a estigmatização e os preconceitos decorrentes de seu uso; e a dificuldade de acesso ou a não aceitação do atendimento nos tipos de serviços existentes.

AS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK

Uma forma bastante grave do consumo de crack é aquela que atinge a criança ainda no ventre materno, com complicações físicas, emocionais e sociais para a díade mãe-filho (crack-babies). Há mais estudos sobre os efeitos da cocaína (pó) na gravidez do que sobre os do crack. O uso de cocaína associa-se a alterações do ciclo menstrual e pode acarretar amenorreia, alteração da produção do leite materno e até infertilidade. O uso na fase da 22ª semana da gestação até a primeira semana de vida associa-se a maior risco de complicações, como descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal com presença de mecônio, ruptura precoce da bolsa amniótica, estatura e peso baixos ao nascer, além de anormalidades genitourinárias e da parede abdominal.

Sabe-se que aproximadamente 3 a 5% da cocaína consumida pela mãe entra no sistema circulatório fetal pelo líquido amniótico. Esta exposição pode resultar em taquicardia e hipertensão no feto. Embora seja incomum, é possível

ocorrer síndrome de abstinência fetal; tal fato é mais provável quando a mãe utiliza cocaína no período imediato ao parto. Ainda pouco se sabe sobre os efeitos sobre o recém-nascido. Pequenas alterações neurocomportamentais de difícil identificação clínica pelos métodos usuais podem ser observadas. Dificuldades intelectuais e cognitivas são sinalizadas em alguns estudos, ainda com incertezas a respeito (Moreira, Mitsuhiro & Ribeiro, 2012).

Estudo realizado por Mitsuhiro e colaboradores (2009), por meio de teste de fios de cabelo de mil adolescentes entrevistadas em maternidade, observou que 2% usaram cocaína no último trimestre de gravidez; estima-se que 0,4% o fez na forma de crack. Os autores registraram que o uso de cocaína/crack pelas jovens está relacionado à idade inferior a 14 anos.

O diretor do National Institute on Drug Abuse, nos Estados Unidos, perante o Comitê sobre Crimes e Drogas, no Senado norte-americano, em abril de 2009,⁶ afirmou que, entre mulheres daquele país na faixa dos 15 aos 44 anos, 3,9% – 156 mil mulheres – usaram drogas ilícitas no mês anterior à investigação nacional realizada nos anos de 2004 e 2005. Logo, estima-se que 156 mil crianças estiveram expostas a substâncias psicoativas antes de nascerem. Em outra estatística apontada pelo diretor, referente ao ano 2002, 22% das mulheres grávidas que buscaram tratamento para uso de drogas utilizaram cocaína ou crack; entre as mulheres que procuraram ajuda mas que não estavam grávidas, 17% consumiram a substância.

Os bebês de mães usuárias de crack podem ter várias dificuldades quanto à saúde e ao processo de desenvolvimento. Vários fatores confluem com o uso de crack na gravidez: consumo de outras substâncias psicoativas, baixo estrato socioeconômico, má nutrição, precário pré-natal e estilo de vida desorganizado. Todavia, hoje sabe-se que os efeitos intraútero da exposição a cocaína/crack não são tão devastadores como anteriormente se pensava, embora haja maior tendência a nascimentos prematuros no caso de mães usuárias dessa substância. Alguns estudos longitudinais com crianças expostas intraútero ao crack mostram problemas com a atenção e com o controle dos impulsos aos 10 anos de idade, aumentando o risco de problemas comportamentais à medida que crescem as demandas cognitivas (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006).

Como se pode perceber nos autores mencionados, há mais incertezas do que certezas sobre os efeitos do uso do crack na gravidez para o bebê e seu

⁶ Disponível em: <www.drugabuse.gov/about-nida/legislative-activities/testimony-to-congress/2009/04/restoring-fairness-to-federal-sentencing-addressing-crack-pow>. Acesso em: 28 ago. 2015.

desenvolvimento. Muitos dos problemas citados, originam-se e agravam-se pela condição de vulnerabilidade dessas mães (má alimentação, saúde debilitada, uso concomitante de várias drogas, prostituição, frágil inserção social e econômica, envolvimento em furtos e roubos, entre outros fatores), tornando difícil a identificação de anormalidades causadas efetivamente pelo uso do crack (Costa et al., 2012). Especialmente os profissionais da saúde, da assistência social e da justiça precisam refletir sobre os múltiplos fatores envolvidos no uso do crack por mulheres grávidas, para não perpetuar preconceitos e impor medidas radicais sem o devido cuidado e respeito aos direitos e ao potencial de recuperação da díade mãe-filho.

Outro tipo de consequência do uso de crack que atinge crianças e adolescentes é o acolhimento em instituições públicas. Levantamento Nacional de Crianças e Adolescentes em Serviços de Acolhimento no Brasil, realizado em 2009-2010, indica que 6.548 estavam acolhidos devido ao uso de substâncias – incluindo crack – pelos pais (17,7%), que deixaram de ser considerados pela justiça como capazes de cuidar dos filhos (Assis & Farias, 2013). Considerando-se apenas a região Sul, 24,5% das crianças encontravam-se nessa situação. Em levantamento realizado anteriormente (Ipea/Conanda, 2004), verificou-se que 11,3% de pais ou responsáveis eram dependentes químicos ou alcoólicos. Dados mais recentes do Conselho Nacional do Ministério Público apontam para o problema da dependência química/alcoolismo dos pais e/ou responsável em 81% dos acolhidos nos SAIs do país em 2013 (CNMP, 2013).

Entre as famílias em que há usuários de crack, mesmo sem que se configure a situação de acolhimento em instituição pública, nota-se a fragilidade dos cuidados com as crianças e adolescentes e dos vínculos familiares, especialmente quando os usuários são os pais/responsáveis (Assis & Farias, 2013). Tais aspectos estarão presentes nos estudos de caso apresentados nos capítulos seguintes.

REDE DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E POLÍTICAS PÚBLICAS

Redes de promoção, proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes têm sido uma das mais eficazes estratégias utilizadas em vários países para garantir o direito a uma vida digna a eles. No caso específico do atendimento em rede para os usuários de crack, verificam-se muitos obstáculos no cenário nacional, seja pela precariedade dos serviços existentes, concentrados em

determinados locais, seja pela falta de expertise sobre o tema nesses serviços ou pela ausência de interlocução entre as instituições.

A construção da rede é uma tarefa constante e dinâmica. O suporte no âmbito da saúde mental às crianças e adolescentes usuários de drogas e suas famílias é um fator essencial de cuidado e proteção, no que diz respeito tanto ao fortalecimento dos indivíduos e do núcleo familiar para interromper o consumo, quanto ao acompanhamento de possíveis problemas psíquicos e emocionais resultantes da exposição às drogas, especialmente ao crack. O apoio à família, que precisa ser acolhida e cuidada para cuidar de seu membro que manifesta o problema, deve fazer parte da dinâmica de tratamento da criança e do adolescente que faz uso de drogas.

Ribeiro e Laranjeira (2012) concebem uma rede de atendimento que inclui como ambientes de tratamento: 1) no nível mais básico da atenção à saúde: ambulatorios gerais e de especialidades, escolas, empresas, albergues, cadeias e prisões, unidades socioeducativas; 2) no nível intermediário: hospital geral, de especialidades, e psiquiátrico (pronto-socorro e enfermarias), hospital-dia (saúde mental e álcool e outras drogas), ambulatorios especializados (álcool e outras drogas) e de saúde mental, unidade comunitária de saúde mental, serviços de reabilitação (profissional de referência), grupos de mútua ajuda, moradia assistida, enfermarias de desintoxicação, internação prolongada (clínicas de tratamento, Comunidades Terapêuticas; 3) centros de excelência como topo na rede de atendimento, em que pesquisa, ensino e tratamento sejam apoiados e tratados integralmente. Estes autores propõem que cada serviço avalie sua inserção na rede e que saiba recorrer às demais instituições quando o caso exigir.

Muitas vezes, por competição entre linhas e modelos terapêuticos ou por ingenuidade ou arrogância, alguns serviços acham-se plenamente capazes de responder a todas as necessidades de seus pacientes, apenas utilizando suas técnicas terapêuticas. Perde-se assim um referencial importante: algumas técnicas e serviços são mais ou menos efetivos de acordo com o estágio motivacional e a gravidade da dependência. (Ribeiro & Laranjeira, 2012: 202)

A essa concepção de rede de atendimento apontada por Ribeiro e Laranjeira (2012), cabe acrescentar os Consultórios de Rua e na Rua, opção de atendimento presente em diversas cidades brasileiras. O primeiro Consultório de Rua surge em 1999, em Salvador, idealizado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso

de Drogas (Cetad), da Universidade Federal da Bahia. Em 2009, o Ministério da Saúde propôs o modelo de Consultório de Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e Outras Drogas, incluído, em 2010, no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços assistenciais e qualificar o atendimento oferecido às pessoas que usam crack, álcool e outras drogas por intermédio de ações de saúde na rua.

Desde então, o Consultório de Rua esteve vinculado à Política Nacional de Saúde Mental. Em 2011, como desdobramento do decreto presidencial n. 7.053/2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, o Ministério da Saúde adotou o Consultório de Rua como um serviço estratégico da atenção básica. Assim, em 2012, o Consultório de Rua passa a se denominar Consultório na Rua integrando a Política Nacional de Atenção Básica. Não se trata apenas de mudança na nomenclatura (“de” para “na”), mas uma mudança nas diretrizes estratégicas desse dispositivo, atendendo, ainda, a prioridade do governo, de prevenção do consumo e da dependência de crack, álcool e outras drogas. Ambas as iniciativas perduram no país.

No que se refere especificamente à política de saúde mental infantojuvenil, ainda hoje busca-se superar a prática de institucionalização calcada historicamente na ideia de reclusão em abrigos, educandários e hospitais psiquiátricos. O desmonte completo do modelo manicomial é um desafio do presente. As diretrizes e princípios que norteiam as ações voltadas para a atenção à saúde mental deste segmento da população estão inseridos nos movimentos concomitantes da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, que levaram a um modelo de tratamento aberto e comunitário, privilegiando a inserção social e o atendimento a necessidades clínicas, comunitárias, familiares e de reabilitação, as quais devem ser observadas e propiciadas como parte integrante desse tratamento.

A política pública para saúde mental voltada especificamente para crianças e adolescentes, com abrangência nacional começou a ser estabelecida entre 2002 e 2004, quando foram formalizados os Caps específicos para infância (Caps i) e implementado o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil. Antes contava-se com assistência de instituições filantrópicas ou experiências no setor público restritas a municípios ou regiões específicas, sem cobertura adequada da população (Lauridsen-Ribeiro & Tanaka, 2010). Esse início tardio

e tímido faz com que sejam imensos os desafios para a saúde mental pública dessa população.

Neste contexto de fragilidade da rede de saúde, o Poder Judiciário, tem, muitas vezes, determinado tratamento compulsório recorrendo à internação como recurso imediato de cuidado. Esta judicialização do tratamento é reveladora da inexistência ou da ineficácia da rede local de atenção à saúde mental para tratamento de transtornos decorrentes do abuso de drogas, assim como da desconfiança e descrença em relação aos serviços comunitários (Amstalden, Hoffmann & Monteiro, 2010). Um exemplo é o município do Rio de Janeiro que implementou o recolhimento compulsório dos usuários que dão entrada em abrigos especializados e em Comunidades Terapêuticas. Essa política foi legitimada pela resolução n. 20/2011 da Secretaria Municipal de Assistência Social, que institui o Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social. Tal iniciativa vem também sendo implementada também em outros municípios.

O profissional que realiza atenção psicossocial necessita conhecer o território em que atua e onde vive quem demanda atendimento, identificando os recursos disponíveis que podem fazer parte do processo terapêutico a ser construído. A política de saúde mental infantojuvenil preconiza que os serviços que compõem a rede precisam ser atravessados pelo princípio da intersetorialidade e pela noção de território. A ação intersetorial implica acionar todos os dispositivos que fazem parte da vida de crianças e adolescentes (saúde, escola, esporte, lazer, cultura, instâncias jurídico-legais, entre outros). O território, por sua vez, é o lugar psicossocial do sujeito que aglutina experiências pessoais e institucionais nas quais ele está inserido (Amstalden, Hoffmann & Monteiro, 2010).

Alguns setores e serviços são essenciais para o cuidado de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade provocada pelo crack. Na saúde, destacam-se os Caps, em especial aqueles específicos para a população infantojuvenil (Caps i) e para usuários de álcool e outras drogas (Caps ad). A rede de atendimento também conta com leitos psiquiátricos em hospitais gerais, pediátricos e serviços de urgência e emergência que possam dar suporte às situações de crise e garantir a presença de familiares e responsáveis para acompanhar o tratamento (Amstalden, Hoffmann & Monteiro, 2010).

O trabalho integrado com a atenção básica potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades. Os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (Nasf) podem

desenvolver ações, em conjunto com os profissionais das equipes que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF) e agentes comunitários de saúde (ACS), para assegurar continuidade aos cuidados e ações de promoção e reabilitação da saúde. A parceria da saúde mental com a atenção básica se faz importante pela possibilidade da busca ativa, identificando situações que não chegam aos serviços de saúde. Além dessas instituições, os Centros de Convivência e Cultura também constituem as redes de saúde mental como espaços de encontros de caráter terapêutico com possibilidades de inserção social, superação do estigma e do isolamento das pessoas com problemas de saúde mental. Os Consultórios de Rua podem funcionar como uma porta de entrada para a rede: por sua tradição em intervenções no território e por sua origem – inicialmente pensado para atender pessoas usuárias de drogas e em situação de rua. A mudança para a atenção básica (Consultórios na Rua) faz eco significativo nessa perspectiva de porta de entrada.

A rede de saúde mental organiza-se e articula-se com a rede mais ampliada, envolvendo os demais setores das políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes (escolas, conselhos tutelares, centros de assistência social, dispositivos de cultura, esporte e lazer). No território, esses serviços destinados ao atendimento de crianças e adolescentes usuários de drogas e suas famílias devem estabelecer um fluxo referenciado, dialógico e permanente de informações com todas as instituições no município, podendo-se recorrer a localidades vizinhas na ausência desses serviços, compondo a rede de cuidados e proteção social para esse público.

Outros equipamentos que integram a rede intersetorial no território que atende crianças e adolescentes são: 1) Sistema Único da Assistência Social, que prevê ações e serviços dirigidos ao fortalecimento da família (Centros de Referência de Assistência Social – Cras – e Centro de Referência Especializado de Assistência Social – Creas); 2) Sistema de Justiça e de Direitos Humanos, composto por delegacias especializadas, Varas da Infância e Juventude, e conselhos tutelares; 3) Sistemas de ensino, formado pela rede de educação federal, estadual, distrital e municipal, complementada pelo sistema privado; 4) Sistema Único de Segurança Pública, composto por alguns órgãos no território, como Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento Especializado à Mulher, Delegacias de Polícia Civil e Militar, Postos de Polícia Rodoviária Federal, Guardas Municipais, Instituto Médico Legal (IML); 5) sociedade civil organizada, cuja participação se dá por

meio dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, órgãos paritários com representação do governo e da sociedade civil. Essa rede intersetorial, articulada com a saúde, é capaz de integrar políticas e ações governamentais e não governamentais no âmbito local (Brasil, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações sobre a magnitude do problema do uso de crack entre crianças e adolescentes no país ainda são pontuais e dispersas ao longo dos anos, e raros são os trabalhos que focam no comprometimento familiar decorrente do uso do crack. Também são frágeis as informações disseminadas sobre a rede responsável pelo atendimento das crianças e adolescentes que fazem uso pessoal da droga ou de seus familiares. A importância do investimento na formação dos profissionais da saúde que atuam nos diferentes setores e níveis de atenção é mister para incrementar o cuidado oferecido aos usuários de drogas. Capacitações e ações de educação permanente dos atores da rede precisam enfrentar a falta de conhecimento sobre o crack, as dificuldades para o manejo clínico, a cultura do medo relacionada ao consumo das drogas ilícitas, a visão higienista do cuidado e o estigma em relação às pessoas que consomem drogas (Amstalden, Hoffmann & Monteiro, 2010).

A constituição da rede no território exige construção de estratégias de cuidados partilhadas entre as instituições, os usuários e as famílias. Reforça-se o papel destas como fator de proteção ao uso de drogas e a relevância do trabalho preventivo com elas. A família é o alicerce que sustenta afetiva, emocional e materialmente o desenvolvimento do ser humano e precisa ser prioritariamente apoiada pelas políticas públicas, assim como estimulada sua integração na comunidade e na sociedade em geral, para que se almeje o enfrentamento do crack entre crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

- AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMANN, M. C. C. & MONTEIRO, T. P. M. A Política de Saúde Mental Infantojuvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. & TANAKA, O. Y. (Orgs.). *Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- ASSIS, S. G. & FARIAS, L. O. P. (Orgs.). *Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Acolhimento Institucional e Familiar*. São Paulo: Hucitec, 2013.
- BESSA, M. A. O adolescente usuário de crack. In: RIBEIRO, M. & LARANJEIRA, R. (Orgs.). *O Tratamento do Usuário de Crack*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência: orientações para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- CARVALHO, S. A Política Criminal de Drogas no Brasil: estudo dogmático e criminológico. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2006.
- CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS. Resolução n. 3/GSIPR/CH/Conad, de 27 out. 2005. *Aprova a Política Nacional Sobre Drogas*. Brasília: Gabinete de Segurança Institucional, 2005.
- CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO (CNMP). *Relatório da Infância e Juventude: Resolução n. 71/2011 – um olhar mais atento aos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes no país*. Brasília: Conselho Nacional do Ministério Público, 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.
- COSTA, G. M. et al. Gestantes dependentes de crack em uma unidade de internação psiquiátrica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(1): 8-12, 2012.
- DUALIBI, L. B.; RIBEIRO, M. & LARANJEIRA, R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4): S545-S557, 2008.
- FIORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: CARNEIRO, H. (Org.). *Álcool e Drogas na História do Brasil*. São Paulo, Belo Horizonte: Alameda, PUCMinas, 2005.
- GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R. & CARLINI, E. A. *IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º Grau em Dez Capitais Brasileiras – 1997*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 1997.
- GALDURÓZ, J. C. et al. *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*. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2005.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA/CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (IPEA/CONANDA). In: SILVA, E. R. A. (Coord.). O Direito à Convivência Familiar e Comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil. Brasília: Ipea, 2004.

LARANJEIRA, R. Bases do tratamento da dependência do crack. In: RIBEIRO, M. & LARANJEIRA, R. (Orgs.). O Tratamento do Usuário de Crack. Porto Alegre: Artmed, 2012.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E. & TANAKA, O. Y. Organização de serviços no Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. & TANAKA, O. Y. (Orgs.). Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec, 2010.

MACHADO, N. G. et al. Uso de drogas e a saúde sexual de adolescentes. Revista de Enfermagem da Uerj, 18(2): 284-290, 2010.

MARQUES, A. C. P. R. & CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. Revista Brasileira de Psiquiatria, 22, supl. 2: 32-36, 2000.

MELOTTO, P. Trajetórias e Usos de Crack: estudo antropológico sobre trajetórias de usuários de crack no contexto de bairros populares de São Leopoldo – RS, 2009. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MITSUHIRO, S. S. et al. Brief report: prevalence of psychiatry disorders in pregnant teenagers. Journal of Adolescence, 32(3): 747-752, 2009.

MOMBELLI, M. A.; MARCON, S. S. & COSTA, J. B. Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. Revista Brasileira de Enfermagem, 63(5): 735-740, 2010.

MOREIRA, M. M.; MITSUHIRO, S. S. & RIBEIRO, M. O consumo de crack durante a gestação. In: RIBEIRO, M. & LARANJEIRA, R. (Orgs.). O Tratamento do Usuário de Crack. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MURAKI, S. M. P. Prevalência do Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Adolescentes do Ensino Fundamental e Médio do Município de Dourados – MS, 2009. Dissertação de Mestrado, Brasília: Universidade de Brasília.

NARVAEZ, J. C. M. Trauma Infantil e Função Executiva em Usuários de Crack, 2010. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

NATIONAL TREATMENT AGENCY FOR SUBSTANCE MISUSE. Models of care for treatment for adult drug misusers: update 2006. Disponível em: <www.nta.nhs.uk/uploads/nta_modelsofcare_update_2006_moc3.pdf>. Acesso em: dez. 2011.

NEIVA-SILVA, L. Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua: um estudo longitudinal, 2008. Tese de Doutorado, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

NONTICURI, A. R. As Vivências de Adolescentes e Jovens com o Crack e suas Relações com as Políticas Sociais Protetoras neste Contexto, 2010. Dissertação de Mestrado, Pelotas: Universidade Católica de Pelotas.

NOTO, A. R. et al. Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2003.

PRIULI, R. M. A. Perfil Sociodemográfico, Infracional e Relacional de Adolescentes em Conflito com a Lei, 2005. Dissertação de Mestrado, São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

RIBEIRO, F. M. L. Justiça Terapêutica Tolerância Zero: arregaçamento biopolítico do sistema criminal punitivo e criminalização da pobreza, 2007. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

RIBEIRO, M. & LARANJEIRA, R. O plano de tratamento. In: RIBEIRO, M. & LARANJEIRA, R. (Orgs.). O Tratamento do Usuário de Crack. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SANTOS, A. M. B.; PIETRO, G. & XAVIER FILHO, L. Uso de drogas por estudantes do ensino médio em Aracaju-SE. Revista Espaço para a Saúde, 10(1): 47-52, dez. 2008.

SEIBEL, S.D. Cocaína e crack. In: SEIBEL, S. D. (Org.). Dependência de Drogas. São Paulo: Atheneu, 2010.

SILVA, E. F. et al. Prevalência do uso de drogas entre escolares do ensino médio do município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 22(6): 1.151-1.158, jun. 2006.