



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LAWRENCITA LIMEIRA ESPÍNOLA

**PRÁTICAS DO CUIDAR DE ADOLESCENTES USUÁRIOS DE
DROGAS**

JOÃO PESSOA – PB

2013

LAWRENCITA LIMEIRA ESPÍNOLA

**PRÁTICAS DO CUIDAR DE ADOLESCENTES USUÁRIOS DE
DROGAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Saúde.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria de Oliveira Ferreira Filha.

JOÃO PESSOA – PB

2013

F Espinola, Lawrencita Limeira

Práticas do cuidar de adolescentes usuários de drogas
Lawrencita Limeira Espinola - João Pessoa, 2013.
127p.: il

Orientadora: Profª Maria de Oliveira Ferreira Filha

1. Prática do cuidar. 2 Saúde Mental. 3. Adolescente. 4. Drogas

UFPB/BC

CDU

LAWRENCITA LIMEIRA ESPÍNOLA

PRÁTICAS DO CUIDAR DE ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

João Pessoa, 13 de março de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maria de Oliveira Ferreira Filha – UFPB
Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Ângela Maria Alves e Souza – UFCE
Membro Externo

Prof^ª. Dr^ª. Neusa Collet – UFPB
Membro Interno

Prof^ª. Dr^ª. Violante Augusta Braga – UFCE
Membro Externo - Suplente

Prof^ª. Dr^ª. Altamira Pereira da Silva Reicher – UFPB
Membro Interno - Suplente

Aos meus amores eternos, com carinho:
Evelina e Luiz, meus pais;
Lucas, Victor e Pedro Henrique, meus filhos!

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte divina, que ilumina todos os momentos da minha vida, impulsionando-me a evoluir.

Aos meus pais, Evelina e Luiz, mestres na arte de ensinar a viver e amar o próximo, longe de preconceitos. Especialmente à minha mãe, que doou toda sua vida aos filhos, netos, irmãos e aos que considerava família; entre eles, as crianças e adolescentes órfãos, portadores de necessidades especiais, idosos abrigados. Sempre buscava estratégias para educar e transformar a vida de todos, fazendo-nos acreditar em dias melhores, sempre! Sua força, alegria e persistência me inspiram! Amo vocês.

Aos meus filhos Lucas, Victor e Pedro, por terem compreendido minhas ausências e momentos difíceis.

Aos meus quatorze irmãos e familiares, pela alegria compartilhada em cada conquista. Em especial, aos que estiveram presentes diariamente apoiando, sorrindo, sofrendo: Neveline (minha segunda mãe), Cristine (minha mestra), Catarine e Caroline Helena (filha do coração).

À minha irmã, Omesina que contribuiu carinhosamente com sugestões para finalização da dissertação.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Maria de Oliveira Ferreira Filha, pela oportunidade de aprendizagem e por seu exemplo de responsabilidade e dedicação.

À Aryoswaldo Espínola, pessoa a quem Deus me concedeu o convívio durante vinte e nove anos. E a toda a sua família que me acolheu com muito carinho.

Às professoras doutoras Angela Maria Alves e Sousa, Violante Augusta Braga, Neusa Collet e Altamira Pereira da Silva Reicher, por aceitarem prontamente o convite para avaliação deste trabalho e pelas valiosas sugestões.

Aos professores doutores da Pós-Graduação em Enfermagem, pela contribuição

enriquecedora durante todo o curso.

Aos servidores da Pós-Graduação em Enfermagem, Ivan, Conceição, Wellington, Marina e Carmen, pela dedicação, atenção e paciência diária.

A toda a equipe do Centro de Atenção Psicossocial, que me acolheu tão bem e que, com as suas vivências, possibilitaram todas as informações para a minha pesquisa de mestrado, além da ampliação de conhecimentos sobre a temática.

À amiga Vagna Cristina pela presença constante e apoio quando eu mais precisei.

À Profª Ediane Galdino e ao Profº Laerte por toda contribuição na construção de novos conhecimentos.

Aos membros do GEPSMEC pelo carinho, acolhimento, conhecimento, debates e momentos compartilhados: Profª Maria Filha, Prof. Rolando, Profª Djair, Vagna, Elizangela, Mayra, Marina, Mariana, Lucineide, Renatinha, Priscilla, Lorena, Camila, Aline, Verbena, com os quais estabeleci laços afetivos que desejo que perdurem por toda a vida.

Às alunas do PROBEX: Jessyka, Lia, Shirley, Graziella, que estiveram presentes nos momentos de descobertas.

Às pessoas que estiveram presentes à construção de meus conhecimentos sobre a temática drogadição: Mariana Montenegro, Jairismar, Fabiana Uchoa, Astrid, Tâmara, Socorro Caldeira, Ellen, Rossana Souto Maior, Telma Queiroz, Gilberto Lúcio, Aparecida Penso, Vania Medeiros, Crisvalter, Lucca Santoro, Aurea, Deusimar, Risonete, Geraldo Amorim, Guia, Mariana Montenegro, Valéria, Silvana Maciel, Washington, Daniella Barros, Jayana Ventura e tantas outras.

A todas as pessoas que fazem parte do meu caminho até aqui e adiante. Por ser parte do que me faz continuar investindo e sonhando.

RESUMO

A Saúde Mental Infante Juvenil está em expansão no Brasil e os Centros de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPS i), na última década, têm sido implantados em vários municípios brasileiros, visando ser equipamentos substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos. Esses serviços devem possuir práticas baseadas em um modelo de atenção integral à saúde; reinserção social e intersectorialidade das ações; adoção da redução de danos e outros princípios para atenção integral, justa e equânime. Este estudo objetivou analisar a prática do profissional do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPS i) na atenção ao adolescente usuário de drogas psicoativas na perspectiva das políticas de saúde mental adotadas pelo Ministério de Saúde em consonância com a Reforma Psiquiátrica em vigência. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa com quinze profissionais do serviço. O material empírico foi produzido a partir da observação livre e entrevista com roteiro semiestruturado, no período de junho a setembro de 2012. A análise do material fundamenta-se na técnica de análise de conteúdo do tipo categorial temática, proposta por Bardin, a qual resulta em duas unidades temáticas. As diversas faces do cuidar: novas práticas no cuidado de adolescentes usuários de drogas psicoativas; e desafios e obstáculos enfrentados pelos profissionais que cuidam de adolescentes. Os resultados evidenciam a fragmentação das práticas do cuidado de adolescentes dependentes químicos e apontam modelos de atenção em desuso. Considera-se que a fragilidade da rede social se faz notar em várias dimensões institucionais como família, comunidade, escola e justiça, representando a falta de adesão ao tratamento e à reinserção social dessa demanda, sendo esse fator como o maior desafio para atenção integral à saúde. Percebe-se que as concepções sobre o uso de drogas podem interferir no desenvolvimento de assistência e da equidade no cuidado em saúde. Alguns profissionais relataram dificuldades pessoais no manejo de cuidar de adolescentes usuários de drogas, indicando, em alguns casos, a necessidade de capacitação específica para a renovação e transformação das práticas. É necessária reorientação da prática, buscando romper com a cultura do preconceito, da exclusão e da doença. Consideramos que é urgente a transformação do discurso e da prática dos profissionais no campo da saúde mental, para que o adolescente usuário de drogas possa ser cuidado integralmente, devendo ser visto na totalidade das suas dimensões.

Palavras-chave: Prática do cuidar. Saúde mental. Adolescente. Drogas.

ABSTRACT

Infantile and Juvenile Mental Health has been spreading in Brazil and Infantile and Juvenile Psychosocial Care Centers (CAPS i) have been implemented, in the last decade, in several Brazilian municipalities with the purpose of being substitutive equipments for admissions in psychiatric hospitals. These services must fulfill practices based on a model of integral care to health; social reinsertion and intersectoral actions; adoption of damage reduction and other principles for integral, fair and equanimous care. This study aimed at analyzing the professional practice of the Infantile and Juvenile Psychosocial Care Center (CAPS i) while caring for adolescents-users of psychoactive drugs regarding the mental health policies adopted by the Health Ministry in accordance with the present Psychiatric Reform. It is a research of qualitative approach guided, firstly, by the need of understanding the study object. It was by means of face to face contact with fifteen professionals of the researched service that the researcher desired to understand the meanings that they attributed to their own practice. The empirical material was produced from free observation and interview with a semi-structured roadmap, from June to September 2012. The material analysis is based on content analysis technique, of the theme category, developed by Bardin, which results in two theme units. The several scopes of care that deal with new practices referring to adolescents-users of psychoactive drugs; and challenges and obstacles faced by professionals who take care of adolescents. Results highlight the fragmentation of care practices related to chemically addicted adolescents and they point out vestiges of care models in disuse, from the centralized hospital psychiatry. The fragility of social network is visible in several institutional dimensions such as family, community, school and court, representing the lack of accession to treatment and social reinsertion of this demand, being this as the most challenging factor for integral care to health. It is noticed that the perceptions about drug use can interfere in the development of better assistance as well as the equity in health care. Some professionals reported personal difficulties for taking care of adolescents-users of drugs, indicating in some cases the need of a specific training for the renewal and transformation of the practices. Restructuring this practice is necessary in order to break away from the culture of prejudice, exclusion and illness. It can be concluded that the transformation of the professionals' discourse and practice in the mental health field is urgent so that the adolescent-user of drugs can be entirely taken care of and seen in the totality of his dimensions.

Keywords: Care practice. Mental Health. Adolescent. Drugs.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
COFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CNM	Confederação Nacional de Municípios
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministérios da Saúde
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossociais
NIAAA	<i>National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PNH	Política Nacional de Humanização
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PTI	Plano Terapêutico Individual
PVC	Programa de Volta Para Casa
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	15
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	16
CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1 A ADOLESCÊNCIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: ALGUMAS PARTICULARIDADES	23
2.2 INTERFACES ENTRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DROGAS E O CONSUMO	28
2.3 ADOLESCENTES: A PERSPECTIVA DE INCLUSÃO SOCIAL	32
2.4 O ADOLESCENTE E SUAS PECULIARIDADES: A ATENÇÃO NO CONTEXTO DO CAPS i	36
CAPÍTULO III – O CAMINHO DA INVESTIGAÇÃO	43
3.1 ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS	44
3.2 LOCAL E CONTEXTO DA PESQUISA DE CAMPO	45
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	50
3.4 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	51
3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	51
3.6 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO	52
3.7 TÉCNICAS DE ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	53
CAPÍTULO IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	55
4.1 UNIDADE TEMÁTICA I - PRÁTICAS NO CUIDADO COM ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS PSICOATIVAS: AS DIVERSAS FACES DO CUIDAR	56
4.1.1 Triagem vista como acolhimento	57
4.1.2 Psicoterapia individual	61
4.1.3 Ensaios de grupos terapêuticos	64
4.1.4 Oficinas terapêuticas	67

4.1.5 Atendimento psiquiátrico	68
4.1.6 Orientação e acompanhamento do uso de medicação	70
4.1.7 Atividades artísticas	72
4.1.8 Atividades físicas	73
4.1.9 Assistência social ao adolescente usuário de drogas	76
4.1.10 Atividades comunitárias	77
4.2 UNIDADE TEMÁTICA II - DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS PROFISSIONAIS QUE CUIDAM DE ADOLESCENTES DO CAPS i	79
4.2.1 Categoria 1 - Restabelecer vínculos familiares no processo de tratamento do adolescente	80
4.2.2 Categoria 2 - Redirecionar o olhar da escola para superar preconceito e resgatar competência	86
4.2.3 Categoria 3 - Superar a discriminação na comunidade e fortalecer redes sociais de apoio	90
4.2.4 Categoria 4 - Criar mecanismos para evitar a internação compulsória	94
REFLEXÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICES	118
APÊNDICE A – ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO LIVRE	119
APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA	120
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	122
ANEXOS	124
ANEXO A – CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/CCS	125

É com muita satisfação que apresento o resultado da minha pesquisa de mestrado, que tem como tema central as práticas dos profissionais de saúde no cuidado com adolescentes usuários de drogas psicoativas. Busco compreender a prática complexa a partir das vivências entre profissionais de saúde e adolescentes do CAPS i - Cirandar, em João Pessoa, no Estado da Paraíba, em consonância com o referencial teórico do campo da atenção psicossocial.

Inicialmente, na descrição desta investigação, exponho minha trajetória em relação à escolha do tema e mostro uma retrospectiva das minhas vivências pessoais e profissionais e como estas foram ampliando a minha visão do cuidar.

Esse é um momento em que me reporto à graduação, enquanto discente do curso de Psicologia, quando estagiei na Clínica de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Tive oportunidade de atender crianças e adolescentes, durante o estágio, e concluí a monografia de final de curso, tendo abordado o tema sobre o atendimento psicológico de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico; porém, desde outrora, já existia a paixão que tinha por estudos sobre adolescentes e a curiosidade para entender o seu mundo. Ao deparar com a complexidade dessa fase, tive a noção de quão maravilhoso é partilhar experiências com adolescentes, mesmo com aqueles que estejam em sofrimento psíquico. Depois de alguns anos, ao cursar a Especialização em Psicologia Jurídica, tive a oportunidade de estagiar na Curadoria da Infância e Juventude e ampliar meus conhecimentos sobre o sofrimento psíquico de adolescentes envolvidos com a Justiça. Para minha surpresa, a maioria dos processos da Curadoria era de adolescentes que tinham algum envolvimento com abuso de drogas psicoativas. Daí surgiu o interesse em estudar a temática drogadição, que até então era desconhecida para mim.

Nesse interim, já trabalhando na UFPB, fui requisitada, em maio de 2005, para trabalhar no Programa de Atendimento Integral ao Alcoolista e Outros Dependentes Químicos (PAIAD), vinculado à Superintendência de Recursos Humanos da UFPB (hoje Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas), o qual atendia, até o ano 2008, servidores, familiares de servidores, comunidade universitária e pessoas advindas de vários bairros de João Pessoa. Essa experiência suscitou-me reflexões sobre a qualidade do cuidado exercido pelos profissionais e questionamento como desenvolver essa prática de cuidado. Inicialmente, realizava atendimentos psicológicos individuais e participava de Grupo de Educação Popular e Saúde. Depois tive a oportunidade de coordenar, durante dois anos e meio, o PAIAD e pude ampliar meus conhecimentos sobre a temática da drogadição. Em 2006, ao assumir a coordenação do programa, foi ampliada as atividades oferecidas e formalizada parcerias entre a Curadoria da Infância e Juventude e a Vara da Infância e Juventude que encaminhavam ao Programa,

adolescentes, adultos e familiares para tratamento da dependência química. Foi percebida a necessidade da capacitação dos profissionais que trabalham diariamente com dependentes químicos e o PAIAD realizou três cursos de capacitação para profissionais de todas as áreas de conhecimento dos serviços de saúde do Estado da Paraíba e outras instituições que realizavam a prevenção, tratamento e reinserção social do dependente químico, no total de 250 profissionais. Tudo isso resultou na produção de dois livros que abordavam temas relacionados com a sua prática diária. Então, este foi um dos momentos mais ricos para a aquisição de conhecimentos e mais provocou inquietações sobre o modo de cuidar desses adolescentes. O conhecimento sobre a temática da drogadição foi ampliando-se quando pesquisei em livros, revistas científicas, *sites* indexados. Participei de eventos relacionados com essa área, me cadastrei como membro da rede de pesquisa da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, membro da Associação Brasileira de Estudos sobre Álcool e outras Drogas (ABEAD), além de participar de conferências, fóruns, seminários e congressos sobre a temática, capacitar-me e estudar a adolescência em seu contexto individual, familiar e social.

Essas experiências acrescidas de alguns conhecimentos pessoais levaram-me a lançar um novo olhar sobre nosso papel de cuidadores, desvelando uma realidade inexplorada. Foi nesta nova paisagem de cuidar que encontrei o CAPS i - Cirandar como um espaço propício para pesquisas sobre o cuidado de adolescentes usuários de drogas.

Durante o curso de mestrado, debruzei-me sobre artigos e textos oferecidos por professores das disciplinas Políticas Públicas e Modelos de Atenção em Saúde, Fundamentos do Cuidar em Enfermagem e Saúde, Sociologia da Saúde, Cuidado na Perspectiva Ontológica e Fenomenológica, participando de reuniões semanais com a orientadora e de discussões realizadas no Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental Comunitária – GEPSMEC. Destarte, me foi possível aprofundar a temática e a aproximar-me ao referencial teórico da prática do cuidado.

Portanto, diante do meu desejo de estudar o adolescente, além do tema processo de trabalho em saúde, emergido a partir do meu ingresso no mestrado, optei por estudar as práticas dos profissionais da saúde no cuidado de adolescentes usuários de drogas, no CAPS i - Cirandar.

Este estudo desdobra-se num conjunto de cinco partes.

A introdução explica o tema em estudo, apontando questões importantes da prática dos profissionais no cuidado ao adolescente usuário de drogas do CAPS i- Cirandar e os objetivos do estudo.

O capítulo II faz reflexão sobre o nascimento do paradigma do cuidado de adolescentes no contexto social contemporâneo, pontuando aspectos relacionados com a saúde mental do adolescente. Os temas abordados neste capítulo foram: a adolescência e as políticas públicas: algumas particularidades; interfaces entre as políticas públicas de saúde e a legislação brasileira sobre drogas e o seu consumo; adolescentes: a perspectiva de reabilitação e inclusão social; o adolescente e suas peculiaridades: a atenção no contexto do CAPS i.

O capítulo III faz a descrição da metodologia adotada no estudo, incluindo questões norteadoras da opção teórica e estratégias de investigação.

O capítulo IV discute e analisa a prática cotidiana dos profissionais de saúde no CAPS i - Cirandar, destacando os recuos/avanços ancorados no paradigma da reforma psiquiátrica.

Por fim, apresenta as considerações sobre o processo de construção dos CAPS i da Paraíba, privilegiando a discussão sobre os saberes e as práticas.

Não podemos ter a esperança de prever o futuro, mas podemos influir nele. Na medida em que as previsões deterministas não são possíveis, é provável que as visões do futuro, e até as utopias, desempenhem um papel importante nessa construção. Há pessoas que temem as utopias; eu temo mais a falta de utopias.

(Prigogine)

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Entre os diversos desafios observados para a sociedade atual, a aproximação e o conhecimento dos efeitos nas fases da infância e da juventude em vulnerabilidade social, talvez seja um dos mais complexos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que aproximadamente 450 milhões de pessoas sofram com transtornos mentais e problemas psicossociais relacionados com o abuso de álcool e drogas. Muitas delas sofrem em silêncio, sozinhas e não recebem tratamento adequado devido às barreiras de estigma, preconceitos e à exclusão. Tudo isso permeiam a problemática da drogadição. Esse cenário vem forçando os governos de vários países a desenvolverem políticas públicas que priorizem a prevenção e o tratamento da saúde mental, considerando a problemática como necessidade urgente (OPS, 2009).

Os transtornos relacionados com o consumo abusivo de álcool e de drogas envolve grande parte das ações de saúde mental destinada à população, seja na prevenção seja no tratamento.

Esses dados foram revelados a partir de pesquisas realizadas na Universidade Federal de São Paulo. Elas reconhecem que o consumo dessas substâncias psicotrópicas pode levar ao surgimento de algumas psicopatologias, como: esquizofrenia, transtorno do humor (depressão, transtorno afetivo bipolar), transtornos ansiosos (transtorno de ansiedade generalizada), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno de personalidade (transtorno de personalidade antissocial, transtorno de personalidade *boderline*), transtornos alimentares, entre outros (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010).

Segundo Carlini (2007), o aumento no consumo de álcool e de outras drogas é um fenômeno mundial, e não um problema exclusivamente brasileiro. O levantamento realizado no Brasil, em 2004, indica um aumento alarmante do consumo de drogas feito por crianças e adolescentes na faixa etária dos 10 aos 18 anos, em todas as capitais brasileiras, e aponta uma taxa de 76% no uso de álcool entre aqueles que estavam em situação de rua.

Para enfrentar tal disfunção social, o governo brasileiro tem conclamado a sociedade para criar estratégias de prevenção, tratamento, redução de danos e reinserção social, fortalecendo a rede de atenção ao usuário de drogas. Essas estratégias incluem uma série de medidas, como acompanhamento por equipes especializadas, proporcionando ao adolescente oportunidades de atendimento biopsicossocial, terapia medicamentosa, terapia comunitária, terapia familiar e individual, abandono do grupo de pares usuários, mudança de atitudes e

hábitos, com vistas à reinserção social, participação em grupos de autoajuda, trabalho, estudo e espiritualidade.

Assim, essa discussão deve permanecer em evidência, para que criança e adolescente deixem de ser ocultados ou explorados e possam vir a ser sujeitos de uma cidadania que ainda parecem não almejar (MARQUES, 2003).

No tocante à proposta da reforma psiquiátrica, o profissional da saúde é conduzido a novas práticas em saúde mental dessa população e abre perspectivas enriquecedoras, envolvendo o trabalho interdisciplinar e criativo, resgatando o diálogo entre o conhecimento humano do profissional e a realidade de vida do indivíduo (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Nos últimos anos, os cientistas têm produzido pesquisas que abordam a assistência em saúde e a humanização das práticas assistenciais inclusivas, refletindo na elaboração e implementação dos princípios e diretrizes nos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS. No decorrer da história da saúde pública, constata-se que o ato de cuidar, entendido como eixo norteador da assistência aos indivíduos, sofreu inúmeras modificações (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010).

A necessidade de reformular as práticas existentes nos serviços de saúde também evolui a partir do investimento na capacitação continuada de profissionais da saúde. Essa formação torna-os capazes de superar práticas fragmentadas que distorcem o ser humano, que precisa ser cuidado de modo integral, permitindo diálogos entre profissional e cliente, os quais possibilitam a transformação social do papel dos profissionais em exercício (FERREIRA FILHA, 2002).

As transformações na prática em saúde mental precisam avançar, pois o conhecimento produzido nesta área incorpora estratégias de acolhida e continência que consideram, em todos os momentos, o exercício da cidadania ativa dos portadores de transtornos mentais (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007a).

Para ajudarem essas práticas, os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão tentando consolidar-se como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança de modelo assistencial, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que integram a rede do Sistema Único de Saúde – SUS – (BRASIL, 2004a).

A criação desses serviços foi imprescindível para a substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos e possibilitou qualidade de vida para aquelas pessoas com histórico de longas

internações psiquiátricas, moradores de rua, egressos de instituições penais e de manicômios judiciários, ou seja, pessoas com vínculos familiares e sociais comprometidos ou inexistentes.

O CAPS é um serviço substitutivo que oferece diferentes tipos de atividades terapêuticas que visam prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, que ultrapassam o uso de consultas e medicamentos, evitando, desse modo, as internações em hospitais psiquiátricos. Esse processo vem sendo denominado clínica ampliada, que está sendo reorientada nas práticas de atenção psicossocial, provocando mudanças nos modos tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais.

Dentre as práticas desenvolvidas nesse dispositivo, as listadas na portaria nº 336/GM, de criação dos CAPS i, destacam-se o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação), em grupo (ludoterapia, atividades esportivas, grupo operativo, atividades de suporte social), o atendimento domiciliar e atividades comunitárias (enfoca-se a integração social do usuário na família e na comunidade). Algumas atividades são específicas de determinados profissionais, mas devem ser desenvolvidas por meio interdisciplinar e criativo, estimulando o acolhimento, a escuta, a autonomia e a cidadania do indivíduo (ROCHA, 2005).

O trabalho da equipe de saúde do CAPS i objetiva a produção do cuidado de modo interdisciplinar. Isso resultaria na autonomia e na saúde do sujeito. Essa produção tem uma dinâmica que se organiza na interação entre o usuário, o trabalhador e a rede social de atenção à saúde mental (MERHY, 2006). No entanto, ainda há muitos municípios que não possuem CAPS que atendam toda a demanda de pessoas com transtornos mentais e dependência química, o que provoca sério prejuízo a um dos estados brasileiros, a Paraíba.

De acordo com os dados da pesquisa realizada em 2010 pela Confederação Nacional de Municípios (CNM), dos 139 municípios do Estado da Paraíba, que participaram da pesquisa, 97,12% informaram que não possuem uma rede de atenção ao usuário abusivo de substâncias psicotrópicas. Em relação à assistência aos consumidores de crack, substância que traz consequências psicossociais para o usuário e para todos os que convivem com ele, apenas 2,88% dos municípios possuem serviços que desenvolvem alguma ação de atenção aos usuários de drogas (CNM, 2010).

Um indicador importante, apontado na pesquisa do CNM, em 2011, é que o Estado da Paraíba, composto de 223 municípios implantou 18 CAPS que atendem pessoas com problemas decorrentes do abuso de drogas e um total de 202 profissionais da saúde, dentre eles, psicólogos (34), médicos (26), enfermeiros (24), assistentes sociais (22) outros profissionais da saúde (92). Nesses serviços, dentre as ações de prevenção, tratamento e

reinserção social, que estão sendo realizadas por esses profissionais, foram relatadas: a mobilização e orientação à população; o atendimento a familiares e amigos de dependentes; tratamento dos dependentes e capacitação dos profissionais da rede de saúde (CNM, 2010).

Nos últimos 10 anos, o Estado vem ampliando a rede de saúde mental e, de acordo com os dados adquiridos do Núcleo de Saúde Mental, da Gerência Operacional de Ações Estratégicas e Especiais, da Gerência Executiva de Atenção à Saúde da Secretaria do Estado da Paraíba, os serviços substitutivos e Programa de Volta para Casa até dezembro de 2012 estão sendo implantados e cadastrados em vários municípios; entre eles, podemos citar os CAPS nível I, nível II, nível III, CAPS i, CAPS ad, Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e Programa de Volta para Casa (PVC).

Nessa investida, com a ampliação de serviços foram implantados 39 **CAPS nível I**, nos últimos 10 anos, em vários municípios da Paraíba.

Em relação aos **CAPS Nível II**, a Paraíba conta com oito serviços nos municípios de Bayeux, Campina Grande, João Pessoa, Pedras de Fogo, Santa Rita e Sapé.

Os serviços mais especializados como é o caso dos **CAPS, nível III**, são exclusivos para a população de três municípios: Campina Grande, João Pessoa e Sousa.

Quanto aos **CAPS AD**, contamos nove no total, sendo situados nos municípios de Cabedelo, Cajazeiras, Campina Grande, Guarabira, João Pessoa (2), Patos, Piancó e Sousa.

O Serviço Residencial Terapêutico está sendo incentivado pelo governo Federal e está avançando gradativamente na Paraíba. Os pioneiros foram criados em Boqueirão, Campina Grande (6), João Pessoa (1), Juazeirinho (2), Piancó (4), Sousa (2), totalizando 16 unidades.

Convém salientar que o crescimento do **Programa de Volta Para Casa (PVC)**, foi bastante significativo para a população que se beneficiam de 84 equipamentos, estando estes situados nas cidades de Boqueirão (2), Campina Grande (65), João Pessoa (2), Lagoa Seca (1), Picuí (1), Piancó (6), Sousa (4), Taperoá (3).

As crianças e adolescentes da Paraíba são beneficiados com apenas sete **CAPS i**, os quais estão situados nos municípios de Cajazeiras, Campina Grande (2), João Pessoa, Patos, Piancó e Sousa. Salientamos que apenas o CAPS i - Cirandar, em João Pessoa atende e dá assistência aos adolescentes usuários de drogas.

Notamos que, em relação aos serviços especializados no atendimento de crianças e adolescentes, é urgente a necessidade de avanço decisivo e significativo no Estado da Paraíba, no que tange à assistência à saúde mental dessa demanda, em especial aqueles envolvidos com o abuso de drogas. Tal assistência dar-se-ia por meio da implantação de uma política pública de saúde que proporcione ações e serviços que estimulem mecanismos naturais de

promoção e recuperação da saúde, enfatizando-se a “integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade”, realçando-se a “visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano” (BRASIL, 2005, s/p).

Apesar do aumento da demanda de adolescentes com problemas em decorrência do abuso de drogas, Carlini (2007), chama a atenção dos profissionais da saúde para o número reduzido de adolescentes que procuram os profissionais e serviços de saúde e para índice de adesão ao tratamento da dependência química.

Em estudo recente, Zerbetto (2011) enfatiza a necessidade de inovar a prática diária do profissional da saúde, para que o atendimento não se limite ao cenário do CAPS, e realmente assuma o compromisso com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, que é complexo e envolve aspectos biológicos, sociais, políticos e culturais do indivíduo em sofrimento psíquico.

A sociedade necessita de serviços com profissionais da saúde, realizando práticas que ajudem os adolescentes e seus familiares a identificar e potencializar os recursos internos e externos para viver socialmente, exercendo sua cidadania, com liberdade, saúde, educação, lazer e todos os direitos civis.

De acordo com a Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, a qual institui a rede de atenção psicossocial aos adolescentes com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, eles deveriam ser atendidos em um centro de atenção psicossocial (BRASIL, 2011). Embora o município de João Pessoa, disponibilize dois CAPS AD para a população, esses serviços só atendem adultos. O único CAPS da Paraíba que atende crianças e adolescentes usuários de drogas psicoativas é o CAPS i - Cirandar, que foi criado em 2008, por esse motivo foi escolhido para ser objeto de estudo.

Ao longo desses quatro anos, a realidade complexa vivenciada por todos os envolvidos no processo de atenção dessa demanda, estimula os profissionais e pesquisadores no sentido de observar, investigar, analisar as mudanças das práticas de atenção e cuidado oferecido aos adolescentes usuários de drogas psicoativas e familiares nos serviços de saúde. Destarte, cumpre divulgar os resultados para que toda sociedade, inclusive os gestores públicos, destine recursos para melhorar a qualidade das ações de prevenção, tratamento, reabilitação e inclusão social.

Após levantamento nos periódicos científicos sobre a temática drogadição, observamos que há poucos estudos sobre a produção de cuidado na perspectiva da clínica ampliada nos serviços de saúde mental que atendem adolescentes usuários de drogas psicoativas. Este é um tema importante para a saúde mental do país, porque a elaboração e o

fortalecimento da rede de atenção à saúde devem levar em consideração a prática dos profissionais da saúde para formulação de políticas públicas efetivas que incluam as singularidades dos sujeitos envolvidos.

A magnitude do consumo nocivo de drogas, que advém do contexto de exclusão, vulnerabilidade e risco de pessoas em situação de rua, leva toda a sociedade brasileira, especialmente os gestores do Ministério da Saúde e profissionais da saúde que trabalham diariamente com essa demanda, a reconhecer que há uma lacuna assistencial relativa às pessoas que usam drogas, principalmente as que vivem em situação de rua e necessitam que as políticas públicas e as práticas sejam mais efetivas, para que seja revertida essa situação.

Com base nos dados referidos, elaboramos algumas questões norteadoras do estudo: Quais os profissionais inseridos nos CAPS i que atendem adolescentes com complicações decorrentes do consumo abusivo de álcool e outras drogas? Quais as práticas realizadas pelos profissionais da saúde que contribuem para o tratamento e a reinserção social desses adolescentes? Quais os desafios vivenciados por esses profissionais para atender essa demanda?

Tendo em vista as questões norteadoras, o **objetivo geral** deste estudo é o de analisar a prática dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPS i) na atenção ao adolescente usuário de drogas psicoativas, na perspectiva das políticas de saúde mental adotadas pelo Ministério da Saúde, em consonância com a reforma psiquiátrica em vigência. Os **objetivos específicos** são: descrever as práticas realizadas, considerando-se a perspectiva do tratamento, reabilitação e inclusão social; revelar os desafios e obstáculos enfrentados pelos profissionais no processo de reabilitação e inclusão social, considerando-se a inserção na família, comunidade, escola e justiça.

Esperamos que os resultados obtidos nesta pesquisa possam contribuir na produção de conhecimentos no campo das políticas públicas sobre álcool e outras drogas e facilitem as ações dos profissionais da saúde diante da diversidade de desafios e possibilidades presentes no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial Infante Juvenil na Paraíba.

A gente precisa, a cada dia, estar se debruçando nesse conhecimento, de entender esse sujeito, para que a gente não caía no mesmo erro da sociedade, da comunidade, da escola, da família, de ver essa pessoa como alguém já derrotado. Então, a gente precisa, enquanto profissional da área de saúde, estar se policiando também. Muitas vezes, no dia a dia, na rotina do serviço, as vezes somos levados a ver esses meninos, também, como algo perdido. Então, assim, buscar esse conhecimento e acreditar sempre. Por mais difícil que aparente, um dia a gente pode até encontrar uma saída, uma alternativa que seja viável, com resultados melhores dos que o que a gente já tem.

(Profissional de Saúde do CAPS i - Cirandar)

CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A ADOLESCÊNCIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: ALGUMAS PARTICULARIDADES

A partir do século XIX, estudiosos da psiquiatria, da psicologia e de áreas afins, impulsionaram o surgimento de serviços de saúde mental infanto juvenil no Brasil; porém, nada muito estruturado ou sistematizado. Com a criação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro - Hospício D. Pedro II, datado de 1852, toda criança e adolescente portador de sofrimento psíquico passa a merecer atenção maior porque, até então, crianças e adolescentes de classes favorecidas economicamente eram assistidas pela rede pública de saúde (RIBEIRO, 2006).

Na década de 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimulou o avanço na criação e ampliação de políticas públicas voltadas à população jovem. Em 1985, foi proclamado o Ano Internacional da Juventude, com um lema amplamente discutido, estimulado e divulgado em toda a rede de saúde: “Juventude: hora de buscar, hora de entender.” Os países vinculados à OMS passaram a destinar maior atenção às especificidades da saúde do adolescente e à sua vulnerabilidade. No Brasil, a partir da presente década, várias instituições e organizações governamentais e não governamentais, além dos setores da sociedade civil organizada, se articularam e empreenderam esforços para um avanço importante no campo das políticas públicas voltadas para essa demanda (BRASIL, 2009a).

Esse momento histórico coincidiu com o da reforma sanitária e psiquiátrica. Caminhavam numa concepção comum do que é pretendido em termos de ação e alcance das intervenções de saúde. A essência de todos esses movimentos era a necessidade de mudança paradigmática na elaboração do conceito de saúde, que estimulasse o profissional da saúde a ter uma visão mais ampla e mais humanizada e não apenas um simples olhar materializado na doença, ou seja, a pessoa deve ser visto por inteira, com toda a sua subjetividade e necessidades múltiplas e complexas (BRÊDA *et al.*, 2005).

No que tange ao adolescente, a Constituição brasileira de 1988 destaca no Art. 277:

É dever da família, da sociedade e do Estado, assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2012c, s/p).

O primeiro programa governamental de proteção à maternidade, à infância e à adolescência foi criado no período do Estado Novo (1937-1945). As atividades desse

programa eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde. Depois desse programa, outros foram implantados; entre eles, o Departamento Nacional da Criança - DNRC; Coordenação de Proteção Materno-Infantil - CPMI (1970); Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil - DINSAMI (1976); Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança - PAISMC (1983); Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM (1984); Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança - PAISC, dando início às políticas públicas de saúde relativas à saúde da mulher, da criança e do adolescente (BRASIL, 2011b).

Uma considerável melhoria nos direitos da criança e do adolescente aconteceu em 1989, quando o Ministério da Saúde oficializou o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), por meio da Divisão de Saúde Materno-Infantil, cujas bases programáticas foram lançadas em consonância à problemática socioeconômica da população jovem brasileira (FERREIRA *et al.*, 2007).

O avanço maior de todos os direitos da criança e juventude ocorreu em 1990 quando foi sancionada a Lei 8.069, entrando em vigor o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Esse documento pôs em evidência os direitos da criança e do jovem, numa perspectiva condizente com sua condição de desenvolvimento. Merecem proteção integral: física, psíquica e moral (BRASIL, 2009b).

O ECA destaca a saúde como um dos direitos fundamentais da criança. O artigo 7º diz: “[...] a criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 2009b, s/p).

O Brasil, em 2005, destacava-se entre os países latino-americanos de maior taxa de mortalidade entre jovens, chegando a atingir 51,6% da população juvenil. A taxa de suicídio alcançou 4,7% por 100.000 habitantes. Quanto à mortalidade por armas de fogo, em 2004, alcançou 44,2% de óbitos por 100 mil habitantes (WAISELFISZ, 2008). Estes dados evidenciam a condição atual de cidadania dos adolescentes. Para reverter esse fenômeno, urge que esses sujeitos de direitos e deveres tenham acesso fácil a serviços públicos, em especial à educação e saúde, podendo reivindicar seus direitos à atenção de qualidade que lhes incentivem a prática de vida saudável.

A Política de Saúde Brasileira estabelece os limites etários que compreendem adolescentes de 10 a 14 anos, os adolescentes jovens de 15 a 19 anos e adultos jovens de 20 a 24 anos, portanto as ações da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, do Ministério da

Saúde, abrangem as faixas etárias de 10 a 24 anos, sendo essa política um instrumento para a cidadania do adolescente (FERREIRA *et al.*, 2007).

Entende-se, nesse sentido, que as políticas públicas devem acompanhar e compreender que os conceitos de infância e adolescência são dinâmicos em decorrência das mudanças associadas aos aspectos histórico-sociais que eles vivenciam no seu cotidiano (GOMES, 2010).

Amarante e Soares (2009) afirmam que se faz necessária a incorporação de referenciais de juventude na elaboração de políticas públicas no campo da saúde, para que os adolescentes possam reivindicar os seus direitos e uma rede de atenção ampla e de qualidade, com entendimento amplo de que saúde não resulta apenas na ausência de doenças, mas de um conjunto de fatores que os levem à prática de um estilo de vida saudável.

Não faz sentido criar tantas ações relacionadas com a saúde e com a justiça sem focalizar todo o contexto social em que vivem o adolescente e os jovens adultos, porque são inúmeras as razões que explicam esse quadro caótico de alta vulnerabilidade social em que eles estão inseridos.

Esses dados são revelados nos levantamentos realizados no Brasil, nos anos de 2001 e 2005, pela Universidade Federal de São Paulo, em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) sobre o consumo de álcool e outras drogas nos municípios brasileiros, e mostram que 5,1% dos adolescentes preenchem o critério de dependência do uso de álcool no primeiro levantamento, passando para 7,0%, no segundo (MARTINS *et al.*, 2010).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Humanização (PNH) deflagrou um movimento ético, político e institucional, transformando os modos de gestão e de cuidado em saúde para atender a população brasileira, principalmente os adolescentes. Essas alterações correspondem à criação de condições político-institucionais para o enfrentamento e superação de situações identificadas como incoerentes com a base discursiva do SUS, sobretudo no que diz respeito ao direito que garante o acesso universal e equitativo de todo brasileiro a práticas e ações integrais de saúde (PASCHE; PASSOS, 2010).

De acordo com Sposito, Silva e Souza (2006), as políticas públicas devem compreender a dimensão ético-política que esteja aliada a um projeto de desenvolvimento socioeconômico, de modo que as necessidades da sociedade sejam atendidas.

A negligência da saúde mental infantil tem sido evidenciada nos relatórios da Organização Mundial da Saúde, os quais foram apresentados durante a III Conferência

Nacional de Saúde Mental e revelaram que 30% dos países não têm políticas de saúde mental e 90% não têm políticas que incluam crianças e adolescentes (BRASIL, 2012b).

Melhorar o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde e superar as dificuldades encontradas na prática dos profissionais da saúde, tomando-se por referência valores ético-humanitários que a sociedade elaborou como desejável e aceitável no plano do cuidado em saúde, tem sido o maior desafio da PNH e de outras políticas do SUS (PASCHE; PASSOS, 2010).

O Ministério da Saúde brasileiro não preconizava ações eficazes na área de prevenção ao sofrimento psíquico na atenção básica nem tinha uma proposta para saúde mental das crianças e adolescentes, exceto para transtornos mentais graves, que passam a receber cuidado com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPS i) (BRASIL, 2012a).

Reverendo essa situação no atendimento dessa clientela, os gestores dos serviços de saúde mental no Brasil e estudiosos, nos últimos 10 anos, têm empenhado esforços para caracterizar essa demanda e redimensionar as modalidades de atendimento oferecidas no cuidado de crianças e adolescentes, fornecendo informações aos profissionais sobre os problemas da população que busca o serviço, possibilitando reflexão sobre a sua prática e contribuindo, assim, para planejamentos de ações mais efetiva nos serviços de saúde (SANTOS, 2006).

Outro grande avanço na saúde mental brasileira foi o início do estímulo de estudos científicos sobre as práticas do cuidado integral de crianças e adolescentes. Tais estudos visam à promoção da saúde e atenção aos usuários e possibilitam um fortalecimento na rede de atenção aos usuários na própria comunidade, que têm evitado a cronificação dos pacientes e diminuído a exclusão social (FERREIRA *et al.*, 2007).

No modelo de atenção integral, o profissional deve ampliar sua visão, preocupando-se com a singularidade do sujeito e com a organização dos serviços, transformando o espaço antes considerado “um lugar de poder”, com interação maior entre a equipe de profissionais e a população assistida. Essa transformação permite uma relação de respeito entre profissional e usuário, quando a conduta do profissional leva em consideração o meio social e cultural do usuário, compreendendo, assim, a problemática vivenciada que requer atenção cuidadosa, mais humana e não mais como mero objeto de investigação (RUZANY, 2008a).

O cuidado, sob a ótica de Foucault (2005), é uma prática transdisciplinar existente entre profissional e usuário, que envolve o respeito e a ética, com intuito de promover autonomia social. Essa relação se constitui de elementos intrínsecos e se sobrepõem às ações e

posturas que são construídas nos encontros entre o profissional e o indivíduo (MACHADO; LAVRADOR, 2009).

O profissional da saúde deve estar capacitado para apreender, no seu campo de trabalho, o quadro de vulnerabilidades locais e compreender o meio social em que está inserida a criança e o adolescente, para saber a dimensão do processo saúde-doença que irá enfrentar, subsidiando, assim, prática educativa de alcance coletivo e comunitário que possa abranger modos de relação dos adolescentes na esfera da vida social, em especial na família, na comunidade e na escola (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2008).

A mudança a ser efetuada na atenção integral da criança e do adolescente corresponde a um modelo dinâmico e contínuo de atitude diante de opções a serem priorizadas com respeito à saúde e bem-estar dessa população. Esse novo enfoque é um desafio para os profissionais da saúde, porque eles precisam aprimorar suas práticas, no sentido de propiciar nos serviços de atenção, um espaço reflexivo e harmônico que priorize o respeito à saúde do adolescente, incentivando-o a refletir e a se responsabilizar por suas escolhas, e que essas condutas possam resultar em novas alternativas de conhecimentos e ampliar a participação desses sujeitos na gestão, avaliação e reconstrução dos serviços de saúde (RUZANY, 2008b).

O esforço dos gestores e profissionais da saúde brasileira, em especial os dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPS i) e Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), em vários municípios, tem implantado e disseminado práticas de cuidado para substituir, de modo organizado e gradual, o modelo hospitalocêntrico, permitindo uma nova abordagem com respeito à atenção à saúde do adolescente (FERREIRA *et al.*, 2007).

Os gestores públicos devem estabelecer como premissa reflexões sobre a liberdade e autonomia, incentivando a participação direta de toda a sociedade, inclusive do adolescente para que se posicionem sobre os projetos dos serviços de saúde desde a elaboração até à avaliação dos serviços de saúde. Infelizmente, por enquanto, as informações não são repassadas à sociedade. Vários obstáculos impedem que o adolescente se posicione diante das dificuldades enfrentadas do acesso à saúde (RUZANY, 2008b).

Horta e Sena (2010), em estudo realizado sobre práticas de saúde, especificamente na enfermagem, afirmam que, ainda hoje, se encontram práticas de cuidado que são tradicionalmente medicalizadoras e que os profissionais tendem a unificar como fossem “pacotes fechados”, descaracterizando as necessidades específicas de subjetividade, com relação à saúde do adolescente. Essas ações mostram-se insuficientes para atender a fase complexa do adolescente, que vivencia tantas transformações de ordem biopsicossocial e muitas vezes corre sérios riscos por estar num contexto vulnerável. As políticas públicas

implementadas nos serviços de saúde brasileiros se detêm no limite cronológico da fase, sendo banalizados os conhecimentos do âmbito biológico e os aspectos sociais e culturais dessa demanda.

De modo geral, as políticas de saúde mental existentes estão relacionadas com os problemas da população adulta e devem inovar as estratégias de intervenção e organização de serviço mais específicas que incluam práticas inovadoras para as crianças e adolescentes (PATEL *et al.*, 2007). Segundo estudiosos, essas especificidades tendem a permanecer invisíveis nos serviços públicos de atenção ao usuário de drogas, pois a inexistência de políticas de saúde mental para esses sujeitos, em quase todos os municípios brasileiros, torna o desenvolvimento de políticas nacionais de saúde mental não apenas necessário, mas urgente (BELFER, 2008).

2.2 INTERFACES ENTRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DROGAS E O CONSUMO

O consumo de drogas faz parte da história da humanidade. Não existe nenhuma sociedade que não a utilize; partindo, porém, dessa premissa, abordaremos o uso de drogas como um fenômeno biopsicossocial que vem constituindo-se um grave problema de saúde pública, com grande impacto em toda a sociedade.

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), droga é qualquer substância não produzida pelo organismo. Tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de um de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. As drogas psicoativas são substâncias que alteram o sistema nervoso central e trazem sérios prejuízos se consumidas de modo indevido (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010).

Na evolução da política nacional sobre droga, vários assuntos permanecem controversos. Para tentar compreender esse processo, faz-se necessária uma reflexão sobre a forma com que a droga foi referida ao longo da História, levando-se em consideração as questões sobre saúde/doença e os paradigmas hegemônicos em cada momento (PRATTA; SANTOS, 2009).

Para alguns estudiosos, o país só terá uma boa política quando definir e conseguir implementar estratégias tão complexas quanto o problema da drogadição. Um aspecto a ser destacado é que o uso contínuo de qualquer substância psicoativa pode desenvolver a dependência, contribuindo para a desestabilização da relação do indivíduo com a família e com a sociedade (LARANJEIRA; BORDIN; FIGLIE, 2010).

Atualmente, a OMS estima que 10% da população dos centros urbanos mundial consomem de modo abusivo vários tipos de droga, independentemente da idade, classe social e nível de instrução. Essa estimativa resulta em um grave problema social e de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2004b).

Para se amenizar o impacto social dos problemas relacionados com o consumo excessivo de álcool e de outras drogas, é fundamental a criação de políticas públicas e ações efetivas, especialmente para a saúde, comprometidas com a promoção, prevenção, tratamento e reinserção social na perspectiva de reduzir esse consumo mediante a integração social e produção da autonomia do usuário, vítima desse contexto social que estimula, por meio da mídia, o uso desenfreado dessas substâncias (RONCHI; AVELLAR, 2010).

O SUS, instituído pela Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei 8080/90, é o conjunto de ações e serviços de saúde que tem por finalidade a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira e garantindo o acesso de todos a assistência integral e equitativa à saúde (BRASIL, 2004a).

Logo após a realização da XX Assembleia Geral das Nações Unidas, o governo brasileiro, tendo aderido aos princípios diretivos para a redução da demanda de drogas, iniciou um processo de reestruturação da política nacional, a começar pela transformação do então Conselho Federal de Entorpecente (COFEN) que agora denomina-se Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). Em seguida, foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), que, vinculada a Casa Militar da Presidência da República, teve como missão mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da política brasileira. Resultando, em 2002, na Política Nacional Antidrogas (PND), que foi instituída por meio de Decreto Presidencial n. 4345 de 26 de agosto de 2001 (DUARTE; DALBOSCO, 2011).

Em 2004, vários eventos foram realizados com incentivo do governo; entre eles, destaca-se o Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis fóruns regionais e um fórum nacional sobre drogas, que possibilitaram o processo de realinhamento e atualização da política, resultando em 2006 na aprovação da Lei nº 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), suplantando uma legislação de 30 anos que se mostrava obsoleta, em desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações sociais (CARVALHO, 2008).

Em 2008, houve avanços na construção da Política Nacional sobre Drogas, com a publicação da Lei n. 11.754, que adota como estratégia o princípio da responsabilidade compartilhada, articulando esforços do governo, da iniciativa privada, do terceiro setor e dos

cidadãos e incentivando a discussão sobre a importância da intersetorialidade e descentralização das ações sobre drogas no país (BRASIL, 2008a).

Embora a nova abordagem contribua para uma visão mais humanitária, na esperança de que preconceitos e rótulos discriminatórios sejam abolidos, a sociedade continua a estigmatizar e considerar o usuário de drogas como criminoso, moralmente desajustado ou cúmplice do crime de tráfico de drogas (CONCEIÇÃO; OLIVEIRA, 2008).

Apesar da magnitude dos problemas sociais e de saúde emergidos em decorrência da dependência química, a atenção mental dirigida ao grupo infanto juvenil é marcada por um vazio histórico. Ainda hoje o preenchimento dessa lacuna é na maioria de natureza privada ou filantrópica, tornando-se, em algumas localidades, as únicas opções de cuidado disponível às crianças, jovens e seus familiares (HOFFMANN; SANTOS; MOTTA, 2008).

Para sanar esse problema, o governo brasileiro, através da SENAD, tem incentivado a implementação de ações e programas voltados à proteção integral da criança e do adolescente em situação de vulnerabilidade. Seguindo os objetivos da Política Nacional Sobre Drogas, esses programas devem ser constituídos de equipes multidisciplinares capacitadas para atender todos os problemas decorrentes do abuso de drogas, além de educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os segmentos sociais para uma ação efetiva, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem-sucedidas, adequadas à nossa realidade, ajudando, assim, a reinserir a pessoa com dependência química na sociedade (DUARTE; DALBOSCO, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, o governo brasileiro caminha para a ampliação da rede de atenção integral à saúde, promovendo ações que enfrentam os diversos tipos de vulnerabilidade e risco. É recomendado que a PNAD esteja alinhada à política do SUS a qual prioriza o respeito às diferenças, à promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma, as estratégias de redução de danos e a intersetorialidade. Nesta perspectiva ampliada de saúde pública, a PNAD, além de proporcionar o tratamento na atenção primária, garante o acesso a medicamentos, envolve comunidades, famílias e usuários, monitoriza a saúde mental na comunidade e oferece mais apoio à pesquisa (BRASIL, 2008b).

Os vários problemas de saúde associados ao consumo e à dependência de substâncias psicoativas, sejam elas lícitas, sejam ilícitas, demandam maior atenção dos profissionais da saúde. O conhecimento sobre as questões relacionadas com o uso de substâncias e com as dependências químicas deve estimular o trabalho interdisciplinar e multiprofissional de todos os atores envolvidos, somando esforços provenientes de representantes de todos os segmentos

sociais: políticos, legisladores, pesquisadores, profissionais da saúde e outros grupos da sociedade civil. Todos os profissionais da saúde já cuidaram - algum dia - de algum usuário de substâncias psicoativas com patologia associada ao consumo de álcool ou outras drogas. Essa questão impõe mudança de atitude em relação a essa clientela, pois o preconceito e a discriminação ainda existem e se colocam entre os principais obstáculos ao tratamento e aos cuidados dessas pessoas (MENDES; LUIS, 2004).

O uso de drogas entre os adolescentes é uma questão complexa, devido à função da vulnerabilidade do seu desenvolvimento biológico e psicossocial. É necessário um conjunto de estratégias, fundamentadas em evidências científicas poderá reverter esse quadro caótico que vem disseminando-se no Brasil. É possível compreender que as políticas devem ser ajustadas à nossa realidade brasileira, onde grande parte dos adolescentes se encontram em situação de vulnerabilidade social e precisam urgente de um controle do abuso de drogas psicoativas lícitas ou ilícitas (MARQUES, 2010).

Diariamente, a mídia brasileira mostra em seus noticiários que as ações planejadas não têm sido suficientes para sanear problemas de saúde e sociais em decorrência do uso abusivo de drogas. O Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, tem os seguintes objetivos:

- I - estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua;
- II - estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2010, s/p).

Nesse sentido, foi divulgada por gestores públicos a criação de 13.868 leitos, que devem ser destinados ao tratamento da dependência química em hospitais gerais públicos; no entanto, após um ano, apenas 574 leitos estão disponíveis em todo o país. Especialistas afirmam que os consultórios de rua são serviços que podem ajudar a sanear essa problemática, mas dos 323 consultórios planejados pelos gestores do MS, só existem 78 em todo o território nacional (REDE GLOBO, 2012).

O consultório de rua é uma das estratégias criadas a partir do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção de Álcool e outras Drogas, que é utilizado em situações extremas, quando o usuário não aceita o tratamento em outros serviços públicos,

a exemplo dos centros de atenção psicossocial. Assim, esta estratégia é utilizada na intervenção junto aos usuários de drogas em situação de rua, baseada na perspectiva de redução de danos (JORGE, CORRADI-WEBSTER, 2012).

2.3 ADOLESCENTES: A PERSPECTIVA DE INCLUSÃO SOCIAL

Após vários anos de existência, o SUS ainda se encontra em processo de criação de ações e serviços voltados para a inclusão e reabilitação de toda a população brasileira, especialmente aqueles serviços que atendem crianças e adolescentes, com o objetivo de aprimorar o modelo proposto de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tal modelo visa ao atendimento equânime e de qualidade para toda a população, mas não é essa a realidade encontrada nos municípios brasileiros (SILVA; ALVES, 2008).

Vários discursos e debates no campo da Saúde Pública revelam a necessidade de renovação das práticas sanitárias, sejam elas de promoção, vigilância da saúde de redução de vulnerabilidades, entre outras. Entretanto, para consolidação dessas propostas, são necessárias transformações bastante radicais no pensar e agir em saúde, para que essas práticas sejam mais expressivas (AYRES, 2004).

Na perspectiva de transformar a saúde mental, cabe aos profissionais da saúde, a partir de suas práticas, resgatar a autonomia afetiva e social dos sujeitos para que estes possam usufruir os direitos de cidadania (BALLARIN, 2010).

As recentes práticas de cuidado implantadas nos serviços oferecidos à população nos faz refletir em várias tecnologias de saúde que visam ao bem-estar físico e mental das pessoas. Tais reflexões nos remetem às políticas de saúde, à organização de ações e serviços, às relações entre profissionais de saúde-paciente, entre outros aspectos.

Ao pensar em assistência de saúde, Ayres (2004) considera que é preciso novas tecnologias e conhecimentos científicos para se melhorar a saúde, mas é fundamental que o profissional tenha consciência de que nem tudo pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico. Ao assistir a saúde das pessoas, o profissional precisa ficar atento para o fato de que o papel dele não deve resumir-se ao de simples aplicador de conhecimentos, mas sim ao de conhecedor da necessidade da utilização daquele saber e do instrumento para a intervenção.

À medida que observamos os serviços de saúde, percebemos que há excessiva tecnificação sobre a assistência. Tal fato se expressa pelo alienante estímulo à ultra-especialização nos processos de trabalho. Essas mudanças nas práticas tornam o profissional

aprisionado às técnicas do cuidado e inibe a relação de autonomia que se estabelece no ato de cuidar. Sem perceber, o profissional compromete o resgate da autonomia relativa de sujeitos, sejam esses usuários, profissionais, técnicos ou gestores do SUS (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

Nesse sentido, o ser humano é reduzido a uma doença que precisa ser curada, sendo fragmentado como corpo biológico e social. Para atingir a inclusão do sujeito no contexto social, essas mudanças na prática exigem preparo humanizado que dê relevância ao cuidado da dor biológica, até problemas de ordem psíquica e espiritual. Cabe ao profissional transpor a visão biológica, fornecendo suporte ao cliente-paciente e sua família, objetivando manter a dignidade do indivíduo.

Boff (2002, p. 11) afirma que “o cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. [...] No cuidado identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir”. Então, o profissional, a partir do momento transforma o ato de cuidar numa relação de interação entre profissional e usuário de liberdade e responsabilidade compartilhada, confere evolução na dimensão do trabalho em saúde.

A ampliação da clínica, no paradigma da transformação no modo de fazer saúde, reconhece ressignificação do cuidado que perpassa pela consciência do profissional-usuário em sua contemporaneidade, seja ela absoluta ou relativa. O novo enfoque permite a apropriação de um novo modelo terapêutico de cuidado integral que se inicia a partir do acolhimento no território. Em seguida, se estabelece vínculo e corresponsabilização pela resolubilidade nas necessidades de saúde (PINTO; JORGE, 2009).

Na qualidade de usuário de um serviço de saúde, qualquer indivíduo torna-se um potencial “objeto de conhecimento e intervenção” (AYRES, 2004, p. 85). No entanto, nenhum profissional da saúde deve subtrair desse indivíduo o conhecimento sobre suas necessidades e seu bem-estar, mas sim ajudá-lo na elaboração de seu projeto terapêutico.

Esse processo de cuidar deve ir além da produtividade do trabalho em saúde, levando em consideração as dimensões ontológico-existenciais dos sujeitos, envolvendo também as dimensões ecológica, social e política que caracterizam o viver do ser humano. Pode ainda ser reconhecido como mediação intersubjetiva entre profissional e usuário, onde a desconstrução de poder em favor da liberdade e autonomia ocorre pelas vias do confronto e superação, em constante transformação (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

O Brasil é um país em desenvolvimento. Essa nova realidade permite a adequação de novas práticas no âmbito social, político, institucional. Por conseguinte, a sociedade exige ações mais humanizadas, que permitam a pessoa experimentar, nos serviços públicos, novas

atitudes éticas, compromissadas com o bem-estar biopsicossocial desses novos sujeitos (PASCHE; PASSOS 2010).

Tal inovação nos serviços públicos de saúde pressupõe a capacidade de mobilização dos usuários, comunidade, profissionais e gestores para identificar os obstáculos encontrados nos processos de trabalho para que haja mudanças na prática diária desses profissionais da saúde no atendimento à população (SANTOS-FILHO; BARROS, 2007).

Todos os integrantes da rede de atenção social devem participar na evolução das políticas públicas de saúde, inclusive os profissionais da saúde e gestores, como agentes facilitadores das trocas de saberes. Esse desafio exige que os profissionais participem de cursos de capacitação e aperfeiçoamento para lidarem com a realidade epidemiológica do país, promovendo ações que estimulem a educação em saúde e desenvolvendo estratégias para eles melhorarem a qualidade de vida dos adolescentes em condição crônica (AMADOR *et al.*, 2011).

Assegurar escuta qualificada permite aos profissionais de saúde e ao adolescente troca de conhecimentos sobre a doença destes e os demais significados, envolvendo um processo de comunicação interativo que resulta numa assistência mais humanizada (ARAÚJO *et al.*, 2011).

É evidente que, para mudanças estruturais significativas de inclusão de adolescentes usuários de drogas nos serviços substitutivos de saúde mental, é preciso sólida compreensão das autoridades públicas e dos profissionais da saúde para que sejam planejadas e desenvolvidas ações de inserção dos adolescentes e não permitam que se proliferem atividades de exclusão.

Esse processo social é complexo e exige mudanças na mentalidade de todos os atores sociais no resgate da cidadania no campo da saúde mental e atenção psicossocial (AMARANTE, 2010).

Falar em inclusão social tem despertado o interesse de profissionais de diversas áreas. Esse movimento nos leva à discussão sobre as práticas inclusivas de certos segmentos populacionais, em especial pessoas usuárias de drogas psicoativas, que são excluídas dos serviços públicos brasileiros em decorrência do sistema em que vivemos que é excludente em sua raiz (MACHADO; ALMEIDA; SARAIVA, 2009).

Pela complexidade dos problemas de saúde relacionados com o consumo abusivo de drogas, as alternativas de cuidado de adolescentes dependentes químicos são inspiradas em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. Conseqüentemente, os danos biopsicossociais são individuais e sociais e comprometem toda a estrutura da saúde brasileira.

A internação compulsória de crianças e adolescentes usuários de drogas, os quais vivem em situação de rua, começa a ser discutida entre gestores municipais, estaduais e federais, profissionais de diversas áreas, usuários familiares e sociedade civil, principalmente nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Essa discussão é muito complexa e polêmica, embora seja previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente, em artigos que citam situações de risco para esse público diante da omissão do Estado, dos pais ou mesmo de responsáveis. Organizações ligadas a direitos humanos protestaram contra essa iniciativa do governo paulista, por entenderem que essa proposta de internação é “higienizadora” e sem caráter de continuidade, fazem manifestações em frente ao Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas do Estado (CRATOD), no centro de São Paulo (REDE BAND, 2013).

A nova lei brasileira nº 11.343/2006, nº 11.705/2008, nº 11.754, em consonância com a Política Nacional sobre Drogas, objetiva contribuir para a inclusão social não só de adolescentes, mas de todos os cidadãos usuários de drogas, no intuito de torná-los menos vulneráveis ao consumo exagerado, ao tráfico e a outros comportamentos correlatos (MENDONÇA, 2010).

Dentre as possibilidades da reorganização almejada na saúde, destaca-se o acesso às muitas modalidades de tratamento e recuperação, reinserção social e ocupacional do usuário de drogas. Tal acesso deve ser propiciado pelos gestores do cuidado nos serviços públicos municipais, estaduais e federais. Esses gestores priorizam assistência por meio do processo de trabalho emancipatório realizado por profissionais da saúde nas relações intersubjetivas dos cenários dos serviços substitutivos (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

Inicia-se, assim, a implantação de políticas públicas pelo Ministério da Saúde, tentando-se avançar na efetivação de práticas inclusivas nos serviços substitutivos de saúde, dando-se prosseguimento ao movimento da reforma psiquiátrica; alguns obstáculos, porém, têm contribuído para que essas iniciativas não se concretizem o que pode ser observado nos CAPS (AZEVEDO; FERREIRA FILHA, 2012).

Esses obstáculos podem ser elucidados a partir do desenvolvimento de estratégias de planejamento e avaliação contínua nas políticas de educação, assistência social, saúde, segurança pública, e a partir de estudos científicos que evidenciem toda a complexidade do problema.

Elaborar e socializar conhecimentos sobre o Sistema Nacional de Políticas sobre drogas é um desafio a ser enfrentado por profissionais da rede de saúde mental nos municípios brasileiros que objetivam aprimorar práticas inclusivas priorizadoras do respeito aos direitos humanos, promovendo os valores éticos, culturais e de cidadania (MENDONÇA, 2010).

2.4 O ADOLESCENTE E SUAS PECULIARIDADES: ASSISTÊNCIA NO CONTEXTO DO CAPS i

De acordo com dados do IBGE, o número de adolescentes e jovens representa 30,33% da população brasileira, ou seja, um terço do total, o que faz o Brasil ser um país de população relativamente jovem, a qual precisa de políticas públicas que atendam às necessidades dessa faixa etária (IBGE, 2000).

Na cultura brasileira, adolescência compõe a transição entre a infância e a vida adulta, que é marcada pelo desenvolvimento biológico e transformações complexas relacionadas com a maturidade biopsicossocial do indivíduo. Essas transformações sofrem influências positivas ou negativas da família e da sociedade (AVANCI; PEDRÃO; COSTA JÚNIOR, 2005).

Essa fase é considerada o início da juventude e é objeto de expectativa e projeção de toda a sociedade, pois é sinônimo de saúde, energia, possibilidades de transformação para um futuro melhor. Nessa perspectiva concebida pela mídia, eles são cultuados pela sociedade contemporânea e reforçados pelo *marketing* em torno do símbolo jovem, alimentando o consumo capitalista (CARRETEIRO, 2010).

Não obstante, de acordo com análise das publicações selecionadas por Horta e Sena (2010), a conceituação prevalente de adolescência, nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, é que essa fase é marcada por uma delimitação etária dos 10 aos 19 anos e está vinculada apenas às transformações físicas, ao crescimento, e desenvolvimento e à maturação sexual (HORTA; SENA, 2010).

A partir da criação, em 2003, da Secretaria Nacional de Juventude, foi possível problematização dos conceitos de adolescência e juventude para que fossem melhoradas as políticas públicas para esse grupo. Para adequar essas políticas às necessidades desse grupo, é primordial reunir adolescentes e jovens em programas com estratégias mais adequadas incluindo práticas de cuidado mais eficazes (BRASIL, 2008a).

Perceber os adolescentes como pessoas cheias de ideias, questionamentos e propostas é compreender que 33 milhões de cidadãos na faixa dos 15 aos 24 anos, constitui um grupo que não são apenas geradores de problemas, mas são sobretudo indivíduos que podem se desenvolver com energia, espírito criativo, construtivo e com grande potencial transformador da realidade social brasileira (ROCHA, 2006).

Os requisitos para a eficácia do processo de trabalho iniciam-se com a preocupação na identificação e atendimento das necessidades de cuidados de saúde do ser humano, aliados às ações tencocientíficas referentes ao bem-estar físico, psíquico e emocional do adolescente.

Na adolescência, várias são as modificações. Do ponto de vista psicossocial, elas são intensas e podem gerar sérias repercussões para a vida desse indivíduo. Ao se dar conta dessas transformações, ele procura apropriar-se de si e do seu corpo, fazendo diferentes experimentações que muitas vezes fogem-lhe ao controle e o torna vulnerável, o que pode trazer sérios danos a sua saúde biopsicossocial (CARRETEIRO, 2010).

Os adolescentes brasileiros crescem num mundo onde muitas das suas relações são consideradas descartáveis e permeadas pela falta de estrutura social, pelo medo, por todos os tipos de violência. Essa estrutura favorece o sentimento de fragilidade, de conflitos, tornando-o suscetível à incorporação de identidades negativas. O fato é que os segmentos que compõem sua rede social (família, escola, comunidade, serviços públicos) não desempenham seus papéis de modo saudável onde o adolescente possa encontrar respeito, compromisso, responsabilidade e amor (PEREIRA; SUDBRACK, 2010).

Todo adolescente é potencialmente vulnerável, em todas as suas dimensões, e necessita de atenção e cuidado. Na verdade, a sua estrutura pluridimensional, que envolve pensamentos, sentimentos, fantasias e comportamentos, são vulneráveis; por isso ele precisa ser cuidado por profissionais que o visualizem em sua integralidade, assistindo-o em sua subjetividade (WALDOW; BORGES, 2011).

De acordo com Maturana (2001), o cuidar é um sentimento existente em todo ser humano. Estão presentes às relações sociais e não se esgota, pois sem esse sentimento não haveria dinâmica social.

Para que haja produção do cuidado qualificado do adolescente usuário de drogas, são necessárias trocas recíprocas entre a pessoa que cuida e o sujeito que é cuidado. Essas relações interpessoais devem basear-se na ética, começando pelo respeito ao outro em sua complexidade e escolhas (GEORGE, 2000).

Os serviços de saúde mental para adolescentes, em especial os CAPS, são vistos de modo pouco positivo por essa demanda, o que amplia assim o sentimento de desamparo daqueles que necessitam de cuidado. Doutra parte, as instituições comerciais ilícitas, tais como o tráfico de drogas, têm seduzido esses jovens de modo avassalador, resultando em sofrimento incomensurável para aqueles que abusam da droga e todas as pessoas que convivem com esse usuário (CARRETEIRO, 2010).

O adolescente que abusa de drogas como recreação compromete a gestão da sua vida por momentos prazerosos. Esse comportamento tem estreita relação com o seu meio familiar, social e cultural. Para tentar resolver essa situação complexa, muitas vezes a família deve procurar profissionais capacitados para acompanhar o caso (ADORNO, 2008).

Esses jovens são influenciados pela ideia motora relacionada com o poder consumir, presente na sociedade capitalista contemporânea. Eles não consomem abusivamente só as drogas ilícitas, mas há bens materiais considerados indispensáveis, como tênis de marcas, bonés, camisetas que têm um significado simbólico do imaginário social que produz a falsa impressão de poder (ROCHA; CASTRO, 2008).

A subjetividade contemporânea do adolescente tem sido acompanhada pelos excessos no consumo de substâncias psicoativas, com a finalidade de fazer calar emoções tristes e outros sentimentos que são inerentes à vida saudável do sujeito, trazendo indícios de sofrimento individual e coletivo, impossibilitando o reconhecimento desse sofrimento que é inerente à existência de qualquer ser humano (SILVA, 2006).

Nessa perspectiva, a rede de atenção social ao usuário de drogas, em especial a família, a escola e os serviços de saúde, deve mobilizar recursos para auxiliá-los, pois eles se encontram fragilizados socialmente e vulneráveis ao tráfico. O uso que antes tinha o caráter transitório, pode passar a ser permanente (SUDBRACK, 2003).

Inúmeros estudos realizados em serviços públicos de saúde foram unânimes em assinalar que se impõe ao adolescente usuário de drogas o estigma de marginal, gerado pela sociedade e reforçado pela institucionalização “na medida em que o adolescente era culpado e, conseqüentemente, punido pela sua condição de infrator ou vitimado pela culpa atribuída à sua família por sua condição de abandono ou carência” (CONCEIÇÃO, 2010, p. 87).

Os segmentos que compõem a rede de atenção à saúde e proteção social do adolescente, são constituídos primariamente pela família, escola, comunidade, igreja, justiça e outras organizações que devem ser responsáveis pelo desenvolvimento de ações individuais e coletivas para esses sujeitos que implora para ser cuidado (PEREIRA; SUDBRACK, 2010).

Garantir-lhes o cuidado envolve novos modos de lidar com eles, levando em consideração todas as questões envolvidas no seu processo de desenvolvimento (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012).

No Brasil, algumas pesquisas têm demonstrado que de 12,7% a 23,3% do total de crianças e adolescentes no país sofrem com algum tipo de transtorno mental. Índices próximos aos apresentados pela Organização Mundial da Saúde, no ano 2001, apontam prevalência varia de 10% a 20% em outros países. No entanto, os recursos financeiros destinados à saúde mental representam, na maioria dos países, menos de 1% dos seus gastos totais com a saúde e ainda: 90% dos países não têm política de saúde mental voltada para crianças e adolescentes (RONCHI; AVELLAR, 2010).

Com a evolução das práticas de saúde mental no Brasil e com os novos modos de entender e tratar o sofrimento psíquico, o portador de transtornos psíquicos começa a ser sujeito de direito, porque passa a ser incluído nos serviços de saúde (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

O Ministério da Saúde tem incentivado a criação de uma rede substitutiva de atenção à saúde mental, sendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) os principais equipamentos desta rede, que tem por objetivo o tratamento, a reabilitação psicossocial, a promoção da autonomia e da cidadania, além de ser orientado pela noção de cuidado e promoção dos direitos dos usuários (BRASIL, 2008a).

Levando em consideração os direitos fundamentais dos cidadãos, o Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPS i), ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS), constitui-se como um ambulatório diário destinado à saúde mental das crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, configurando o seu atendimento nos moldes do local em que está inserido, e visa a ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2009a).

A priori, esse serviço conta com equipe multiprofissional capacitada e possui equipamentos variados. Não só possibilita atendimentos clínicos especializados, mas tem como função promover saúde, inserir o usuário (crianças e adolescentes) no meio social, reabilitando-o e rompendo preconceitos e estigma (RONCHI; AVELLAR, 2010).

É relevante acentuar que os Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas - CAPS AD são instâncias não só de cuidado com os usuários, mas também de organização e articulação de toda a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2008a).

Segundo Pereira e Sudbrack (2010), o profissional da saúde não gera mudanças nem cuida do adolescente dependente de substâncias psicoativas apenas com o conhecimento. É preciso pôr em prática tudo o que aprendeu durante a graduação e assumir responsabilidades como ser social e ético. Só assim é possível transformar a realidade do ambiente que atua.

Os transtornos mentais oriundos do abuso de drogas trazem custo inestimável para toda a sociedade, especialmente nos aspectos humano e financeiro e constituem grave problema de saúde pública mundial. O agravante é o fato de que muitos poderiam ser prevenidos e tratados durante a fase da adolescência, mas, pela inexistência ou fragilidade dos serviços de saúde, continuam manifestando-se durante a maioridade, em um comprometimento mais complexo e mais difícil de ser tratado, gerando grande prejuízos sociais (BRASIL, 2004b).

Tendo em vista essa problemática, o Ministério da Saúde vem tentando ampliar o número de CAPS i que dobrou nos últimos cinco anos. Além disso, algumas portarias foram

emitidas para incrementar as políticas de financiamento e qualificação assistencial (CAMPOS *et al.*, 2009).

Os CAPS i devem oferecer aos usuários, familiares e comunidades, além dos serviços clínicos e de urgência, ações combinadas entre a população, que venham a promover o bem-estar físico, psíquico e social de toda a comunidade onde ele esteja inserido. Essa nova prática de pensar a saúde aponta a complexidade do tema, que exige ações intersetoriais e interdisciplinares, além de reflexões sobre o que se faz e o modo com que se está trabalhando a saúde.

A medida da eficácia das políticas e práticas voltadas para o atendimento a crianças e adolescentes em situação de risco passa pelo reconhecimento de intervenção que as humaniza (as políticas e as práticas), permitindo, somente assim, a apreensão dos usuários de drogas, que sujeitos portadores de direitos e deveres, não os reduzindo, portanto, a meros receptáculos ao nível da necessidade (BARROS; FREJ; MELO, 2010).

Cabe esclarecer que os Centros de Atenção Psicossocial foram criados como alternativa para o hospital psiquiátrico. São classificados por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS AD.

Os CAPS i, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para assistir à demanda em saúde mental, em municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês (BRASIL, 2004a).

A equipe de profissionais da saúde do CAPS i atua de modo interdisciplinar, permitindo enfoque ampliado dos problemas. Deve ser composta por profissionais de nível superior: médico psiquiatra, pediatra com formação em saúde mental, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo, educador físico, e outros profissionais necessários ao projeto terapêutico das crianças e adolescente usuários do serviço. Também são necessários profissionais de nível médio: técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão, inclusive cozinheira (BRASIL, 2008a).

É proposta uma equipe ou um profissional de referência para se responsabilizar pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, com o objetivo de ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários (CAMPOS; DONITTI, 2007).

Ressaltamos que os vínculos terapêuticos estabelecidos pelos usuários com os profissionais e com o serviço, durante a permanência no CAPS i, podem ser parcialmente mantidos em esquema flexível, facilitando o acesso e ajudando o indivíduo em sua re-significação. “Salienta-se que, qualquer progressos no nível de desenvolvimento, em qualquer aspecto de sua vida mental, pode significar melhora importante nas condições de vida dos usuários e de suas famílias” (BRASIL, 2004a, p. 23).

Os adolescentes que chegam ao CAPS i, muitas vezes acompanhados pelos pais ou familiares, são aqueles com intenso sofrimento psíquico impossibilitados de realizar seus projetos de vida. Muitos deles apresentam comprometimento psíquico, inclusive os transtornos relacionados ao consumo excessivo de álcool e/ou outras drogas.

Nesse sentido, os CAPS i devem oferecer acolhimento diurno e, quando possível e necessário, noturno em ambiente que incluam práticas de cuidado, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário diante da vida (SANTOS, 2006).

O CAPS i pode articular o cuidado clínico a programas de reabilitação psicossocial, e os projetos terapêuticos devem incluir a inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário à sua vida. O papel dos profissionais da saúde é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico, de modo que determine a permanência dos usuários do CAPS. Nesse sentido, será possível promover melhores oportunidades de trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e interação humana (VENTURINI, 2010).

O CAPS i deve ser um lugar que desenvolva a autoconfiança e a autoestima do adolescente, para que este reconstrua os laços sociais, familiares e comunitários que vão possibilitar a sua autonomia. Para isso, os profissionais da saúde precisam incluí-lo numa rede articulada de serviços e organizações que se proponha oferecer continuidade no cuidado desses usuários (RONZANI; MOTA, 2011).

A realidade dessa demanda infanto juvenil tem incentivado profissionais a criarem práticas que estimulam a troca de conhecimentos, as discussões coletivas entre toda a equipe de profissionais dos serviços de saúde, os quais começam a produzir mudanças que não significam apenas alterações de papéis, mas sobretudo novos modos de pensar e agir (OLIVEIRA, 2002). Entretanto, em pesquisa recente, Azevedo e Miranda (2011) relataram a urgência na ampliação e qualificação dos serviços, a necessidade de práticas inovadoras e inclusivas em virtude da infraestrutura e gestão organizacional ainda deficitária, as quais não

conseguem incluir na sua plenitude usuários e familiares nas atividades coletivas dos serviços substitutivos.

Os desafios para se produzir conhecimento nessa área são imensos. Têm despertado interesse no mundo acadêmico devido ao grande incentivo da Secretaria Nacional sobre Drogas na realização de pesquisas básicas, epidemiológicas, qualitativas e inovações tecnológicas sobre a dependência de drogas lícitas e ilícitas e seus impactos na sociedade, disseminando amplamente seus resultados, para subsidiar a gestão e o controle da Política Nacional sobre Drogas (SENAD, 2008).

Trata-se não apenas de um novo olhar para o mesmo objeto. Mas ruptura epistemológica que descortina um campo complexo de dimensões do real e nos instiga a produzir conhecimento sobre as relações possíveis de serem feitas, construídas e tecidas.

(Silvio Yasui)

CAPÍTULO III – O CAMINHO DA INVESTIGAÇÃO

3.1 ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS

A nossa opção por uma pesquisa fundamentada na abordagem qualitativa deve-se inicialmente à necessidade de compreender os fenômenos relacionados à drogadição. De acordo com Deslandes (2008, p. 72), “[...] a pesquisa qualitativa privilegia o *setting* natural (não construído artificialmente pelo pesquisador), envolvendo a observação de situações reais e cotidianas”.

No contato face a face com a equipe de profissionais do CAPS i, pesquisadora desejou compreender os *significados* que eles atribuíam à prática. Isto é, avaliar o significado individual e/ou coletivo dos profissionais sobre suas vivências, e que representações esses profissionais têm das experiências de cuidar de adolescentes usuários de drogas (TURATO, 2005).

Seguindo a visão sociológica de Minayo, a metodologia qualitativa deve contemplar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais no intuito de interpretar o que for revelado pelos sujeitos do estudo, acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao campo dos problemas da saúde-doença (TURATO, 2000).

A visão teórica que guiou o estudo foi a da sociologia compreensiva, cujo enfoque deve ser a ação humana. Por ser esta dotada de sentido, cabe ao pesquisador “[...] metodizar a compreensão por meio da elaboração e do estabelecimento de conexões [...], que possibilitem a decifração do sentido imaginado e subjetivo do sujeito da ação” (MORAES; MAESTRO FILHO; DIAS, 2003, p. 62).

O pesquisador deve ir além da “propriamente dita”, do *locus* de evidência que o agente ocupa e iniciar a interpretação a partir da reconstrução da conexão de sentido presente à conduta de outrem. Nesse sentido, a interpretação do material empírico, “[...] põe-se como um problema a resolver em face daquilo que julgamos que pode ser compreendido” (SENEDA, 2008, p. 171).

Portanto, busca-se a interpretação da relação de cuidado entre o profissional da saúde e adolescentes usuários de drogas em um serviço substitutivo presente a uma sociedade consumista, que cria projetos e políticas públicas, que enfatiza a repressão acirrada a algumas substâncias e a algumas categorias de indivíduos excluídos da condição de sujeitos.

Entende-se que essa metodologia se apresenta como ferramenta de investigação que visa a revelar a relação entre as práticas de cuidado oferecidas pelos profissionais da saúde do

CAPS i e o sofrimento psíquico do adolescente usuário de drogas, interpretando essa ação social para explicá-la em seu desenvolvimento e efeitos.

A pesquisa fundamentada no conhecimento sociológico compreensivo debruça-se no que está negado às ciências naturais, ou seja, o pesquisador procura uma explicação interpretativa da observação de determinado contexto a partir da conduta dos indivíduos participantes.

Esta abordagem permite compreender os sentidos e significados da ação humana, sem mensurá-la. Ela parte do pressuposto de que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos e valores e seu comportamento possui sempre um sentido, um significado que não se dá a conhecer de modo imediato, precisando ser desvelado (MINAYO, 2010).

Buscando compreender as práticas dos profissionais do CAPS i, partimos do pressuposto de que esse serviço encontra-se em processo de construção, configurando-se como fenômeno complexo, engendrado nas relações difusas entre usuários, profissionais, familiares e na teia das relações institucionais com a comunidade.

Assim sendo, a visão de mundo que permeia as interpretações que foram feitas estão ancoradas em conceitos sobre os termos práticas e cuidar. O primeiro é entendido como ato ou ação concreta do fazer cotidiano, entrelaçado com valores da cultura. O segundo, considerado como ato de zelo, preocupação pelo bem-estar do outro, mediado pela escuta ativa para compreender o outro como sujeito social, com uma identidade própria que, no caso dos dependentes químicos, tem sido e ainda é o da exclusão social.

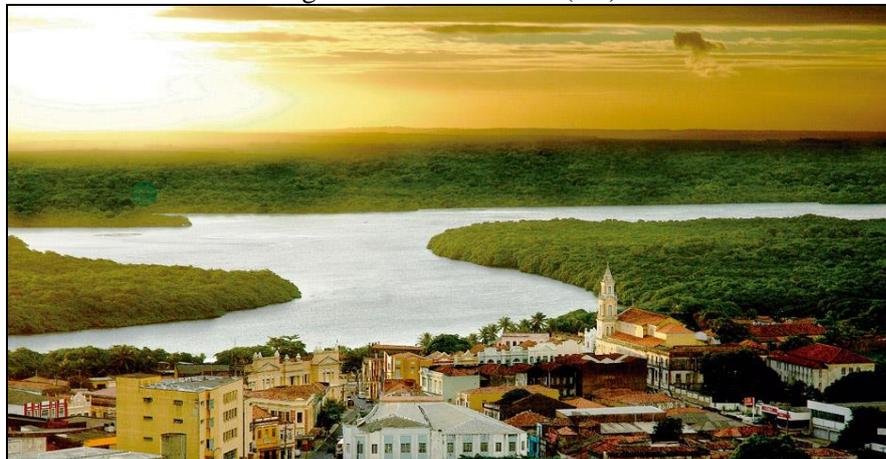
3.2 LOCAL E CONTEXTO DA PESQUISA DE CAMPO

Este estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil – CAPS i, localizado no município de João Pessoa, capital da Paraíba (Brasil). Este serviço pertence à rede do SUS, atende à demanda de crianças e adolescentes com transtornos psíquicos e/ou dependência química. O CAPS i de João Pessoa foi escolhido por ser o único na Paraíba que inclui adolescentes usuários de drogas oferecendo opções de tratamento.

Consideramos importante traçar a caracterização do serviço em estudo, porque os resultados encontrados estão diretamente relacionados com o seu modo de constituição e organização entrelaçado com o sentido histórico e social de sua determinação na sociedade paraibana.

Esta cidade foi fundada em cinco de agosto de 1585, à margem do rio Sanhauá, e é considerada a terceira mais antiga do Brasil (TINEM; CARVALHO; MARTINS, 2005).

Figura 1 – Rio Sanhauá (PB).



Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA, 2012.

Até a metade do século XIX, teve lenta evolução urbana, poucos bairros surgiram fora do perímetro central e só a partir de 1950, começaram as transformações inclusive na parte arquitetônica e no jeito de morar e habitar. De 1950 a 1970, aproximadamente, vão evoluindo vários bairros e conjuntos habitacionais, como Jaguaribe, Expedicionários, Torre, Tambiá e Roger (TINEM; CARVALHO; MARTINS, 2005).

Nesta pesquisa, vamos deter-nos em específico, no bairro do Roger, que, por ser central, acompanha esse movimento das pessoas em migração, tornando-se aos poucos popular, por ser formado por moradores em sua maioria de baixa renda, e um local que é visto pela população com estigmas como perigoso, violento e insalubre. Apresenta marcante desigualdade social interna, que se diferencia não só pela posição geográfica do “alto Roger” e do “baixo Roger, mas principalmente por diferenças socioculturais, de segregação espacial e exclusão social, iniciada principalmente em meados das décadas de 1970 e 1980, que é permeado de valores identitários gerados pela fronteira simbólica (SEABRA; NEU, 2003).

Esse bairro é um dos mais apontados como negativos, da capital, porque ele abrigava até 1997 o *Lixão do Roger*, que abrangia área de dezessete hectares, onde foi depositado o lixo de toda a capital, durante 40 anos, servindo de proliferação de moscas, baratas, ratos e urubus, sem qualquer controle sanitário, causando graves danos ao meio ambiente e à população em seu entorno. O *Lixão do Roger* sempre foi motivo de vergonha para o bairro e para a cidade. Ao longo dos anos, acarretou sérios problemas de ordem biopsicossocial e

simbólica, já que a retirada dele não apaga do imaginário negativo o que foi produzido durante tantos anos (SEABRA; NEU, 2003).

Figura 2 – Lixão do Roger.



Fonte: SEABRA; NEU, 2003, p. 39.

O bairro também abriga o maior e mais famoso presídio da cidade, a Penitenciária Modelo Desembargador Flósculo da Nóbrega, popularmente conhecida como *Presídio do Roger*, que possui cerca de 884 presos; no entanto, sua capacidade é apenas a de 400 pessoas (dados da Secretaria de Cidadania e Justiça Paraíba, 2003). A violência e o perigo geralmente estão ligados ao presídio e, conseqüentemente, ao bairro, constituindo elemento marcante na vida da população do Roger e implicando na exclusão social (SEABRA; NEU, 2003).

Convém salientar que mesmo tendo aspectos históricos negativos, o bairro possui o Parque Zoo-botânico Arruda Câmara com 59 hectares de área verde. É também um dos pulmões da cidade. Esse espaço é mais conhecido como *Bica* e é motivo de orgulho para a cidade e principalmente para os moradores do Roger, sendo considerada área de lazer, passeio e espaço de pertencimento positivo, constituindo-se em elemento que dialoga com os outros numa contraposição ao status simbólico adquirido (SEABRA; NEU, 2003).

Figura 3 – Parque Zoobotânico Arruda Câmara.



Fonte: PARAÍBA, 2004.

De acordo com os dados do IBGE do ano 2000, o bairro Roger apresentava população de 10.215 pessoas, com 4.979 homens e 5.236 mulheres morando em 2.470 domicílios particulares permanentes. Dessa população, 7.345 pessoas eram alfabetizadas. O rendimento nominal médio da população era de R\$ 476,75; porém, 206 famílias (2.470 pessoas) vivem com menos de meio salário mínimo, demonstrando um índice de miserabilidade de 8,34 pontos (IBGE, 2000). O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH é o de 0,555, ocupando a 41ª posição dentre os 53 bairros da capital. Esses dados foram apresentados em 2004 pelo Laboratório do Ambiente Urbano e Edificado - LAURBE, vinculado ao Departamento de Arquitetura e ao Centro de Tecnologia da Universidade Federal da Paraíba (PARAÍBA, 2004).

Atualmente o bairro possui serviços como: padarias, mercadinhos, escritórios e outros relativos à cultura popular como o Grêmio Recreativo Escola de Samba Catedráticos do Ritmo e a Império do Samba (PARAÍBA, 2004).

No âmbito da educação, encontram-se estabelecimentos públicos e privados: Escola Estadual Ana Higina, Escola Municipal Frei Augusto, Escola de Ensino Fundamental João Coutinho, Centro de Cidadania Maria Borges (ensino profissionalizante), Instituto João XXIII (privado), Educandário Meu Sonho (privado), e a Escola Estadual de Educação Especial, creches Amiguinhos, Casa da Caridade e Assis Tavares. Quanto ao lazer e desporto, o bairro possui o campo de futebol do Onze Esporte Clube, o Ginásio do Guarany Esporte Clube e a Praça José Ferreira Silva (PARAÍBA, 2004).

Em relação aos serviços de saúde, o bairro Roger, que está incluído no Distrito Sanitário IV, possui uma Unidade de Saúde da Família no Roger I e II, situada à rua Dezenove de Março, S/N, e outra Unidade de Saúde da Família no Roger III, situada na R. da

Saudade. Referente à Saúde Mental, possui ainda o CAPS i - Cirandar que está situado na R. Dom Vital (PARAÍBA, 2004).

No local onde foi instalado o Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil Cirandar funcionava, até o ano 2008, o Centro de Saúde do Idoso, que foi transferido para uma área do Hospital Santa Izabel (CAPS i - CIRANDAR, 2012).

Para implantação do CAPS i foi necessário um incentivo financeiro do Ministério da Saúde do Brasil, no valor de R\$ 30.000,00, e a Secretaria do Município de João Pessoa entrou com R\$ 25.000,00 mensais, valores referentes ao ano 2008, no período da implantação (CAPS i - CIRANDAR, 2012).

A escolha para a implantação do CAPS i - Cirandar se deu pela importância e visibilidade que o bairro tem para a cidade e por sua singularidade em relação aos outros bairros: seu aspecto de comunidade dual e a divisão do bairro em “alto Roger” e “baixo Roger” (CAPS i - CIRANDAR, 2012).

Sabe-se que a implantação desse serviço foi difícil, tendo sido necessário sensibilizar a comunidade, levando-a a reconhecer-lhe a importância para toda a sociedade paraibana. Entretanto, alguns desafios foram enfrentados pela gestão inicial: mobilização por parte da população do bairro, abaixo-assinado. Isto porque a população não queria o serviço no bairro, atribuindo o aumento da criminalidade à presença dos usuários no serviço. Mesmo a contragosto da comunidade, o serviço foi implantado.

De acordo com dados fornecidos pelo serviço, o CAPS i conta com 30 profissionais na equipe que é composta por 2 médicos, 3 enfermeiros, 3 assistentes sociais, 6 psicólogos, 1 terapeutas ocupacionais, 2 farmacêuticos, 1 pedagogos, 2 educadores físicos, 1 músicos e 4 profissionais técnicoadministrativos de 5 nível médio.

A sua estrutura física conta com espaços definidos para o desenvolvimento das atividades: a sala de espera, na entrada, e recepção (possui uma mesa com cadeira para a recepcionista, 12 cadeiras, bebedouro com água mineral e copos disponíveis para todos e televisão); a sala de coordenação e secretaria, a sala da equipe técnica (onde são organizados e armazenados os prontuários); uma sala de enfermagem, uma sala para o atendimento farmacêutico; uma brinquedoteca; uma sala para o atendimento psicoterápico; uma sala para atendimento médico; um arquivo, um auditório, quatro salas de atividades coletivas e individuais; um refeitório; uma cozinha e quatro banheiros com aparelhos sanitários. Os espaços são decorados com quadros ou produções artísticas dos usuários e trazem características relacionadas com a infância e juventude (desenhos de crianças, animais, temas coloridos).

De acordo com o instrumento de monitoramento de dados epidemiológicos da Rede Substitutiva em Saúde Mental do Estado da Paraíba, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2012, o CAPS i - Cirandar, tinha 96 usuários em atendimento, sendo 73 do sexo masculino e 23 do sexo feminino; destes, 30 são usuários de substâncias psicoativas (maconha, cocaína, crack, cola, álcool, tabaco, medicamentos). Diariamente o serviço atende aproximadamente 30 crianças e adolescentes em tratamento semi-intensivo por apresentarem algum transtorno psíquico (neurose ou psicose) ou dependência química.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram deste estudo quinze profissionais da saúde de nível superior, que compõem a equipe do CAPS i - Cirandar, sendo duas enfermeiras, um médico, três psicólogos, um psicopedagogo, duas assistentes sociais, um músico, dois farmacêuticos, um terapeuta ocupacional e dois educadores físicos.

A escolha dos sujeitos foi intencional e teve como critérios de inclusão: 1) ser profissional de nível superior e membro da equipe terapêutica do serviço; 2) realizar alguma atividade de cuidado com adolescentes usuários de drogas nos serviços há pelo menos seis meses. Esse tempo mínimo foi determinado, tendo em vista que o profissional precisa ter conhecimento sobre sua prática, objeto deste estudo; 3) estar em atividades no serviço durante a época das entrevistas, no período de abril a setembro de 2012.

Nem todos os profissionais atenderam a esses critérios, apenas dois não foram incluídos na pesquisa. O primeiro porque não tinha tempo de trabalho no CAPS i e o segundo alegou que não atendia adolescentes usuários de substâncias psicoativas.

A caracterização dos profissionais deste estudo é demonstrada no Quadro 1:

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos do estudo, segundo sexo, idade, categoria profissional, tempo de formação e tempo de função no serviço.

Sexo	Idade	Categoria Profissional	Tempo de formação	Tempo que exerce a função no CAPS i
F	28	Enfermeira	5 anos	4 anos
F	58	Enfermeira	33 anos	3 anos
M	35	Médico	5 anos	1 ano
F	31	Psicóloga	6 anos	6 meses
F	36	Psicóloga	12 anos	3 anos
F	53	Psicóloga	27 anos	3 anos
F	44	Psicopedagoga	n/informou	3 anos
F	54	Assistente Social	29 anos	4 anos
F	38	Assistente Social	8 anos	1 e dois meses

M	32	Músico e Assistente Social	3 anos	1 ano
F	46	Farmacêutica	23 anos	4 anos
F	28	Farmacêutica	5 anos	1 ano
M	27	Educador Físico	5 anos	1 ano e seis meses
F	47	Educadora Física		4 anos
M	25	Terapeuta Ocupacional	1 ano	7 meses

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

O Quadro 1 demonstra que a equipe é formada, predominantemente, por mulheres. A maioria está na faixa etária entre os 30 e 40 anos de idade. O tempo de graduação variou bastante entre um a 29 anos. Apenas quatro profissionais estão no serviço desde a implantação, há quatro anos.

3.4 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Para a produção do material empírico, foi empregada a observação livre (APÊNDICE A) e entrevista com roteiro semiestruturado (APÊNDICE B).

As informações obtidas mediante da **observação livre** foram registradas no diário de campo. Segundo Minayo (2008), nesse instrumento, o pesquisador deve anotar todas as informações que não sejam registros das entrevistas formais. Assim, foram registradas as percepções acerca do relacionamento entre a equipe do CAPS i, usuários e familiares, tecnologias utilizadas para o cuidado, ferramentas e estratégias para realização das práticas diárias do serviço. Também foram registradas as observações sobre a dinâmica de funcionamento do CAPS i, os horários e dias da semana em que as práticas dos profissionais eram desenvolvidas. Essas informações serviram para o agendamento das entrevistas.

A entrevista foi guiada por um roteiro semi estruturado com perguntas que visavam obter informações tendo em vista os objetivos propostos. As perguntas contidas no roteiro foram: Que atividades você desenvolve diariamente no cuidado com crianças e adolescentes usuários de drogas? Gostaríamos que você descrevesse essas atividades; Quais os desafios e obstáculos que você enfrenta para reabilitar e incluir socialmente as crianças e adolescentes, considerando a família, a comunidade, a escola e a justiça? (APÊNDICE B).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (ANEXO A), com número de

Protocolo 44/12 e CAEE:0170512.3.0000.5188, seguindo o protocolo exigido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que inclui a apresentação do projeto de pesquisa, currículo do pesquisador, folha de rosto e Termo do Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B). As informações sobre a gravação, a leitura e assinatura do TCLE foram realizadas antes do início da entrevista e os entrevistados foram informados sobre o processo de transcrição e autorização do material para uso de publicação.

Respeitando os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos referidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução 311 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN.

3.6 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

A inserção no local da pesquisa foi em fevereiro de 2012, antecedida de uma reunião com a coordenadora do CAPS i para ser apresentado o projeto e se dar ênfase aos objetivos, metodologia e aspectos éticos. Ao término da reunião, as dúvidas foram esclarecidas e o projeto que obteve autorização para a realização da pesquisa, foi enviado para o Comitê de Ética a fim de obter a sua aprovação.

Em março de 2012, foram marcados horários para as visitas ao serviço, a fim de se conhecer a estrutura física, a equipe técnica e as atividades oferecidas no serviço, tais como: acolhimento, oficinas terapêuticas, oficinas lúdica, reuniões com os pais e responsáveis dos usuários. Assim, a pesquisadora teve a oportunidade de participar delas como observadora livre, fazendo registros que serviram como informações para compor o estudo. Esse momento também foi importante por ter estabelecido o vínculo de confiança com os profissionais e usuários e por ter permitido uma maior aproximação com a realidade do serviço, detectando-se os desafios e obstáculos que se interpõem no dia a dia dos profissionais e usuários.

Após as duas primeiras semanas de aproximação com o local de estudo, foi identificado os profissionais que fariam parte do estudo. Em seguida, era feito o convite para serem sujeitos da pesquisa, tendo em vista os critérios previamente estabelecidos. As entrevistas que foram realizadas individualmente, conforme disponibilidade conveniências e aquiescência da parte deles, em local apropriado e silencioso, possibilitando maior interação com o entrevistado. Cada entrevista foi realizada no próprio CAPS i com média de 30 minutos de duração. Antes das entrevistas, os profissionais foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, e sobre os benefícios e riscos dela. Em seguida, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B).

Esse tempo de inserção no campo para realização da observação e das entrevistas ocorreu no período de abril a setembro de 2012. Ressaltamos que todas as entrevistas foram gravadas e logo em seguida transcritas. Posteriormente, foram transformadas em textos, para compor o *corpus* e em seguida analisadas.

Para manter o anonimato de todos os participantes na descrição do texto, foi utilizada letra P como de profissional, mais o numeral sequencial da entrevista, garantindo o sigilo e assegurando a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais da pesquisa.

3.7 TÉCNICAS DE ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

Para análise do material empírico, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo do tipo categorial-temático proposta por Bardin. Esta técnica consiste em procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, que permitem a indução de informações relativas às condições de produção/recepção das mensagens (BARDIN, 2008).

A análise deve abordar apenas o conteúdo manifesto, o que foi efetivamente expresso, e não o conteúdo presumido em função do que o pesquisador crê saber sobre o assunto. Essa mensagem deve ser examinada criteriosamente; isto, porém, não significa que o pesquisador, ao analisar o texto, deva se abster do conteúdo latente das comunicações, mas as extrapolações em direção à essência da matéria deve se apoiar nos elementos efetivamente observados (OLIVEIRA, 2008).

Nessa perspectiva, para elaboração do *corpus* de análise, algumas etapas foram percorridas, tendo sido organizadas em torno de três polos cronológicos: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, como sistematiza Bardin (2008).

A etapa da pré-análise consiste na organização e desenvolvimento de um plano de análise, na qual é possível a exploração sistemática dos registros da observação livre e das entrevistas com os profissionais do CAPS i - Cirandar. Durante a leitura exaustiva do material, foi possível abranger o conteúdo transcrito, possibilitando a aproximação e compreensão da práxis dos profissionais da saúde do CAPS i.

Por conseguinte, nessa etapa, determina-se a constituição do *corpus* de análise do conteúdo retirado da fala dos quinze entrevistados e dos registros do diário de campo. De posse desse material, inicia-se a preparação do material a ser explorado, mediante a identificação e seleção das unidades de registro presentes ao material empírico. A partir desse momento, os objetivos guiam a leitura para o encontro e unidades temáticas.

Na etapa da análise de conteúdo, faz-se a exploração do material, transformando-se os dados brutos em conteúdos temáticos de compreensão do texto, consistindo no agrupamento e categorização dos fragmentos das falas dos sujeitos. Esses recortes dos textos são evidenciados em unidades de registros (falas), que são considerados pontos importantes presentes às práticas que favorecem o cuidado com adolescentes usuários de drogas.

Durante essa fase da pesquisa, foi possível obter uma leitura ampla da atuação dos profissionais da saúde no cuidado com adolescentes. Assim, a análise das respostas às questões abertas possibilitou identificar diferentes descrições da prática profissional e os desafios enfrentados no cotidiano.

Salienta-se que estas três etapas propostas por Bardin (2008) não ocorreram exatamente nessa ordem nem tampouco de modo independente. Em alguns momentos as inferências são realizadas durante a exploração do material para melhor compreensão das observações realizadas.

Desta forma procedemos à qualificação de unidades de registro estabelecidas a partir da agregação dos dados e escolha de prováveis categorias, representando um processo longo e complexo, e tendo como base referencial a fundamentação teórica do estudo, o que resultou na conformação de duas unidades temáticas centrais contidas no conjunto das falas:

Unidade temática I - Práticas no cuidado de adolescentes usuários de drogas psicoativas: as diversas faces do cuidar. Essa unidade temática proporcionou o surgimento das 10 categorias temáticas: 1) Triagem vista como acolhimento; 2) Psicoterapia individual; 3) Ensaio de grupos terapêuticos; 4) Oficinas terapêuticas; 5) Atendimento médico-psiquiátrico; 6) Orientação e acompanhamento do uso de medicação; 7) Atividades artísticas; 8) Atividades físicas; 9) Assistência social ao adolescente usuário de drogas; 10) Atividades comunitárias.

Unidade temática II - Desafios enfrentados pelos profissionais que cuidam de adolescentes do CAPS i. Essa unidade proporcionou o surgimento de quatro categorias: 1) Restabelecer vínculos familiares no processo de tratamento do adolescente; 2) Redirecionar o olhar da escola para superar preconceito e resgatar competência; 3) Superar a discriminação na comunidade e fortalecer redes sociais de apoio; 4) Criar mecanismos para evitar a internação compulsória.

Essas unidades de significação foram extraídas do texto analisado, cuja frequência de aparição demonstrava significado para elucidação do objetivo do estudo (BARDIN, 2008).

Figura 4 – CAPS i - Cirandar.



Fonte: Foto tirada pela pesquisadora, 2012.

O que mais dói é ver as pessoas fragmentadas. Quando você atende o adolescente, percebe a dor do outro e tenta sanar essa dor [...]. e no final do atendimento, ele sai com um semblante melhor, não tem salário que pague. Eu gosto muito do que faço. O que a gente aprende no dia a dia com cada criança, com cada adolescente, até com os próprios pais, acho que não tem salário que pague.

(Profissional da saúde do CAPS i - Cirandar).

CAPÍTULO IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

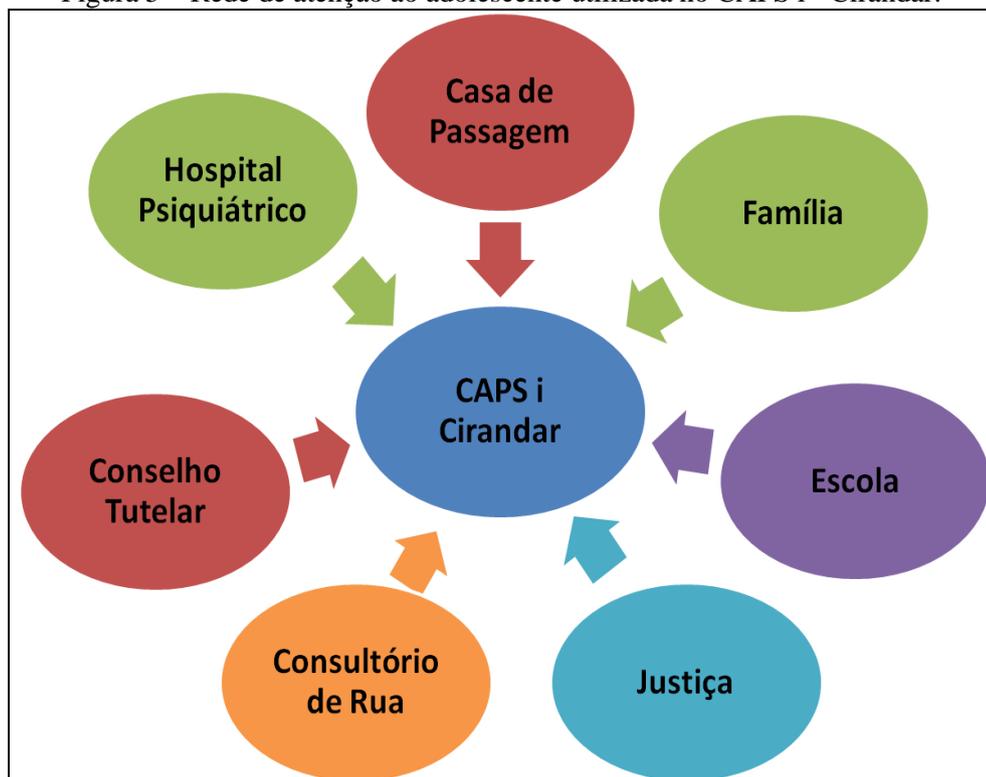
O exercício de análise exigiu a fragmentação do fazer diário, onde se corre o risco de perder a dinamicidade do processo de trabalho da equipe do serviço; contudo, é preciso ter em mente que aqui se faz um exercício acadêmico de separação das partes que compõem o todo.

4.1 UNIDADE TEMÁTICA I - PRÁTICAS NO CUIDADO DE ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS PSICOATIVAS: AS DIVERSAS FACES DO CUIDAR

No CAPS i - Cirandar, a proposta de cuidado pressupõe a incorporação das práticas educativas e dos conhecimentos produzidos pelos sujeitos envolvidos, valorizando trocas de experiências e saberes entre os profissionais da saúde, usuários e a comunidade. Cabe ao primeiro segmento valorizar as demandas trazidas pelos usuários e estimulá-los a alcançar autonomia suficiente para a sua reabilitação. Tal serviço oferece a estes a atenção de uma equipe multiprofissional que não só realiza atendimentos clínicos especializados, mas também tem como ação a promoção da saúde.

A trajetória do fluxo de atendimento na atenção à saúde mental do adolescente usuário de drogas começa quando ele entra em sofrimento psíquico devido ao consumo problemático. A maioria é proveniente da família, escolas, Conselhos Tutelares, Casa de Passagem, Justiça, Hospital Psiquiátrico e outras organizações, conforme podem ser visualizadas na Figura 5:

Figura 5 – Rede de atenção ao adolescente utilizada no CAPS i - Cirandar.



Fonte: Elaborada pela pesquisadora.

Para ingresso no serviço, o adolescente deverá estar acompanhado de um familiar e/ou responsável. Caso ele seja morador de rua, será conduzido por pessoa responsável de serviços públicos para ser acolhido e providências cabíveis serão tomadas para inseri-lo no tratamento.

No CAPS i - Cirandar, várias atividades são oferecidas diariamente. Dentre elas, destacamos as que foram mais referenciadas pela equipe de profissionais do serviço: Triagem vista como acolhimento; Psicoterapia individual; Grupos terapêuticos; Oficinas terapêuticas; Atendimento médico-psiquiátrico; Orientação e acompanhamento do uso de medicação; Atividades artísticas e musicais; Atividades físicas; Assistência social ao adolescente usuário de drogas; Atividades comunitárias, que serão descritas a seguir:

4.1.1 Triagem vista como acolhimento

O termo triagem se origina do vocábulo francês *triage* e significa seleção, separação de um grupo, utilizada por profissionais em programas de saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Foto 6 – Sala de acolhimento do CAPS i - Cirandar.



Fonte: Foto tirada pela pesquisadora.

As entrevistas esclareceram que o termo triagem carrega, na concepção dos profissionais, mensagens complexas que envolvem pelo menos dois significados.

O primeiro significado refere-se ao atendimento que identifica a possibilidade de o usuário ser atendido naquele serviço. Caso não seja possível, ele será encaminhado pelo profissional a outro serviço de atenção ao adolescente. Esse primeiro contato é de vital importância para a continuidade do atendimento, pois cabe ao profissional verificar se o

adolescente apresenta o perfil para ser atendido no serviço. Vejamos o recorte da entrevista do profissional da equipe P5:

A triagem e o acolhimento são feitos, inicialmente, com um responsável pelo adolescente, onde a gente procura saber o que está acontecendo, quais são os problemas que estão apresentando, se ele tem conhecimento das drogas, o que está usando e o que está acontecendo. Em seguida, conversamos também com o adolescente, para saber como ele está (P5).

De acordo com Silva e Alves (2008), essa prática é utilizada para reorganização dos serviços, com o intuito de garantir o acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento, atuando-se como ferramenta que se vincula as relações humanas e as habilidades interpessoais dos profissionais que atendem os usuários.

Quanto ao segundo significado consiste em um processo de acolhimento e escuta do usuário. Nesse processo os profissionais da saúde permitem e estimulam a fala daquele que vem à procura de cuidado, sem a interferência de julgamentos e valores, para que sejam estabelecidos vínculos e desta forma o usuário com seu responsável possam conscientizar-se da importância da continuidade do tratamento (AMATUZZI, 2009).

Esse segundo significado também foi apreendido em outras entrevistas, quando os profissionais ressaltaram a importância da compreensão da problemática por meio da escuta.

Na triagem há uma relação com o adolescente com o objetivo de entender o porquê do uso abusivo de substância psicoativa (P9).

Primeiro se faz o atendimento com a mãe ou com o responsável. Escuta a história a partir da gestação dessa mãe até o dia de hoje. Como foi a gestação, se foi planejada, saudável, como nasceu, como foi seu desenvolvimento, se convive com o pai (P1).

Segundo Kruse e Oliveira (2006), os profissionais da saúde devem compreender o ser humano a partir do seu meio: onde mora, suas relações familiares e relações de amizade, pois suas relações diárias e o meio social em que ele vive podem apresentar inúmeros problemas, constituindo-se em fatores coadjuvantes para o desenvolvimento da doença, adesão ao tratamento e a reinserção social.

Assim, a escuta que vem sendo feita, procura, na história de vida do usuário, elementos significativos, do ponto de vista biológico e social, que possam auxiliar o profissional a compreensão mais ampla sobre o processo de adoecimento desse usuário. Este parece ser o ponto de partida dos profissionais.

De acordo com os entrevistados, existe no serviço diário, uma atividade de plantão onde um profissional deve responsabilizar-se por toda a demanda trazida pelo adolescente. Muitas vezes alguns chegam com fome, sujos, descalços, sem roupa... Diante de tais situações, a equipe se mobiliza para alimentar, dar banho, vestir, providenciar contato com a família ou entrar em contato com a casa de acolhida e com outros equipamentos que possam responsabilizar-se por ele durante a noite, uma vez que no CAPS i não há atendimento noturno. Vê-se então, que todos os profissionais do serviço podem realizar a triagem e prestar cuidados imediatos de higiene, oferecendo acolhimento, conforme pode ser constatado na fala de P10.

Todos os técnicos são aptos a fazer triagem. Às vezes os adolescentes chegam aqui e a gente oferece um banho, oferece uma troca de roupa, as vezes eles estão com sono e a gente oferece um cantinho para eles dormirem. Eles precisam se sentir acolhidos (P10).

Em um dia da pesquisa, quando o pesquisador estava esperando o profissional para entrevista, chegou um adolescente armado e abordou este profissional pela janela da sala da equipe técnica, perguntando se podia entrar. O profissional concordou. E então, o adolescente pediu um tempo para esconder a arma (em um lugar fora do CAPS i) e colocar a camisa. Durante a triagem os profissionais da equipe constataram que ele estava fugindo, porque seguindo ele, algumas pessoas queriam matá-lo. Na ocasião, foi providenciado o contato com a família para estabelecer uma assistência maior ao adolescente.

Alguns profissionais relataram que durante a triagem, também realizam outras atividades específicas da sua formação.

Estando de plantão realizo triagem, atendimento de enfermagem e oficina (P2).

Eu faço triagem, forneço informações sobre medicamentos, atenção farmacêutica ou trabalho junto aos outros profissionais do CAPS em oficinas (P11).

Percebe-se que a triagem é uma ação de todos os que compõem a equipe do serviço, não sendo particularidade de alguma categoria profissional. Nesse campo os profissionais devem estar preparados para o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar. Este modo de atuar vem sendo perseguido pelos idealizadores da reforma psiquiátrica, pois o modelo de atenção psicossocial tem como princípio a integralidade do cuidado e a ampliação do fazer coletivo.

Essa prática de triagem usada como acolhimento é inegavelmente humanizada e é recomendada pelo *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA), podendo ser aplicada em populações diferentes por profissionais de várias áreas de conhecimento, que vai indicar se existe a necessidade de o indivíduo ser encaminhado para avaliação mais detalhada. No caso de adolescente usuário de drogas, é importante uma reavaliação e acompanhamento de no mínimo seis meses sem estigmatizá-lo (MARQUES, 2010).

Durante os seis meses seguintes, após a entrada no CAPS i a equipe de profissionais deve investigar a saúde física e mental, o comportamento e o relacionamento social e familiar, o ajustamento escolar, as atividades de lazer e, finalmente, o possível uso de drogas e os problemas associados ao consumo.

Algumas estratégias de triagem e intervenções breves para abuso de substâncias são oferecidas aos usuários, no momento que eles chegam ao CAPS i - Cirandar.

A triagem aborda questões sobre o comportamento da adolescente na escola, em casa, se os pais são separados, como é esse contato dessa adolescente com o pai, como são as amizades. Antecedentes hereditários, se alguém na família usa drogas, se essa criança ou adolescente presencia alguém em casa que faz o uso (P1).

Os profissionais da saúde, ao longo da Reforma Psiquiátrica, passaram a acolher a pessoa adoecida lidando com as singularidades e respeitando as diferentes possibilidades de escolhas. Essa noção de cuidado perpassa a criação de novas estratégias para melhorar o atendimento de pessoas portadoras de sofrimento psíquico nos serviços de saúde mental (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007).

A prática de acolhimento tem se destacado nas diretrizes, princípios e métodos da Política Nacional de Humanização, porque elas estimulam o atendimento humanizado. O profissional apresenta postura de respeito e compromisso com o usuário, tanto do ponto de vista gestor-trabalhador como do ponto de vista de trabalhadores-usuários (BRASIL, 2009).

Assim, o adolescente quando chega ao serviço, no primeiro contato, com todos profissionais, inclusive o porteiro, deve ser respeitado e acolhido para que sinta que pode confiar e permitir ser atendido. Quando não é bem atendido, simplesmente não volta ao serviço ou não adere ao tratamento. Para a equipe é importante o estabelecimento de vínculo entre técnico e usuário, pois isto possibilita o começo do tratamento. Estabelecer vínculo significa criar condições para que o outro se sinta aceito, sem preconceito.

O adolescente tem primeiro que se identificar com alguém, estabelecer um vínculo com alguém, com um profissional, e através desse vínculo a gente pode começar o tratamento. Quando o CAPS foi criado tinha um profissional que de modo fácil estabelecia vínculo com os adolescentes, era impressionante. Ele conseguia transformar a realidade desses adolescentes. É difícil de encontrar profissionais assim... (P11).

Na fase inicial de atendimento, são oferecidas aos adolescentes várias atividades individuais e grupais, para que eles escolham e continuem o tratamento. Entre as práticas individuais, destaca-se a psicoterapia.

A triagem desenvolvida no CAPS i representa a possibilidade de construção de uma nova prática em saúde, na qual todos os profissionais acolhem, tentando formar o vínculo entre o profissional e o usuário, desde a recepção e o atendimento individual do adolescente até sua adesão ao tratamento.

4.1.2 Psicoterapia individual

A psicoterapia objetiva compreender o sujeito na sua multidimensionalidade, pois considera a experiência subjetiva como parte do equilíbrio dinâmico, a qual envolve o aspecto físico, psicológico, espiritual e social do adolescente e possibilita a ampliação da concepção de saúde (PÜSCHEL; IDE; CHAVES, 2006).

A psicoterapia individual é relevante para o tratamento da dependência química, pois ela estimula e valoriza a fala do usuário. Muitas vezes, essa prática propicia ao adolescente o processo de autonomia, favorecendo sua reinserção social. No entanto, cumpre salientar que o processo psicoterápico terá eficácia se o profissional não preestabelecer prazos nem prognósticos e deixar que o adolescente crie estratégias que lhe permitam um arranjo menos destruidor da sua vida (CONTE, 2008).

Na psicoterapia o profissional atende e acolhe o adolescente e realiza a escuta, fazendo intervenções necessárias e vai aos poucos sensibilizando-o para reflexão sobre seu comportamento em relação às drogas. Esse ato de acolher leva em consideração a escuta atenta do adolescente e da sua demanda referente à problemática sócioexistencial e ao sofrimento mental.

Quando eles chegam, observa-se a necessidade de um atendimento individual por conflitos familiares, por estar usando a droga por algum conflito com a mãe, com o pai, a gente vê aquela questão de vulnerabilidade social mesmo. Abandono de pais, os pais são separados, mora na rua porque o pai expulsou de casa, é filho adotivo, então assim, a gente vê essas

questões mesmo que precisam ser trabalhadas para poder ter alguma eficácia no tratamento, para deixar as drogas (P5).

No *setting* terapêutico, o profissional prioriza a escuta, porquanto ser ouvido implica um movimento de ir ao encontro do outro, de ressignificação e sentido. Esse processo é indispensável para o encontro entre profissional e usuário. O adolescente chega ávido em falar tudo quanto está sentindo e o seu discurso demanda o desejo de ser compreendida a sua dor. O psicoterapeuta escuta e acessa as vias antes desconhecidas que habitam o paciente e que trazem tanto sofrimento psíquico (FALCÃO; MACEDO, 2005).

Quando vai para o atendimento individual, geralmente, eles dizem, no grupo eu não quis falar, mas eu estou assim e assim, estou precisando disso e precisando conversar sobre tal assunto. Eles, geralmente, solicitam a consulta individual quando estão se sentindo um pouco angustiados (P14).

No processo psicoterápico, o profissional faz algumas intervenções para que o adolescente comece a entender quais os motivos que o levam ao consumo da droga (por prazer ou para reduzir a tensão e evitar um mal-estar). Vai ao longo do atendimento, sensibilizando-o sobre as consequências desse desejo contínuo de consumir drogas, que no início gera alteração da percepção, sensação de aumento da capacidade mental e física, alegria, euforia, redução da ansiedade e tensão, mas depois pode causar a dependência psicológica e física, trazendo sérios prejuízos à sua saúde biopsicossocial (LARANJEIRA; BORDIN; FIGLIE, 2010).

A psicoterapia é um método de tratamento da adicção que auxilia os usuários a modificar seus comportamentos e atitudes em relação às drogas e promove treinamento de habilidades para enfrentarem situações estressantes e estímulos relacionados com a droga, os quais podem desencadear a compulsão pela droga, levando-os a recaída.

A gente precisa, a cada dia, estar se debruçando nesse conhecimento, de entender esse sujeito, para que a gente não caia no mesmo erro da sociedade, da comunidade, da escola, de ver essa pessoa como alguém derrotado. Então, a gente precisa, enquanto profissional da área de saúde, estar se policiando também (P5).

Importante assinalar que, mesmo trabalhando em um serviço de referência para o atendimento de adolescentes usuários de drogas, muitos profissionais ainda se constroem em prestar este tipo de assistência, pois carregam no seu imaginário valores ligados à

marginalidade e à delinquência e acreditam que ao atendê-lo podem estar validando um ato ilícito (CONTE *et al.*, 2008).

Essa percepção dos profissionais dificulta a adesão ao tratamento dos adolescentes no tratamento obstaculizando a possibilidade de reverter a situação.

Olha, a gente sabe que a questão da adesão ao tratamento com relação ao usuário de droga, é uma questão injusta, porque por natureza eles têm essa dificuldade. Eles vão largar uma coisa que dá prazer para ver uma realidade que vai trazer sofrimento? Porque se terapia fosse bom, se tratamento fosse bom todo mundo fazia, mas, às vezes, não é legal. Às vezes faz sofrer. É perigoso, é uma pessoa que passa por momentos difíceis (P7).

As informações coletadas na entrevista corroboram com estudos científicos que apontam a dificuldade encontrada na adesão ao tratamento de usuários de droga, mostrando dados sobre a probabilidade da abstinência definitiva. Nos casos em que o paciente procura ajuda terapêutica por motivação própria, o sucesso ocorre entre 20% e 30% dos pacientes que procuram o tratamento por motivação própria. Este índice passa para 8% quando o tratamento é feito por determinação judicial ou médica e atinge 1% nos casos que a família impõe o tratamento. Esses dados confirmam a dificuldade encontrada no campo clínico para a recuperação de dependentes químicos, apontando a necessidade de reflexão sobre os modelos e abordagens existentes e a fundamentação e sistematização de novos modos efetivos de intervenção (REZENDE, 2003).

Cabe aos profissionais da saúde, inclusive o psicoterapeuta, desmontar todos os estereótipos trazidos e assimilados por esse adolescente, de drogado, marginal, delinquente, pois, quanto mais se evidencia a droga de que o adolescente deve se abster, menos chances ele terá de aceitar o tratamento. Modificar as representações sociais provenientes do abuso de drogas e fazer com que o adolescente se afaste dela como objeto da necessidade, tudo isso exige intenso trabalho lento e laborioso (MELLO, 2003).

As principais modalidades de psicoterapia individual oferecidas aos dependentes químicos são: Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) e Entrevista Motivacional. A TCC objetiva ajudar o paciente a reconhecer, evitar e enfrentar as situações em que provavelmente ele usaria as drogas; que adota incentivos motivacionais, que utiliza reforços positivos para que o adolescente frequente e participe de sessões de aconselhamento; e a Entrevista Motivacional oferece estratégias de motivação interna, para que o adolescente consiga mudar seu comportamento, facilitando a adesão ao tratamento mais prolongado e deixando de usar a droga (LARANJEIRA; BORDIN; FIGLIE, 2010).

Os psicoterapeutas utilizam seus conhecimentos teóricos sobre diversificadas visões de homem e de mundo para abordar esses adolescentes e oferecer-lhes diversificadas estratégias interventivas, possibilitando a inclusão e adesão deles ao tratamento (PÜSCHEL; IDE; CHAVES, 2006).

A psicoterapia desenvolvida pelos profissionais do CAPS i propicia acompanhamento efetivo do sujeito, procurando reconhecer, além das demandas explícitas, as necessidades dos adolescentes no que tange à saúde biopsicossocial.

4.1.3 Ensaio de grupos terapêuticos

Freud, embora não trabalhasse com grupos, iniciou a discussão sobre a importância desses à medida que reconheceu o homem como um ser social, possibilitando visão integral da inter-relação homem-sociedade (PICHON-RIVIÈRE, 2000).

No CAPS i - Cirandar, os profissionais estabelecem um plano individual para cada usuário, que pode sofrer alterações de acordo com a evolução e necessidade de cada um. Muitos deles são encaminhados aos grupos terapêuticos, que são coordenados por um ou dois profissionais de nível superior, de acordo com os dias e horários pré-estabelecidos.

Nos atendimentos em grupo, eu procuro estar relacionando as atividades com o dia a dia deles, e discutir questões de autocuidado, de higiene, de questões de conflito familiar... (P14).

Em meio a tantas possibilidades terapêuticas, as atividades em grupo têm recebido destaque nos contextos dos serviços de saúde mental. Os grupos são reconhecidos como espaços adequados para a exploração da subjetividade, ao possibilitar aos membros reproduzir neste ambiente os papéis que ocupam no dia a dia de suas relações (GUANAES; JAPUR, 2001).

A prática de trabalho em grupo favorece a interação entre os participantes e contribui para o processo de aprendizagem e de crescimento pessoal de pessoas com sofrimento psíquico; por isso, tem sido bastante utilizada nos serviços de atenção à saúde mental (MORAES; LOPES; BRAGA, 2006).

No CAPS i - Cirandar, os grupos são realizados às quartas e sextas-feiras e os usuários são selecionados por faixa etária; grupos dos 10 aos 12 anos e dos 13 aos 17 anos.

A gente aqui no CAPS I divide por faixa etária, porque já chegou um momento, no início, que éramos poucos profissionais, onde atendíamos todo mundo junto. Eu cheguei a fazer oficina com 17 crianças numa sala. E o grupo para adolescente era de 12 anos à 17 anos juntos. Não dá. Não funciona dessa forma. Então a gente divide (P1).

As técnicas grupais, são elaboradas a partir das necessidades dos participantes e podem contribuir para o tratamento da dependência química em momentos de resistência porque, a partir da relação com outras pessoas, o indivíduo reavalia suas crenças disfuncionais, seus sentimentos e aprende outros modos de comportamento e relacionamento.

Com o usuário de drogas a gente divide da seguinte forma: eu quando vou fazer a triagem se puder ver que o usuário experimentou uma vez ou duas no máximo e não estar usando no momento, eu jamais vou colocar aquele adolescente junto com o usuário de droga que está fazendo o uso abusivo todos os dias (P1).

O profissional informou que a ficou reconhecida, em reunião com os técnicos, a necessidade de “separar” em dois grupos os adolescentes: o que faz o uso esporádico de substâncias psicoativas, e o que usa continuamente as drogas e que já estão envolvidos com o tráfico, por diversos motivos; entre eles, o de segurança.

O facilitador precisa conhecer todos os integrantes do grupo, quanto às suas necessidades, capacidades e limitações. No grupo formado com pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou usuárias de drogas, é preciso utilizar atividades concretas, objetivas em linguagem adequada e de fácil compreensão, permitindo-se o aprendizado aos participantes (FIGLIE; MELO; PAYÁ, 2004).

A assistência proporcionada pelos profissionais aos participantes do grupo deve seguir uma postura ética, permitindo que todos se integrem e que se estabeleça troca recíproca de sentimentos, valores, sob uma perspectiva transdisciplinar.

No grupo, o facilitador cria um ambiente de compreensão e aceitação mútua, provocando reflexões e incentivando os adolescentes a interiorizar seus problemas para juntos perceberem os aspectos reais da vida, especialmente aqueles relacionados ao tratamento da dependência química, enfatizando as potencialidades individuais e elaborando estratégias para obter resultados efetivos.

Nas rodas de conversa tentamos compreender a partir da fala daquele adolescente, daquele sujeito... o que ele espera do serviço? O que ele espera desse cuidado? O que ele pensa de drogas? Então, surgem diversos assuntos. E a partir daí, a gente monta as oficinas (P6).

Os profissionais percebem que os grupos terapêuticos reconhecem a possibilidade de projeção de conflitos internos e externos do adolescente, e então estimulam o potencial de cada sujeito para a melhora da saúde biopsicossocial.

No momento que o coordenador do grupo permite a fala do adolescente, fazendo com que os outros escutem em silêncio o que um tem a dizer, essa fala ressoa possibilitando um espaço intersubjetivo de interpretações, num jogo transferencial de sentimentos e desejos (FURLAN; RIBEIRO, 2011).

O que eu vejo muito é o adolescente funcionar em grupo. A gente, na terapia em grupo, deixa com que ele aborde os assuntos que eles trazem, e também trazemos alguns assuntos que são bem característicos da adolescência, como, por exemplo, a sexualidade, a questão da mudança corporal e outras questões que vêm, do amor. Então, acho que é uma forma da gente conseguir um vínculo com essa geração, e se a gente estabelece um vínculo a gente vai conseguir ter muita resposta. Agora sem o vínculo é difícil. Então a gente precisa se colocar no lugar do adolescente. Entre aspas. A gente tem que estar no meio deles, usando até linguagem que eles usam, para que eles se sintam à vontade, e possam se chegar. Porque eles colocam uma barreira simbólica, que impede que a gente se aproxime. Então, se a gente chega “E aí, cara? Beleza?” É diferente de você chegar “E então, como estão as coisas?”. Então assim, até a forma de se chegar, de abordar, se a gente conseguir formar um vínculo melhor, você consegue a melhoria. Mas é um desafio (P3).

O grupo deve possibilitar a socialização de sentimentos das falas individuais e da escuta do outro, favorecendo o autoconhecimento, o surgimento das potencialidades e do fortalecimento de estratégias para a resolução de problemas comunitários (FURLAN; RIBEIRO, 2011).

Nessa dinâmica de funcionamento decorrente da interação entre os adolescentes, são descobertos conteúdos psicológicos latentes ou manifestos. Tal metodologia aborda temas cotidianos vivenciados pelo grupo e o facilitador deve possuir habilidades técnicas e éticas para mediar, de modo respeitoso, afetivo, paciente, a condução desse processo terapêutico.

De acordo com Machado e Lavrador (2009), os profissionais devem ser incentivados a realizar práticas inovadoras nos serviços de saúde que estimulem o adolescente a conhecer seu corpo/alma e se autocuidar. Cabe-lhes, também, criar e ampliar a rede, inclusive o CAPS i, sem que esse serviço seja o único.

Todo indivíduo pertence a um grupo que é um subgrupo social, seja a família, amigos, vizinhos, pessoas que partilham os mesmos interesses, e que são fontes de recursos,

informações e apoio emocional. Cada um deve caracterizar-se por possuir interações frequentes, de afeto positivo e apoio significativo (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE 2006).

4.1.4 Oficinas terapêuticas

As oficinas terapêuticas veem a possibilidade de projeção de conflitos internos e externos por meio de atividades artísticas, com a valorização do potencial criativo, imaginativo e expressivo do usuário. Elas devem ser constituídas por um número relativamente pequeno de pessoas que têm alguns objetivos em comum, e devem interagir permitindo movimento contínuo de equilíbrio estável e temporário. Cumpre que tais oficinas devem ser conduzidas pelo facilitador que tenta apreender toda a riqueza subjetiva existente entre os participantes (ANDALÓ, 2006).

A gente já montou oficina que trabalha a questão do sexo seguro. Tendo em vista que, no momento em que estão fazendo o uso de droga, não se preocupam com a prevenção. A gente percebe a falta de conhecimento na questão da sexualidade e da promiscuidade (P6).

O papel dos coordenadores de grupo, além da finalidade terapêutica e de sociabilidade, é compreender a história e a identidade individual e grupal, trazendo os significados e sentidos historicamente em torno da vida dos participantes.

A gente faz rodas de conversa, onde a gente tenta compreender aquele adolescente, aquele sujeito, qual a demanda que ele traz para poder identificar o que ele espera do serviço. O que ele espera desse cuidado. O que ele pensa de drogas. Então nessas conversas, surgem diversos assuntos (P5).

As oficinas são consideradas terapêuticas quando proporcionam aos usuários um espaço de fala, expressão e acolhimento, além de avançar no caminho da reabilitação, pois exercem o papel de um dispositivo construtor do paradigma psicossocial.

O adolescente, para que seja um sujeito ativo e participe das atividades terapêuticas, precisa se identificar com a atividade sugerida. Por exemplo, a música deve fazer parte da história de vida desse sujeito; se possível, deve ser escolhida por eles. É preciso respeitar a singularidade individual e coletiva desses sujeitos e os seus modos de pensar, de vestir e se colocar no mundo.

Nos atendimentos em grupo, como eu sou profissional de terapia ocupacional, procuro estar relacionando a questão da atividade que a gente faz na sala com o dia a dia deles. Aí a gente discute alguns temas, como atividades de autocuidado, conflito com a família, sobre a opinião deles do que está acontecendo no dia a dia, como está a rotina deles, o que eles têm feito, se eles podem fazer de outra forma, como eles estão lidando em casa com essa nova forma de viver, tentando se afastar das drogas. A gente conversa muito sobre isso (P14).

Esse processo terapêutico é complexo e deve possuir um caráter interdisciplinar, com objetivos comuns entre a equipe que envolve demandas diversificadas dos usuários, dos familiares e dos técnicos. A equipe de profissionais da saúde do CAPS i utiliza diferentes instrumentos de trabalho, recursos materiais, conhecimentos especializados multiprofissionais e técnicas (oficinas terapêuticas; atividades de grupo e individuais; consulta médica, psicológica e de enfermagem) que objetivam o bem-estar biopsicossocial (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

Eles não se sentem totalmente à vontade para estar respondendo ou colocando. No grupo, a gente deixa muito livre, a pessoa só fala quando quer (P14).

Durante a observação de algumas oficinas terapêuticas, verificamos que a atividade é oferecida duas vezes por semana, em horário fixo, e os usuários do serviço são estimulados a participar das atividades propostas nesse horário. O terapeuta e o co-terapeuta ocupacional foram responsáveis pela coordenação das atividades. Geralmente eles realizam atividades coletivas objetivando integrar os participantes. Entretanto nessa oportunidade foi detectado que os usuários, mesmo dividindo o espaço destinado à atividade, não conseguiram interagir-se entre eles. Vimos que não existia um entrosamento, nem um movimento contínuo das relações, gerando inquietação entre os usuários.

Diante disso é fundamental uma análise sobre os propósitos e o modo com que os profissionais têm realizado grupos terapêuticos, pois um dos maiores objetivos dessa prática é o de possibilitar a inclusão social do adolescente em um ambiente protegido que contribua para a reflexão sobre conflitos e sofrimentos.

4.1.5 Atendimento psiquiátrico

Depois da triagem/acolhimento, alguns adolescentes são encaminhados ao psiquiatra para uma avaliação mais específica. Esse momento é essencial para a continuidade do

tratamento onde são ouvidas as queixas ou alterações do estado de saúde do indivíduo, uma investigação da condição social e econômica do indivíduo com o objetivo de coletar dados para o planejamento do seu cuidado. O preenchimento da anamnese completa é sempre aconselhado, porque ela auxilia o raciocínio clínico e contribui para uma avaliação médica mais eficiente.

A complexidade dos fenômenos que envolvem o adolescente usuário de drogas indica um adoecer psíquico que traz graves problemas que devem ser enfrentados pelos usuários com a ajuda de uma equipe de profissionais que desenvolvam estratégias para o tratamento e ressocialização desses usuários.

Estes desafios são também oportunidades para que o saber psiquiátrico e suas práticas contribuam para soluções mais satisfatórias, em certo sentido, servindo como exemplo para outras especialidades que enfrentam problemas com semelhante complexidade (CRUZ, 2010).

E meu objetivo é esse [...] Aqui a gente também medica, mas, o objetivo não é fazer o tratamento da abstinência, que isso se faz a nível hospitalar. A medicação indicada aqui é para o controle da fissura, mas, o meu interesse é realizar um acompanhamento também, tentar está junto do adolescente, entender, compreender melhor as suas necessidades (P3).

A partir da avaliação do psiquiatra, cumpre identificar as complicações clínicas, sociais ou psíquicas e investigar sinais de comorbidades psiquiátricas, para que seja possível a elaboração de um diagnóstico precoce acerca do consumo de drogas e estabelecimento de vínculo empático entre o paciente e a equipe multiprofissional do serviço de saúde.

Devem estimular-se mudanças compatíveis com o estado motivacional do paciente, utilizando-se o bom senso. Essa prática de intervenção auxilia a adesão do paciente e melhora o planejamento do tratamento.

Eu gosto muito de ter contato com eles não só a nível ambulatorial. Para a gente transformar deve ir além do consultório. Então, entro sempre em contato com eles lá fora. Às vezes eu faço visita domiciliar também. Por exemplo, um paciente, o usuário nosso, sofreu um acidente com um tiro e ficou paraplégico, estava no hospital, então fui fazer uma visita para formar esse vínculo (P3).

A avaliação inicial começa com anamnese clínica geral. Depois, investiga-se o consumo de álcool e drogas. Observar-se questões essenciais sobre o tempo de abstinência, a quantidade de substância consumida, a via de administração escolhida para o uso, o ambiente

e circunstâncias de consumo (em casa, nas festas, na rua, com amigos, com desconhecidos, na solidão).

Aqui no CAPS i tem pouquíssimos adolescentes usuários de drogas, eu acho que não passa de 10 não. O adolescente não tem adesão aos serviços de saúde, porque esses serviços são fechados, a gente vê que não há uma resolução. A resposta é melhor quando a gente consegue fazer atividades externas, quando não impomos ao adolescente o que a gente acha que até é o melhor para ele (P3).

A informação do psiquiatra colabora na Política Pública Sobre Drogas, porque enfatiza a importância da prática de ir além do atendimento do consultório, para que o adolescente que chega até o serviço possa aderir ao tratamento, sabendo que terá uma atenção especializada e diferenciada, com a qual ele será acolhido e respeitado.

O olhar mais humanizado do profissional permite ao adolescente sentir-se mais valorizado, aumenta sua autoestima que reflete na mudança de seu comportamento em relação ao abuso de drogas.

De acordo com as anotações do diário de campo, foi possível observar que alguns profissionais valorizam o registro detalhado no prontuário do paciente e os sinalizadores de problemas decorrentes do uso de álcool e drogas; a exemplo de histórias de traumas e acidentes constantes, depressão, ansiedade, distúrbios de sono, atividades sexuais promíscua, para que toda a equipe possa acompanhar e contribuir para o tratamento desse adolescente.

Após a avaliação e o atendimento psiquiátrico, orienta-se o adolescente sobre a importância da continuidade do tratamento com o acompanhamento de toda a equipe de profissionais e, se for necessário, com a indicação do uso de medicação.

4.1.6 Orientação e acompanhamento do uso de medicação

Alguns adolescentes usuários de drogas já possuíam algum transtorno psíquico antes do contato inicial com a droga ilícita ou desenvolveram-no ao longo do uso. Ao serem avaliados por uma equipe de psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e médicos, percebe-se a necessidade de serem submetidos à terapia medicamentosa, que deve ter orientação e acompanhamento diário de profissionais e familiares, porque muitas vezes eles não conseguem entender nem seguir as orientações do psiquiatra.

As transformações necessárias na prática em saúde mental estão avançando, pois os conhecimentos produzidos nesta área incorporam novas estratégias de cuidado na relação

entre profissional e usuário, em todos os momentos, para que seja estimulado o exercício da cidadania ativa dos portadores de transtornos mentais e seus familiares (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007b).

No tratamento desses adolescentes, é comum a combinação de várias abordagens terapêuticas. De acordo com a gravidade da síndrome de abstinência, a farmacoterapia deve ser administrada após a avaliação médica.

Observar que as mães, às vezes, são analfabetas, não sabem administrar o medicamento da forma correta, quando chegam pra buscar o medicamento, já terminou o medicamento, o medicamento que era pra durar mais 10\20 dias e já acabou. Quer dizer, eles não tomam medicamento da forma correta. E é esse o principal papel da gente, ter a consciência e o compromisso de mostrar como se deve tomar o medicamento da forma exata, nos horários. Porque a medicação tomada incorretamente pode levar a outras complicações talvez piores que a própria droga em si (P10).

Ao atender o usuário e o seu responsável, o profissional não restringe sua prática a administração da medicação, mas realiza orientações sobre o uso e promove ações e procedimentos que visam à melhoria na qualidade de vida do doente e da família.

Ante a problemática da dependência química, o profissional repensa o cuidado na perspectiva assistencial que foge do modelo centrado na cura da doença (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

É responsabilidade das farmacêuticas mostrar como é importante a questão do medicamento. Fica muito difícil quando o menino é de rua, porque para eles tomarem esse medicamento, as vezes é necessário a gente oferecer um banho, oferecer uma troca de roupa, um cantinho para eles dormirem. Aqui temos mais dificuldades com meninos de rua, do que os da Casa de Passagem. Os que estão em casa, fica mais fácil. Mas mesmo assim a gente tem medo de eles não tomem o medicamento e voltem a usar drogas. A dificuldade é essa. Alguns deles não retornam. Fica meio complicado aderir ao tratamento (P10).

O atendimento desse profissional mostra o compromisso em proporcionar ao usuário um cuidado mais humanizado, pois ele respeita as diferenças e a subjetividade de cada sujeito. Assinalamos que esse profissional atende as propostas estabelecidas pela Lei 11.343/2006, que recomenda o fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual de todos os usuários de drogas, porque ele, ao orientar o usuário sobre a medicação a ser tomada, também mostra a responsabilidade do adolescente no processo de tratamento.

É importante lembrar que não há medicação que substitua o tratamento da dependência química. Essas substâncias apenas aliviam, em alguns momentos, o sofrimento psíquico daquele sujeito. Para o tratamento e reinserção social do dependente químico, é indispensável a inclusão de práticas que aumentem a vinculação dele aos serviços e aos profissionais da saúde.

4.1.7 Atividades artísticas

A proposta de cuidado do CAPS i compreende uma série de atividades e dinâmicas diversificadas, que devem ser pensadas e discutidas por todos os atores que estão envolvidos direta e indiretamente, com o serviço - entre eles - os gestores, todos os profissionais da equipe, usuários, familiares e pessoas da comunidade.

O desenvolvimento de atividades artísticas valoriza o potencial criativo, imaginativo e expressivo de todos os participantes, além de fortalecer a autoestima, a autoconfiança e a socialização por meio da troca de saberes e da expressão da subjetividade (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

E as oficinas terapêuticas são oficinas manuais onde a gente leva trabalhos que geram algumas reflexões a respeito das experiências desses usuários. Então a gente tenta sempre atrelar a prática da pintura ou alguma coisa relacionada a arte, para que eles tenham outras formas de expressar e elaborar aquilo que eles estão vivendo. Contribuindo para a reinserção dele a partir de seus potenciais manuais ou intelectuais (P6).

O profissional responsável pelas oficinas deixa claro que os adolescentes dependentes químicos precisam de práticas de cuidados adequadas para sua faixa etária, tais como: ludoterapia, atividades esportivas (inclusive jogos), práticas culturais, dança, música, teatro com dramatização e encenações do cotidiano. Tudo isso facilita as reflexões sobre o contexto de vida dos participantes, visando a mudança e a aquisição de novos comportamentos que os auxiliem na resolução de problemas pessoais e na ressocialização.

As atividades terapêuticas não podem ser desenvolvidas mediante cronogramas fechados de trabalho, nos quais se dita o que fazer, como fazer e o quando fazer, em detrimento das escolhas e necessidades dos adolescentes no contexto de sua subjetividade e de seu sofrimento mental, em decorrência do abuso de drogas (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

A atividade musical estimula os sentimentos e proporciona harmonia para a percepção do processo de recuperação e adaptação social. Os trabalhos terapêuticos que envolvem o

corpo, incluindo: dança, teatro e atividades desportivas, ajudam os pacientes a se tornarem conscientes das verdadeiras relações que há entre corpo, mente e emoção (PINTO; JORGE, 2009).

A atividade musical permite à criança e ao adolescente conhecer os instrumentos, trabalhar a musicalidade. Eu os incentivo a participar da atividade escolhendo o instrumento que eles mais se identificam. Eles vão pegando em todos os instrumentos disponíveis e conhecendo os sons. A partir daí, estímulo eles a tocar músicas conhecidas por eles e que são fáceis de tocar (P15).

As atividades artísticas são capazes de produzir subjetividades e catalisar afetos. O seu valor na reabilitação está na possibilidade de o adolescente descobrir suas potencialidades para conquistar espaços sociais.

Um dos objetivos do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas é de adotar, nos serviços de atenção à saúde mental, abordagens multidisciplinares para uma adesão maior no tratamento e, conseqüentemente, uma contribuição para a inclusão deles no meio social.

4.1.8 Atividades físicas

A Política Nacional de Promoção de Saúde estabelece que o educador físico proponha e incentive articulações intersetoriais, com o objetivo de melhorar os espaços para práticas corporais e atividades físicas em equipamentos públicos (BRASIL, 2005).

A gente tira eles do CAPS e leva para a praia, ou para algum ginásio que fica aqui próximo, e eles praticam atividades esportivas como futsal, futebol, vôlei... (P12).

A partir do diálogo estabelecido com os educadores físicos do CAPS i constatamos que eles tentam ampliar a rede de atenção e cuidado de adolescentes usuários de drogas, mediante a articulação com outras instituições, para incluí-los em atividades que estimulem a continuidade no tratamento e a reinserção social.

Para esses profissionais, as atividades físicas propiciam resultados bastante significativos de ordem física, social e psicológica, porque asseguram ao indivíduo a aquisição e a manutenção do status de saúde individual (STRAUB, 2005).

As atividades corporais proporcionam aos adolescentes a oportunidade de se expressarem, por meio da percepção do seu corpo, podendo estas ações servir como descarga

para vários sentimentos, alívio das tensões e dos sofrimentos psíquicos gerados pelo contexto social (KANTORSKI *et al.*, 2011).

Dentre as atividades físicas que o CAPS i oferece, a capoeira foi a mais referenciada pelos profissionais:

Na capoeira a gente tenta realizar um trabalho de relaxamento, buscando a valorização dessa pessoa. Ela possibilita ao adolescente entrar em contato com ele mesmo. É o momento de parar, de silenciar, de relaxar e trabalhar a autoestima. Porque são pessoas que estão fragmentadas, desprovidas de qualquer tipo de valor. A gente busca, primeiro, fazer esse resgate da autoestima. Como eles podem cuidar de si se não acreditam que são pessoas, que são sujeitos? (P6).

O usuário tem a liberdade de participar ou não da atividade, de modo que o profissional lhe garante a autonomia, no momento que o permite escolher e participar daquilo de que mais gosta. Isso contribui para melhorar sua adesão ao tratamento e conseqüentemente a qualidade de vida.

As atividades esportivas são as quartas e sextas-feiras. Os adolescentes gostam mais de futebol e vôlei, mas eu não tenho condição de colocar adolescentes para correr num local desses. Eu não tenho condição. Eu não vou ser irresponsável. Devo ter ética. Não vou colocar um adolescente ou uma criança para correr num local desses. Não, eu não faço. Eu vou fazer um relaxamento. Em tempo chuvoso não tem como sair para nenhuma praia. Mas no tempo de verão vamos buscar parceria, para levá-lo a praia. Devemos nos articular, senão fica mais difícil. Estou na batalha, faz tempo (P13).

Precisamos de um espaço físico melhor, graças a Deus estamos conseguindo concluir o espaço físico, para oferecer oficinas diversificadas com mais profissionais (P12).

Observamos que embora estejam estabelecidas na programação do CAPS i algumas atividades esportivas, não estão sendo realizadas, pois, segundo os profissionais entrevistados não existe espaço físico favorável.

O serviço oferece atividades físicas dentro das salas, pois as considera importantes para o bem-estar do corpo e da mente; todavia segundo relato de alguns profissionais, o CAPS i deveria oferecer atividades físicas externas que envolvam a bola, que são as preferidas dos adolescentes.

Ao longo desses quatro anos a gente vem desenvolvendo o trabalho assim sem muitas condições de trabalho. Também não há salas com vídeo,

televisão e jogos que ofereça uma certa distração. Muitas atividades são desenvolvidas na Bica, outras na praia, porque aqui não tem um ginásio que possa incluir essas crianças e adolescente. É tanto que os usuários não ficam por muito tempo aqui (P8).

A falta de estrutura física acarreta sérios prejuízos às práticas esportivas do CAPS i e evidencia a necessidade de investimentos financeiros em relação à construção de um espaço onde crianças e adolescentes possam se sentir incluídos em atividades prazerosas.

É por isso que eu estou te falando [...] Se eu fosse ser verdadeira diria que não está acontecendo. Realmente não está acontecendo. Eu tenho feito aulas de relaxamento. Há um número reduzido de dependentes químicos. Quando tem muitos, a gente deixa em outros grupos, de transtorno, outros dias. É que eu não fui mais à fundo sabe? Para não mexer tanto. Hoje é quarta-feira. Tem apenas um ali deitado. Você viu? (P13).

O relato do profissional reitera os depoimentos anteriores sobre a falta de estrutura física adequada, que efetivamente prejudica o projeto terapêutico de vários adolescentes.

A atividade esportiva é essencial para a adesão ao tratamento, porque o adolescente sente a necessidade de extravasar as energias. Então, ao chegar ao CAPS i e ser informado de que não tem a atividade que ele deseja, fica desmotivado e não sente vontade de participar de outras.

O CAPS está melhorando, já teve muitas dificuldades, de estrutura física. Eu acho que criança e adolescente gosta muito de esporte e de bola. É uma maneira de atrair eles para cá. Tem um projeto para terminar a nossa quadra. Com esse calçamento fica muito difícil, porque eles podem se machucar (P10).

Percebemos, no diálogo com o profissional, que o CAPS i ainda está em construção e muitas práticas precisam ser melhoradas. Algumas vezes, os educadores físicos realizam passeios na cidade com os adolescentes, visitando locais históricos; participam de eventos promovidos pela Prefeitura Municipal de João Pessoa, mas não há uma articulação mais efetiva com os outros programas e serviços existentes na cidade. Podemos citar que o Parque Zoobotânico Arruda Câmara está frente a frente com o CAPS i, mas nenhum profissional citou nenhuma atividade que tenha sido desenvolvida por eles para os adolescentes, durante esse ano, nesse espaço físico que poderia ser tão explorado.

Consideramos que a presença de atividades esportivas nos serviços de saúde, em especial no CAPS i, ainda é incipiente e precisa ser ampliada de modo significativo, tanto na área da prevenção como na de recuperação da saúde do adolescente (LUZ, 2007).

4.1.9 Assistência social ao adolescente usuário de drogas

O CAPS i - Cirandar vem oferecendo atividades aos seus usuários e familiares, com o objetivo de atender, tratar e promover a reabilitação psicossocial daqueles que estão em sofrimento psíquico.

A mudança na estrutura organizacional dos serviços de saúde deve proporcionar assistência sistêmica que envolva e insira esses adolescentes e a sua família numa rede articulada de apoio e de organizações que se proponham a oferecer continuidade de atenção à saúde mental dessas pessoas (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Eu começo o atendimento com a triagem, logo após a gente faz uma avaliação crítica [...] realizo visitas a casa dos familiares no sentido de conhecer melhor a estrutura em que eles vivem, e a maioria deles vivem institucionalizado. Também acompanho os adolescentes nas instituições voltadas as questões que os envolvem, seja o Ministério Público, o Conselho Tutelar, a Casa de Acolhida, CEA, CREAS, CRAS e outras (P8).

O profissional entrevistado esclarece que é específico da sua prática procurar e acompanhar os direitos sociais e políticas públicas que beneficiem o adolescente e a sua família. Por envolver muitos serviços e instituições, se torna uma atividade complexa que precisa ser partilhada com todos da equipe.

Além disso tem o trabalho em equipe, onde a gente faz a discussão dos casos e realiza outros trabalhos com os técnicos (P8).

A equipe do CAPS i considera importante a troca de conhecimentos sobre os diferentes campos do saber. Essa perspectiva interdisciplinar não opera eliminação das diferenças; ela reconhece as diferenças e as especificidades de cada profissional; sabe, contudo, que essas práticas devem se encontrar e se complementar, contraditória e dialeticamente (MACHADO, 2009).

É difícil trazer a família do usuário de drogas para fazer um trabalho com eles aqui no CAPS i. A grande maioria dos adolescentes está com os laços rompidos, estão institucionalizados, em situação de rua. E, quando tem

família, ela não quer saber, entrega o adolescente a uma avó, a um parente distante, e é muito difícil esse parente querer se comprometer com o tratamento (P9).

Os dilemas que envolvem a saúde mental são marcados por conquistas ainda insignificantes no campo social e psicossocial, que envolvem a autonomia do sujeito. As práticas no campo da subjetividade individual e coletivas resultam de lutas de usuários, profissionais e familiares por garantias mínimas de cidadania que nunca foram conquistadas pela população brasileira (VASCONCELOS, 2002).

Embora seja lento o processo de mudança nas práticas, fica evidente que os profissionais estão se mobilizando para melhorar os serviços oferecidos à população, mas há um longo percurso para a construção de práticas efetivas que beneficiem os adolescentes usuários de drogas.

4.1.10 Atividades comunitárias

A equipe de profissionais da saúde precisa planejar suas ações para acompanhar os usuários no processo de reinserção social, visando prevenir recaídas e garantir a melhoria da qualidade de vida, que é o objetivo maior do tratamento.

Por mais que a gente saiba que é um trabalho difícil, que a reabilitação é difícil nesses casos, a gente precisa acreditar mais nessas pessoas e dar espaço para elas também mostrarem o que tem de melhor, o seu potencial (P8).

A participação de todos no processo de tratamento e reinserção social gera mudanças na maneira de se posicionarem e nas atitudes práticas das pessoas diante do problema das drogas. O profissional promove a vivência em grupo, possibilitando a inclusão de todos os familiares e comunidade, valorizando as experiências coletivas dos problemas de saúde. Além disso, favorece a escuta de todos os participantes sobre as situações enfrentadas, resultando em capacidade resolutiva mútua.

A sugestão é que a gente pudesse fazer um trabalho mais intensivo com as famílias e a comunidade. Porque crianças e adolescentes, se você não trabalha a família, a comunidade, se você não tem a família junto, infelizmente a gente não terá resultados. Não adianta só o adolescente querer se tratar, porque é difícil (P6).

O profissional P6 afirma que a diversidade de experiências e visões sobre a dependência química do adolescente deve ter a participação de membros da família: estas pessoas são possivelmente as mais interessadas em solucionar esse problema que afeta diretamente toda a estrutura familiar. Entretanto, não é esse quadro participativo que é vivenciado pelos profissionais do CAPS i - Cirandar, pois muitos familiares se recusam a participar do processo de tratamento e reinserção social do adolescente usuário de drogas.

Entendemos que estão faltando esforços para uma busca ativa em que a equipe teria o compromisso de responsabilizar-se pelo adolescente e pela família, que, pela própria condição de vulnerabilidade psicológica ou social, tem dificuldade em frequentar o serviço regularmente. Então é necessário o contato contínuo com o usuário em seu próprio território, para se dar continuidade ao tratamento.

A gente tem um problema seríssimo com esses familiares de usuários de drogas. Além deles não virem para cá acompanhando o adolescente eles não aparecem a nenhuma reunião, nem assembleia. A gente já convidou cerca de 100 familiares para participar de uma reunião, marcou numa quarta-feira a tarde. A gente preparou o CAPS, dispensou os usuários que vinham para o atendimento individual preparamos lanche, alugamos tenda, fizemos de tudo para receber esses pais. Não apareceu nenhum. Porque era para falar sobre os filhos. Eles não quiseram. É bem complicado. E a gente vê uma diferença muito grande em relação aos familiares de transtorno mental (P1).

Mesmo havendo grupos semanais para os familiares dos usuários no serviço, são raríssimos os casos de familiares e/ou responsáveis que participam desses grupos. Há uma proposta de inserção da família do usuário de drogas junto as atividades dos portadores de transtornos mentais. Essa ação possibilitaria a interação e compartilhamento das vivências entre os participantes, constituindo espaço de troca de conhecimentos e de experiências.

Nos grupos as famílias dos usuários de drogas estão ausentes. É difícil trazer a família do usuário de drogas para fazer um trabalho com eles aqui no CAPS, a grande maioria não quer saber, não quer se comprometer. Por essa dificuldade de chegar a esses familiares, a gente não consegue realizar o trabalho de reinserção social (P8).

Às quintas-feiras, as famílias dos usuários podem participar de grupos terapêuticos e de grupos de Terapia Comunitária, que são conduzidos por profissionais do serviço e de outras instituições de ensino superior.

Eu vejo que a questão das drogas está muito relacionada a essa questão familiar. O consumo das drogas por adolescente está na relação familiar, na questão social, que é muito maior. A gente escuta no grupo que essa família também é vítima do sistema, então, se a gente for olhar, é um sistema complexo que envolve o discurso de cuidar (P8).

A partir do diálogo estabelecido com o profissional, fica evidente que a família precisa estar inserida no tratamento do adolescente usuário de drogas, principalmente nos grupos porque todos os integrantes da família sofrem com a dependência química de um ente querido e precisam ser escutados.

Nesse contexto, o CAPS i amplia suas práticas com o objetivo de humanizá-las e busca a satisfação do usuário por meio do estreito relacionamento dos profissionais com a família, com o usuário e com a comunidade, estimulando-os a reconhecer a saúde como um direito à cidadania (SOUZA *et al.*, 2007).

De acordo com Duarte e Dalbosco (2011), a metodologia da Terapia Comunitária (TC) tem trazido resultados bastante significativos, tanto na prevenção de drogas, como tratamento da dependência química, pois a TC tem como fundamento o reconhecimento dos potenciais e competências existentes em cada pessoa, nos grupos e na comunidade, para o enfrentamento dos problemas em seu cotidiano.

Os profissionais informaram que existem atividades para a comunidade; no entanto, fica evidente que todas as atividades listadas pela equipe são voltadas para a clientela que é atendida no serviço. Não existe campanhas específicas de sensibilização e mobilização da comunidade, que são fundamentais para a prevenção do abuso de drogas ou para a reabilitação do dependente químico.

A Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Álcool e outras Drogas, assinala que é prioridade o trabalho preventivo, sendo necessário mobilizar a comunidade para se despertar em todos a corresponsabilidade e a participação para melhoria da qualidade de vida da população.

Essa análise focalizou até aqui as práticas oferecidas e o modo de atuação dos profissionais da saúde no CAPS i - Cirandar.

4.2 UNIDADE TEMÁTICA II - DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS PROFISSIONAIS QUE CUIDAM DE ADOLESCENTES DO CAPS i

Serão apresentadas as categorias que destacam os desafios enfrentados pelos profissionais da saúde no cuidado com adolescentes usuários de drogas. A partir dos

depoimentos dos entrevistados, apreendemos a dimensão da equipe que compõe o CAPS i - Cirandar.

4.2.1 Categoria 1 - Restabelecer vínculos familiares no processo de tratamento do adolescente

O uso de drogas feito por esses adolescentes está vinculado, numa interação dinâmica, entre o indivíduo, sua família, o meio social em que vivem e a substância química. Quanto a este último elemento, é fundamental o papel da família no processo de tratamento e reinserção social. Partindo dessa premissa teórica, o uso de drogas passa a ser analisado como um sintoma de toda a família, uma vez que este denuncia falhas do sistema no seu funcionamento (PENSO; PEREIRA, 2010).

A pós-modernidade e seus novos modelos de consumo têm dificultado os processos de reconhecimento dos papéis que deveriam ser desempenhados pelos pais, na educação e assistência aos filhos, o que resulta na fragmentação e no distanciamento dos membros da família.

O adolescente não tem uma família estruturada, a maioria, eu diria, que vem de uma família desestruturada. E, mesmo assim, quando tem não consegue dar essa cobertura. A gente vê a ausência paterna ou conflitos entre os pais. Acho que são as maiores dificuldades para o adolescente aderir ao tratamento, seja medicamentoso ou nas atividades do CAPS. É muito difícil para eles enfrentar sozinho esse abandono (P3).

Muitos pais não conseguem cumprir de modo integral as suas funções de cuidadores e de agentes socializadores que propiciem aos seus filhos os vínculos estáveis de afeto e de relações sociais saudáveis (FERRARI; KALOUSTIAN, 2004).

Outro aspecto importante a ser destacado é que, na história desses pais, também houve um processo de filiação fragilizado. Alguns pais também vivenciaram situações de separação, de sofrimento, de abandono e não sabem como lidar com o sofrimento do filho, porque eles ainda não resolveram os seus conflitos internos. Às vezes é mais fácil ficarem omissos, sem reviver o que vivenciaram quando criança, do que enfrentar todos os conflitos e sofrimentos mais uma vez. Conseqüentemente, eles sentem dificuldades de reconhecer seus próprios filhos e de comprometer-se com eles, perpetuando o abandono e a falta de referencial de autoridade sobre as gerações subsequentes (PENSO *et al.*, 2010).

As famílias são ausentes. É difícil trazer a família do usuário de drogas para fazer um trabalho com eles aqui no CAPS. A grande maioria está com os laços rompidos, estão institucionalizados, em situação de rua. E quando tem família, ela não quer saber, ele já está com a avó, com o parente distante, e é muito difícil esse parente querer se comprometer. Essa dificuldade com esses familiares, não conseguimos realizar o trabalho (P8).

Um desafio para mim é trabalhar com o adolescente quando a família é ausente por algum motivo, ou esse jovem abandonou essa família (P2).

A maioria dos pais é vista pelos profissionais da saúde como ausentes, que não têm nenhum apego aos filhos. Quando os profissionais fazem o resgate da história familiar desses adolescentes, é evidenciado um enfraquecimento da tradicional autoridade paterna, de modo que os adolescentes, não encontrando limites, são liberados à realização dos prazeres imediatos, inclusive o consumo excessivo de drogas.

Segundo Sudbrack (2003), nos atuais modelos de família, a figura do pai está desaparecendo, diluindo-se ou deixando-se dispensar em detrimento da saúde biopsicossocial das crianças e dos adolescentes. Esses pais, muitas vezes são levados pela sociedade a procurar os limites da justiça para conter seus filhos.

Há um preconceito muito grande de algumas mães que são atendidas aqui e falam que os meninos usuários de drogas são marginais, não prestam, que é para estar preso, que é para polícia matar (P1).

O problema de saúde e a questão social desses adolescentes se complicam quando vêm associados ao estigma, ao preconceito e à exclusão do indivíduo com sofrimento psíquico. Sentimentos de revolta, medo, vergonha, revelam a complexidade desse fenômeno. Os profissionais sentem a necessidade de intervir de modo mais ativo possibilitando ao adolescente e à família refletirem sobre seus atos e buscarem novas formas de relacionamento com a sociedade (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

É fundamental a participação da família no tratamento, porque muitas vezes todos os que estão diretamente envolvidos com esse adolescente sofrem e também precisam ser cuidados.

Percebemos, nos discursos que os profissionais enfrentam grandes desafios para abordar o adolescente e a família, pois existem duas problemáticas distintas: a primeira corresponde a dificuldade para lidar com o adolescente que, mesmo resistindo ao tratamento, apresenta expectativas de cuidados; E, a segunda ocorre com relação a família, tendo em

vista, que não participa do processo de tratamento nem ajuda a reinserção desse adolescente na sociedade.

Estudos constatam que, na maioria das famílias de usuários de drogas, é perceptível um sistema de retroalimentação negativa, uma vez que cada indivíduo desse sistema exerce influência no outro, que influencia um terceiro, e este volta a influenciar o primeiro, fechando o círculo vicioso que se repete continuamente (ORTH; MOREÉ, 2008).

Muitos vão para Casa de Acolhida, por medida de proteção, e aí é que a família abandona mesmo. Outros são de rua. Os que têm família, a gente tenta trazer, tenta falar do tratamento, tenta mostrar como é importante ele ter um lar, um lugar onde possa dormir, fazer as refeições e atividades do dia a dia. Aqueles que estão na rua, a gente tenta resgatar a família. Esses casos são mais difíceis. A família vê como um problema mesmo, quer que fique na rua e quer que enterre. Muitos familiares chegam aqui com essa demanda. “Quero que enterre”, porque querem se livrar da responsabilidade (P14).

É importante salientar que toda a equipe de profissional deve também focar atenção na família, pois ela precisa receber condições para se adaptar a realidade tão difícil de enfrentar, diante da resistência do filho ao tratamento. A flexibilização das estratégias motivam a família a adesão ao tratamento e mudança de comportamento social.

A continuidade do tratamento e a reinserção social do adolescente usuário de drogas no ambiente familiar depende da imposição dos limites e valores. Os pais ou responsáveis devem valorizar as relações entre os familiares e estabelecer comunicação clara e autêntica, na qual estejam presentes regras coerentes com seus atos e palavras (CRUZ, 2008).

A família, quando vê que está muito complicado. Quando o adolescente está muito agressivo e usa drogas, eles trazem para cá e ao notarem que existe uma melhora, elas mesmas deixam de trazer. Porque diz que o filho está bom, não precisa mais de nada, e aí o que acontece? Esse adolescente volta para rua e a usar a droga. Isso dificulta o trabalho da gente. Eles abandonam o tratamento, porque os pais não incentivam (P8).

O fato do adolescente continuar necessitando de assistência dos pais, da família, da comunidade, não diminui a responsabilização da equipe de cuidadores do CAPS i. Neste aspecto, concordamos com Campos (2003), que afirma que a participação dos familiares e/ou responsáveis não impede nem diminui o compromisso e a responsabilidade dos serviços de saúde com a defesa da vida. O mesmo se aplica à situação em estudo:

Existe o sofrimento da família, que já desacreditou naquela pessoa. Eles não entendem que aquela pessoa foi usar drogas porque a vida dele já estava uma droga. Então, existe a falta de conhecimento e a falta de compreensão para que o nosso trabalho continue. Às vezes o adolescente e a família vem, e fala “eu quero que você dê um jeito”. Isso é algo que está na conjuntura da sociedade (P6).

Os profissionais observam, na sua prática diária, que os pais se apresentam perdidos, não sabem como educar, colocar limites e até expressar seu amor pelos filhos. Sentem-se incapazes de dizer não, diante da problemática vivenciada por estes e por toda a sua família, gerando intensa culpa, que torna o sofrimento muitas vezes insuportável (MEYER; BERLINCK, 2011).

Tem questões que o adolescente não aceita, não quer seguir as regras e normas, e aqui no CAPS, tem regras e normas como na sociedade. Então eles têm muita resistência a isso. Muitas vezes na casa dele não têm essas normas e regras... seus pais que não conseguem colocar limites (P3).

Esse quadro familiar se destaca porque além da ausência de limites dentro da família, os pais são incapazes de oferecer carinho, afeto e atenção. O histórico de perdas de empregos e de *status* sociais desses pais, convertem-lhes em pessoas omissas ou autoritárias. Esta sequência de carência age de modo conjugado na formação da personalidade antissocial desses adolescentes (SILVA, 2010).

Diante destas circunstâncias desfavoráveis, os adolescentes procuraram na droga aquilo que não encontram nas relações familiares. O prazer obtido pelo consumo dessas substâncias psicoativas compensa também a exclusão que a sociedade lhes impõe.

Os adolescentes não tem progresso no tratamento, porque há um conflito, há uma negligência da família. Muitas vezes, mora na rua, porque o pai abandonou, a mãe é separada, o pai não quer saber. Tem toda aquela mágoa, aquele sofrimento dentro de si que precisa ser trabalhado, que muitas vezes até chega a uma ferida muito grande que eles mesmos nem querem mais curar (P5).

Esse processo de abandono a que o profissional se refere é vivenciado por esses adolescentes desde o nascimento, visto que muitas vezes os pais não planejaram a gravidez. Quando o filho nasce, entregam-no à avó, tia, parentes ou desconhecidos. Vão desenvolvendo-se em um ambiente que o exclui gradativamente e muitas vezes se torna insuportável.

O que nos chama a atenção é que, embora os profissionais enfatizem a negligência da família em relação ao tratamento, podemos observar na fala do profissional nº 5 que houve também desistência por parte desse profissional.

Não temos muito apoio dos familiares porque eles já estão esgotados, não sabem lidar. Muitos familiares já estão doentes, cansados... A gente não tem como resgatar muitas vezes o pai que abandona, que não quer saber, lava as mãos (P5).

A política sobre drogas recomenda que a equipe de profissionais esteja preparada e sempre insista no resgate do adolescente, desenvolvendo, adaptando e implementando diversas modalidades de tratamento, propiciando um ambiente que ofereça ao dependente e à sua família condições de adquirir conhecimentos e ferramentas que proporcionem a recuperação, e não a criação de um cenário de ataque e críticas.

Na sociedade atual, muitas famílias sentem dificuldade em estabelecer os papéis de cada um no interior da família. A imaturidade dos pais desencadeia vários sintomas e sofrimentos, na criança e no adolescente, pois neste estágio inicial de aprendizado precisa de um responsável, uma referência de segurança e afeto que lhe proporcione estabilidade biopsicossocial.

Há adolescentes que criam como se fosse uma parede de dificuldade e a gente não consegue chegar perto deles. Seria bom se eles quisessem vir para cá por conta própria. Mas, a maioria, vem por causa da justiça. Ou porque o pai ou mãe está obrigando a vir. Então, eles vem mais a título de imposição (P10).

Os pais, quando não conseguem mais resolver seus conflitos e relações familiares, procuram os órgãos da justiça - Curadoria da Infância e Juventude, o Tribunal de Justiça, os Conselhos Tutelares - para tentar resgatar a “ordem na casa”, imporem limites, estabelecerem normas de convivência, que muitas vezes são impostas por juízes e promotores que não conhecem a realidade vivenciada por eles. Então, os adolescentes e pais são obrigados a frequentar um serviço que ainda não possui uma estrutura adequada para atender essa demanda.

Mas eu acho que já teve alguns bons resultados. Tem mães e pais que ficam lutando até o final mesmo, com todas as dificuldades, já perdemos vários desde o início, acho que uns 3 ou 4 já foram assassinados. E a gente tentava levar para Fazenda, tentava levar para outros meios, mas eles voltam (P8).

Os profissionais atribuem toda a responsabilidade à família como formadora e propiciadora de um desenvolvimento saudável ao ser humano, mas nem sempre a criança e o adolescente encontram no ambiente familiar um lugar saudável e acolhedor. Em muitos casos, o uso de drogas é iniciativa do adolescente que expressa, por meio do seu comportamento, um conflito familiar ou ainda desestruturação destas relações. A frustração do adolescente é bastante significativa, quando ele percebe que não existe uma pessoa da sua família para poder reconstruir a sua identidade e sua vida, pois é fundamental para a organização psíquica desse adolescente que ele se sinta acolhido, inserido em ambiente familiar acolhedor.

A questão das drogas está muito relacionada a essa questão da relação familiar, da subjetividade do sujeito e assim, eu acompanho tanto criança, como adolescente e adultos no complexo. E assim, eu consigo juntar, ver a história da criança, do adolescente e do adulto e entender perfeitamente a questão do uso das drogas, a questão dos transtornos, de alguns sintomas que está sendo, é o efeito da relação familiar, da questão social, que é muito maior, a gente fala aqui voltado à família, mas essa família também é vítima do sistema (P8).

As famílias que convivem com a violência intrafamiliar podem desencadear o sofrimento psíquico e o início do consumo de álcool e outras drogas em um dos membros. Conseqüentemente, podem apresentar dificuldades em estabelecer vínculos e em se inserir na rede social de apoio, por não se sentirem suficientemente capazes de fazê-lo, dificultando o processo de desenvolvimento saudável dos seus componentes (PENSO; PEREIRA, 2010).

Muitos pais não são capazes de cumprir, de modo integral, com suas funções de principais agentes de socialização, mantenedores das condições gerais de sobrevivência e propiciadores de vínculos estáveis aos seus filhos (FERRARI; KALOUSTIAN, 2004).

O cuidado com as drogas tem que ser diário. Para tentar resolver, não precisa internar as crianças, os adolescentes. É tentar diminuir o consumo, essa é a minha visão. Depois que eu comecei a ler sobre o assunto, entendo que se o adolescente está no tráfico, está consumindo o crack, é necessário que a gente tente que eles diminuam o consumo. Eles devem sentir que agente não está pressionando. E se conseguimos fazer isso, ele pode diminuir o uso ou trocar o consumo para a maconha. Alguns já conseguiram. Então a gente tem um resultado (P10).

Os profissionais do CAPS i ressaltam que a Redução de Danos (RD), deve ser inserida no tratamento da dependência de drogas como estratégia complementar ou como estratégia para alcançar populações que não procuram os serviços de saúde para tratamento. Eles

propõem mudanças nas práticas dos profissionais da saúde para estimular a formação de sujeitos críticos e conscientes das várias dimensões do consumo de drogas.

A RD constitui uma estratégia de abordagem das questões relacionadas com a referida dependência. Não pressupõe a extinção desse uso feito pelos adolescentes, mas formula práticas que diminuam os danos para a saúde deles e dos grupos sociais com que convivem.

Quando eu trabalhava com pacientes de oncologia, a minha experiência mostrou que não se consegue recuperar todos. Exemplificando: Só conseguimos tratar e curar 40% dos pacientes com câncer, os outros 60% o tratamento é paliativo. Você vai ajudando até chegar a um ponto que eles não tem mais vida. Eu comparo o tratamento do câncer com o dos usuários de álcool e drogas. Só que tem uma diferença, o paciente com câncer quer viver. E muitas vezes o paciente que usa drogas nem sabe que tem mais chances de viver do que o paciente com câncer (P10).

Evidentemente, esse consumo abusivo está associado, em muitos casos, à ausência de qualidade de vida e à situação em conflito familiar. Neste sentido, indica a prevalência de soluções escapistas. Nessa estrutura familiar, muitos pais, quando estão ausentes, desprezam o seu filho adolescente, não permitindo o diálogo, e ignoram o problema do abuso de drogas. Assim, o pedido de socorro tem lugar quando eclode uma overdose ou crises com o envolvimento do aparato policial e jurídico (SILVA, 2006).

Nesse contexto, o uso de drogas oferece a esses adolescentes uma solução paradoxal para manter a estabilidade da família, encobrendo a realidade inaceitável, de modo que eles passam a drogar-se prejudicando a sua própria vida por não conseguir enfrentar de modo lúcida os problemas familiares (PENSO; PEREIRA, 2010).

A família está implicada no desenvolvimento saudável e não saudável dos adolescentes. Assim, em conjunto com a escola e com os grupos de amigos, ela exerce grande influência na manifestação do uso de drogas. De tal modo, destaca-se a necessidade de se cuidar do adolescente de modo ampliado, para que ele possa estar inserido em uma rede de atenção social (SCHENKER; MINAYO, 2004).

4.2.2 Categoria 2 - Redirecionar o olhar da escola para superar preconceito e resgatar competência

A educação é um fenômeno complexo que se relaciona com todo o processo de formação do sujeito e sofre influências de diferentes núcleos sociais, seja da família, escola, grupos sociais, mídia e outras instituições.

Ao aprofundarmos a compreensão da educação, somos levados a refletir a cerca dos diferentes atores sociais que influenciam o adolescente no seu processo de aprendizagem, levando-os a assimilar informações e valores, positivos ou não, com pessoas do seu convívio social, inclusive alunos, familiares, professores, diretores, coordenadores e demais funcionários da instituição (todos compreendidos como educadores) (PEREIRA, 2009).

A família e a escola constituem os dois principais ambientes de desenvolvimento do adolescente nas sociedades ocidentais contemporâneas. Assim, é fundamental que sejam implementadas políticas que assegurem a prevenção do consumo de álcool e de outras drogas e a aproximação entre os dois segmentos, de maneira que reconheçam suas peculiaridades e similaridades, sobretudo no tocante ao consumo de drogas efetuado por adolescentes no ambiente da escola, afetando-se a aprendizagem, a relação do aluno com os professores e todas as pessoas envolvidas no processo educativo (DESSEN; POLONIA, 2007).

Os profissionais entrevistados relataram que a escola encaminha esses adolescentes, porque os profissionais da Educação não estão preparados para lidar com essa problemática, que é tão comum e tão complexa, nem tais usuários encontram na escola um espaço de diálogo, de reflexão, de conscientização.

A Escola é a instituição que mais nos encaminha usuários, mas não faz um trabalho com a família, e tem um entendimento alienado em relação às drogas. Por não ter assistente social, psicólogo, psicopedagogo, trabalha com uma equipe incompleta sem preparo para discutir a questão das drogas. É a questão de excluir, de jogar em outro lugar, onde alguém possa cuidar, menos a escola. Considera o adolescente usuário como um elemento que está desconstruindo a escola, que está sendo um empecilho no desenvolvimento da turma. Não olha a família, nem se preocupa como esse usuário vive. Não faz um trabalho lá, nem na comunidade para discutir as questões referentes ao consumo de drogas. Encaminham para o CAPS i porque é questão de droga, de saúde. Então, nós assistentes sociais, visitamos essas escolas que nos encaminha e percebemos que o despreparo é constante (P8).

No depoimento de P8, o entrevistado, aponta os profissionais da escola como responsáveis em desencadear a desestruturação no processo de desenvolvimento dos adolescentes usuários de drogas psicoativas. Ele ressalta que, na escola, sente falta de reconhecimento, proteção e figuras de autoridade que exerçam sua função diante do adolescente. Por esta razão, as relações entre ele, a família e a escola geram crises e conflitos, levando-o a romper seus vínculos e afastando-o da estrutura educacional (PEREIRA; SUDBRACK, 2010).

A gente tem que fortalecer a parceria com a escola, a gente tem buscado, mas muitas vezes não tem dado certo, mas nosso objetivo mesmo é que haja uma interação, uma ligação contínua (P14).

A rede de atenção deveria estar mais fortalecida, para que as ações do CAPS i fossem realizadas em parceria com a escola, mas ainda há fragilidade nestas relações de referência. Não há um diálogo nem parceria entre os profissionais, e quem acaba sendo prejudicado é o adolescente e toda a sociedade. Esses fatores contribuem para que esses adolescentes se mantenham distantes e invisíveis socialmente.

Observamos que a trajetória percorrida por eles em direção à desafiliação institucional, da família, da escola e de espaços públicos, está diretamente relacionada com essa invisibilidade social refletida na constante pressão social que eles sofrem e que os impulsiona a procurar um espaço na sociedade de consumo para aliviar o seu sofrimento psíquico (PEREIRA; SUBBRACK, 2010).

Eles já chegam aqui dizendo que sofreram ameaças, tipo bullying no colégio por causa dessa questão da droga. Há casos, revelados na triagem que os adolescentes estavam tendo acesso às drogas dentro da sala de aula. Então, eles começam a ter contato com a droga dentro do colégio. Às vezes, eles nem conhecem, mas passa a conhecer dentro da escola. A escola não está tendo o cuidado de informar, de explicar e não permitir o acesso da droga dentro da escola (P4).

A escola, por ser uma instituição responsável pelos processos de desenvolvimento educativo e afetivo do adolescente, deveria desenvolver autoridade legítima, com suas normas, regulamentos e proibições (LÉVY, 2001).

Porém, não é essa a realidade presenciada pelos profissionais da saúde. O discurso é dizer que a escola vem falhando em algumas situações e os adolescentes têm encontrado dificuldades na formação de vínculos efetivos com as redes tradicionais responsáveis pelos processos educativos.

Os adolescentes usuários de drogas convivem com adultos, seja no ambiente familiar, seja no escolar. Os educadores não colocam limites por não compreender a importância que esses educandos assumem na vida e por se sentirem perdidos e impotentes na elaboração de valores e normas sociais (PEREIRA, 2009).

É muito difícil reinserir o adolescente usuário de drogas na escola, porque às vezes os profissionais da escola dizem que vai expulsá-los. A direção da escola diz que se a gente não der apoio, se a gente não ficar junto aos meninos eles vão coloca-los para fora da escola. Estão o tempo todo

fazendo isso. Nós, visitamos a escola e tentamos orientar esses diretores e professores, a gente está conseguindo identificar um pouco e tentar orientar esses diretores e professores (P5).

Essa estrutura educacional muitas vezes não acolhe o adolescente. Gera insegurança, deixando-o sem referências primárias e acarreta dificuldades de afiliação aos grupos de pertencimento secundário, resultando em frustrações e tornando-os mais vulneráveis ao envolvimento em situações de risco (PEREIRA; SUBBRACK, 2010). Não encontrando um ambiente escolar acolhedor, sentem-se excluídos. Esse processo impele-os para o progressivo fracasso e evasão escolar.

Assim, o discurso trazido pelos profissionais é dizer que eles sofrem a violência moral no ambiente educacional, a qual os obriga a procurar em outros espaços o reconhecimento e o pertencimento que não encontram em seus primeiros grupos de socialização (família e escola).

Nesse movimento de procurar pessoas e lugares de pertencimento, os adolescentes envolvem-se em situações de risco e transgressões sucessivas, não se vinculam a grupos saudáveis, só conseguem relacionar-se com grupos destrutivos, que nutrem sentimentos de revolta e os impulsionam a praticar atividades violentas e a consumir drogas (SILVA, 2006).

Os desafios, eu acredito que a falta de informação mesmo. Tudo está ligado à questão da formação do profissional, da valorização desse profissional. A maioria das escolas hoje e também aqui no CAPS i os profissionais são prestadores de serviço. Então, existe, também, um descaso com o trabalhador. Não tem um suporte, se eu não estou sendo valorizada, eu não vou ter como desenvolver o meu trabalho tão bem. Não usando isso como desculpa, mas isso também influencia. As escolas não têm estrutura para acolher. Sou pedagoga, já trabalhei em escola, passei muito tempo lá. Me preocupava, em sala de aula e também quando fui coordenadora, com a qualidade de vida do professor. Porque tem professor que chega à escola sem tomar café, porque, no final do mês, o salário já não dá para se manter tão... Pessoas que vão pra sala de aula com fome, tem uma vida desestruturada. Como é que poderia acolher essa demanda que chega? É muito complicado. Muito complexo. Então, existe toda essa corrente, da falta de cuidado, de respeito, que vai formando essa cadeia. Se você fizer uma pesquisa, você vai ver que a maioria dos profissionais de educação tem um nível de estresse muito elevado. Eu conheci uma professora que desencadeou até psoríase, pelo índice elevado de estresse (P7).

O relato do profissional 7 enfatiza as falhas existentes no ambiente da escola, pois os educadores não conseguem cumprir seu papel de proteção, gerando fragmentação da rede de proteção e de controle social. Os adolescentes usuários de drogas, por não terem vínculos no ambiente escolar, se isolam, abandonam a escola por influências de outros adolescentes que se

evadiram e se envolveram em situações de risco, estando hoje presos ou mortos. Essa realidade leva os profissionais que cuidam dessa demanda à reflexão sobre a responsabilidade das instituições sociais do envolvimento de adolescentes com as drogas (PEREIRA; SUDBRACK, 2010).

Enquanto a família, a escola e os profissionais da saúde ficam no jogo de empurrar a culpa para a desestruturação psíquica do adolescente, em vez de unirem-se para pensar em um modo de se responsabilizar por essas questões, os adolescentes sofrem perdidos sem encontrar um local que os proteja.

No entanto, sejam quais forem as estratégias utilizadas pelos adolescentes para sua inserção e seu reconhecimento social, percebe-se que, na dificuldade em desenvolver relações interpessoais saudáveis, eles vão deixando claro no seu comportamento social, nas entrelinhas das relações, seu pedido implícito de ajuda (PEREIRA; SUDBRACK, 2010).

Presumimos que os adolescentes e as famílias, quando chegam ao serviço de saúde, devem encontrar profissionais capacitados para enfrentar essa situação e promover alternativas que atraiam a família e a escola para juntos se responsabilizarem pelo processo de formação e “resgate” desses adolescentes.

4.2.3 Categoria 3 - Superar a discriminação na comunidade e fortalecer redes sociais de apoio

As políticas públicas brasileiras ainda possuem estrutura deficitária de apoio ao desenvolvimento saudável de seus adolescentes. As consequências da pobreza e da exclusão social trazem crescente desamparo social de uma parcela da população, que não tem acesso aos recursos institucionais organizadores da vida social, como saúde, educação, moradia, segurança. O que nos faz reportar ao artigo 227 da Constituição Federal Brasileira de 1988, que afirma:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação [...] (BRASIL, 2012c,p. 90).

O suporte social é fundamental para prevenir o consumo de drogas efetuado por adolescente e tratar a dependência química dos usuários. Para isso, é necessário que a

sociedade se mobilize para que a rede de atenção ao adolescente se organize e fortaleça suas práticas de cuidado.

Os adolescentes são de comunidades carentes, onde o uso de drogas é explícito, e eles envolvidos diariamente nesse ambiente, terminam, sem querer, indo junto. A gente nada contra a maré, muitas vezes, o adolescente começa a usar drogas, incentivado pela família ou pela comunidade, assim, pela carência, que existe da estrutura... (P3).

Esse contexto de exclusão social põe os adolescentes em contato direto com o mundo do tráfico, porque, quando eles passam a usar diariamente as drogas, inevitavelmente vão envolver-se em serviços de entrega trocando a própria droga de consumo ou são atraídos pelas possibilidades de ganhar dinheiro fácil, sendo “aviõezinhos” (PENSO; SUDBRACK, 2010).

São adolescentes que residem em locais que há venda de drogas e eles muitas vezes se envolvem com o tráfico, ou então roubam para usar a droga e não tem uma família estruturada para dar essa cobertura. Alguns têm uma família desestruturada que não dá suporte, entendeu? O tráfico de drogas dá muito dinheiro, então, eu já ouvi um adolescente dizer aqui: “Doutor, para que eu vou trabalhar um mês para ganhar um salário mínimo se eu ganho 3 mil reais num dia vendendo droga? (P3).

Com relação à comunidade existe todo um preconceito, a questão do estereótipo do usuário, que está tatuado, com o cabelo pintado, então ele não tem oportunidade, ele é rotulado, discriminado, pela sociedade. A sociedade não contribui com o acolhimento, até porque ela é motivada pela mídia. A mídia foca a questão das drogas de uma forma cruel, trazendo totalmente a violência para culpabilizar o usuário (P8).

O desafio fundamental de quem trabalha no CAPS i é enfrentar o sentimento de impotência diante de problemas de natureza social e econômica. Nesse caso, a prática dos profissionais da saúde pode oferecer um relevante suporte, centrado na integração que se estabelece em torno do objetivo comum, que é o de cuidar desse adolescente necessitado de atendimento na rede de saúde (SUDBRACK, 2011).

Esses dependentes químicos carregam, além da doença, o pesadíssimo fardo do preconceito social, proveniente de pessoas possuidoras de crenças e valores altamente moralistas, que veem o usuário de substâncias psicoativas como uma pessoa imoral e indecente (LOPES, 2009).

Na comunidade encontramos a questão dos preconceitos que é muito e isso dificulta o tratamento desse jovem, a recuperação dele (P2).

A comunidade vê o usuário de droga como um assassino, como um vagabundo e não vê o porquê dele estar usando a droga (P5).

Se você estiver começando uma atividade em que você mesmo discrimina aquele adolescente, que você tem preconceito, então você não vai conseguir, realmente, mudanças (P3).

No caso específico das drogas, as concepções baseadas em crenças que, muitas vezes, marginalizam o usuário a partir de um julgamento de valor podem levar o profissional da saúde a uma abordagem ineficaz, no sentido de incentivar os adolescentes a aderirem ao tratamento.

Muitas pessoas da comunidade não entendem que os adolescentes que fazem uso excessivo de drogas são pessoas que adoeceram e requerem ser auxiliadas, não sendo portadoras de defeito moral nem devendo ser rejeitadas ou punidas, nem ao menos julgadas (LOPES, 2009).

O direcionamento das questões relacionadas com o uso de drogas será efetivo se existir uma articulação consistente e prioritária entre ações dos serviços públicos, privados e comunitários, compondo redes sociais compromissadas em melhorar a qualidade de vida dos adolescentes e estimulando a coparticipação de todos os atores sociais no cuidado com a vida, principalmente os usuários dos serviços de saúde (BUCHELE; COELHO, LINDNER, 2009).

A comunidade é muito preconceituosa. Eles fizeram um abaixo-assinado tentando expulsar o CAPS daqui do bairro (P1).

Primeiro, o preconceito que tem com relação a essas pessoas. Muitos são relacionados com a marginalidade. É o usuário de drogas, é o maconheiro, é o que usa crack, o que assalta. Então, começa por aí. Muitas pessoas tem esse preconceito (P15).

Na etapa de tratamento e reabilitação, devem-se promover ações de reinserção familiar, social e ocupacional, capazes de romper o ciclo consumo/tratamento, por meio de parcerias e convênios entre instituições públicas e privadas, assegurando-se a distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros para os serviços de proteção social desses adolescentes (BRASIL, 2008a).

A capacitação continuada de profissionais da saúde envolvidos com o tratamento, recuperação e reinserção social e ocupacional dos usuários e seus familiares deve ser garantida, inclusive com recursos financeiros dos gestores estaduais e municipais, para que esses profissionais possam multiplicar os conhecimentos na área da dependência química.

A gente precisa estar se aprofundando nessa temática para entender esse sujeito, para que a gente não caia no mesmo erro da sociedade, da comunidade, da escola, da família que vê essa pessoa como alguém já derrotado. Então, enquanto profissional da área de saúde, devemos nos policiar também. Muitas vezes, no dia a dia, na rotina do serviço, as vezes somos levados a ver esses meninos, também, como algo perdido. Então, devemos buscar esse conhecimento e acreditar sempre. Por mais difícil que pareça, um dia a gente pode encontrar uma saída, uma alternativa que seja viável, com resultados melhores dos que o que a gente já tem (P7).

Em relação à comunidade, eu acho que ainda existe muito preconceito em relação aos usuários de drogas. Eles são vistos de forma diferente, discriminados (P4).

Os profissionais da saúde percebem a necessidade de criar estratégias para sensibilizar a família e a comunidade a respeito do sofrimento psíquico do adolescente usuário de drogas, para que seja diminuído o preconceito e a exclusão deles do meio social. Essas estratégias podem ser desenvolvidas a partir de diferentes atividades propostas pela própria família e comunidade, no sentido de melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos direta e indiretamente com abuso de drogas.

É importante ressaltar que as redes sociais partem da articulação de usuários, familiares e comunidade, enquanto a força existente para uma ação conjunta multidimensional traz a possibilidade de integração da diversidade e do surgimento de novos tipos de organização e de gestão de trabalho (BRASIL, 2009).

A comunidade precisa ser sensibilizada e estar preparada para acolher e incluir o dependente químico, porque o consumo de droga sempre vai existir, e as pessoas devem conhecer melhor essa problemática e juntas buscar alternativas para lidar com os problemas vivenciados no cotidiano, deixando de lado os preconceitos.

É justamente essa reinserção desses adolescentes na comunidade que é difícil. Muitas pessoas sabem que eles usam drogas ou que eles já usaram. Então, quando eles voltam para comunidade, mesmo que estejam em abstinência, existe o preconceito. Eles têm dificuldades para arrumar trabalho, para conviver em sociedade e até para ir pra escola também (P15).

A Secretaria de Políticas sobre Álcool e outras Drogas está estimulando o trabalho comunitário e a construção de redes sociais para mobilizar todos os segmentos da comunidade. Esta proposta é inovadora e inclusiva, pois enfatiza a importância do encontro dos saberes locais para a construção do saber coletivo, a fim de amenizar-se o preconceito e a exclusão social do adolescente usuário de drogas (SUDBRACK, 2011).

Por não ter o conhecimento científico sobre a dependência química, muitas pessoas estigmatizam o usuário de drogas. Ainda hoje, o conceito moral prevalece em todos os meios sociais, seja na família, na escola, na comunidade, nos serviços de saúde, entre outros. Para se reverter esse preconceito, será necessário um trabalho amplo de sensibilização e conscientização em todas as comunidades.

E como eles vão estar se inserindo nessa comunidade, a gente também tenta trabalhar um pouco esse preconceito que eles vão sofrer mesmo. A gente sabe que eles vão chegar lá fora e...já tão rotulados... A questão que eles dizem muito “eu queria muito conseguir emprego”. A gente sabe que eles vão ter muita dificuldade. Então, no geral, é isso... o preconceito é grande (P14).

Neste ponto, os profissionais do CAPS i - Cirandar deixam claro em suas falas a necessidade de criar outros movimentos possíveis na comunidade, visando a avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com a dependência química, usando recursos que não sejam preconceituosos e repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida.

Os serviços das redes sociais existem e precisam ser fortalecidas. A articulação de diferentes pontos da rede social pode melhorar os espaços de convivência positiva existentes na comunidade que favoreçam a troca de experiências para a identificação de situações de risco e vulnerabilidades sociais. Essa articulação abre amplas perspectivas para a elaboração de estratégias que promovam a aproximação entre as pessoas de uma determinada comunidade, reforçando os vínculos afetivos entre elas e permitindo a troca e circulação das informações necessárias para a construção de soluções coletivas (PEREIRA, 2009).

4.2.4 Categoria 4 - Criar mecanismos para evitar a internação compulsória

Há um grande número de situações que envolvem o adolescente usuário de álcool e drogas e os órgãos de políticas públicas junto ao Poder Judiciário.

No Brasil, a proposta da Política Nacional sobre Drogas sugere que a legislação seja cumprida harmonicamente com medidas sociais e de tratamento para adolescentes que praticam atos infracionais a que o componente droga, no sentido amplo, esteja presente de alguma maneira. Essa proposta se justifica por ser uma possibilidade de tratamento capaz de modificar os comportamentos antissociais para comportamentos socialmente adequados e uma abordagem não-estigmatizante (RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2010).

No entanto, por ser tão complexo identificar e tratar o adolescente usuário ocasional ou dependente químico, é necessário que a Justiça disponha de uma equipe de profissionais capacitados para abordar com eficiência e propriedade, identificando a necessidade de encaminhá-los para serviços especializados que realizam abordagens preventivas, diagnósticos criteriosos e encaminhamentos para o tratamento dessas patologias.

Neste sentido, Meyer e Berlinck (2011) apontam a necessidade de esse adolescente ser acolhido em instituições estruturantes que permitam o desenvolvimento saudável, seja família, escola, comunidade, Justiça ou instituição de saúde mental. O Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil geralmente é a instituição mais solicitada porque a primeira não está realizando seu papel como estrutura simbólica que o insere no mundo. E os autores também nos levam a fazer o seguinte questionamento: como esses serviços de saúde podem acolher, tratar e reinserir esse adolescente, se há fragmentação e esfacelamento nessas instituições?

A justiça que é formada por membros, como conselheiros, promotores, técnicos de um modo geral e o próprio juiz, não tem um entendimento acerca do usuário. Faz encaminhamentos distorcidos, que não condiz com a realidade atual, nem prioriza o cuidado, a prevenção e o tratamento adequado desse usuário. Percebi isso no meu dia-a-dia, trabalhando via ministério público, conselheiro tutelar. Trazendo adolescentes, indo ao conselho tutelar, conversar com o promotor, com a própria equipe que está lá. A gente percebe que ainda falta qualificação para essas equipes, que trabalham com a Justiça (P8).

Vê-se que o profissional chama a atenção para a questão do respeito ao ser humano e ressalta que os agentes da Justiça devem estar atentos às diretrizes clínicas e políticas que definem a forma com que os adolescentes devem ser encaminhados e acolhidos nos serviços de saúde.

Para reduzir as consequências desastrosas na atenção de usuários de drogas, um dos maiores objetivos da Política Nacional sobre Drogas é a capacitação de pessoas em todos os segmentos sociais, principalmente profissionais da Educação, Saúde e Justiça, para que eles possam desenvolver práticas efetivas e eficazes, fundamentadas em conhecimentos científicos validados em experiências bem-sucedidas, adequadas à nossa realidade.

É recomendado pela Política Nacional de Humanização (PNH) que os trabalhadores de saúde mental levem em consideração a singularidade do sujeito. Isso se torna difícil a partir do momento que eles são pressionados por uma ordem judicial, conforme discurso do profissional P4.

O trabalho da Justiça, frente a essa demanda precisa ser avaliado, porque o adolescente, muitas vezes, é preso, espancado e isso faz com que ele fique mais revoltado, e volte a consumir droga. A Justiça precisa encontrar um meio, uma forma de melhorar toda a situação, de ter uma punição para essas pessoas que traficam, que entregam a droga pro adolescente (P4).

O Programa Nacional de Combate às Drogas valorizou a política de redução de danos e reinserção social do usuário e dependentes químicos a partir da publicação da lei nº 11.343 de 2006, que desvalorizou a punição dos usuários de drogas (MENDONÇA, 2010).

Embora nos serviços de saúde ainda haja entendimento retrógrado sobre a PND, que não atende às diretrizes de prevenção, tratamento e ressocialização dos dependentes químicos, os profissionais de saúde do CAPS i - Cirandar procuram acompanhar as diretrizes de redução de danos, desenvolvendo atividades de assistência ao adolescente usuário de drogas, mesmo sendo bastante difícil realizá-las efetivamente.

As ações da rede de atenção ao adolescente devem ser articuladas, planejadas e direcionadas ao desenvolvimento humano, pautadas em princípios éticos, orientando-se para a promoção de valores voltados à saúde física e mental individual e coletiva. Para isso é necessária uma sintonia no diálogo entre os profissionais da Saúde, da Educação, da Justiça e do Desenvolvimento Social.

A gente tem dificuldade de estar mostrando o CAPS i como um serviço que dá certo e que pode ajudar essas crianças e adolescentes. Muitas vezes a Justiça obriga o serviço a realizar a internação. A Justiça quer um resultado mais concreto. A gente sabe que no CAPS i o adolescente não chega hoje e amanhã ele já está bom. Ele chega e não vai ficar internado. Para Justiça, isso é muito abstrato. Como é que a criança e o adolescente vem pro CAPS i, volta pra sociedade e vai conseguir viver? Eles partem muito da perspectiva da abstinência. Então, é muito mais fácil internar e deixar eles internados, sendo medicados o tempo todo. Que aí eles vão ficar dopados, como a gente fala popularmente, e não vão usar drogas. Não por consciência, mas sim pelo estado onde ele se encontra. E a gente tem essa dificuldade de estar se articulando com a Justiça, porque eles não acreditam que o trabalho do CAPSi vai dar certo. São esses nossos (P14).

Ainda existe, no Brasil, um modelo de justiça que, muitas vezes, por ordem judicial, indica a internação compulsória de adolescentes em serviços não especializados para essa demanda. No caso específico do município de João Pessoa, que ainda não possui local adequado para internação e desintoxicação de adolescentes usuários de drogas, muitos são encaminhados para locais de tratamento inadequados, o que causa um desconforto e sofrimento psíquico, agravando o quadro apresentado.

Apesar de o Brasil ter ratificado todas as declarações de direitos humanos, incluindo o Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, os jovens brasileiros continuam sem seus direitos assegurados. Diante da criação de tantas leis progressistas para proteção das crianças e adolescentes, milhões dessas pessoas não podem ter acesso à educação e à saúde e são excluídos da sociedade de forma desumana (RUZANY, 2008a).

Na ausência de política de saúde clara e de propostas concretas, o governo brasileiro tem estimulado a implantação de diversas alternativas de atenção ao usuário, em locais fechados, tendo como único objetivo a abstinência (BRASIL, 2004a).

O Ministério Público, segundo os promotores querem a internação compulsória. Mas vai internar onde? No Juliano Moreira? Isso não é local para internar menino. E ainda mais a força. Eu sou totalmente contra essa coação porque não tem condição... E o pior, essa semana já aconteceu, casos de dois adolescentes precisando de internação urgente e não tinha vaga nem no Juliano Moreira, nem em lugar nenhum (P9).

Essa situação desencadeia todo um descontentamento entre os profissionais da saúde do CAPS i - Cirandar, os quais estão cuidando desses adolescentes, por entender que essa problemática é bem mais complexa e requer uma articulação maior entre a Justiça e os serviços responsáveis pelo cuidado de menores.

Então, não é só uma instituição que vai sanar a dificuldade. Existe um furo na rede enorme. Nós temos crianças e adolescentes que são constantemente ameaçados. Nós não temos onde colocar essas crianças. Não existe. Existe no papel, mas, de fato, não acontece. Não existem leitos para acolher esses meninos, quando eles estão numa fissura muito grande que precisa fazer um cuidado mais intensivo para desintoxicar, não tem! Então, entre a loucura e a morte, a gente interna os nossos adolescentes na “Juliano”, para que eles não morram. Primeiro precisaria que a rede estivesse estruturada, de fato, com a sua funcionalidade. Existe uma estrutura, mas não existe a funcionalidade. A gente tem uma casa para colocar esses meninos? Então, eles vem para cá e fazem atendimento. E o resto dos dias? E o final de semana, onde eles vão ficar? Então, muitas vezes a gente se sente, enquanto profissional, soltos e sozinhos, gerando até um índice de estresse para o próprio profissional. Porque você se cobra, “o que eu estou fazendo?”. E quando os meninos vão morrendo, porque isso acontece, e tem acontecido constantemente... Inclusive, agora, a gente está com um adolescente que ficou paraplégico. Então, a gente se sente um pouco impotente, mas tendo a consciência de que não é só a instituição CAPS i.. É toda uma estrutura, uma complexidade, que até agora eu acredito que, em todos os estados, não se encontrou ainda uma forma de um cuidado mais intensivo (P7).

Em concordância com o Princípio da Universalidade do SUS (Lei 8.080/1990) e da Atenção Integral à Saúde Mental (Lei 10.216/2001), toda pessoa em situação de risco e

vulnerabilidade social deve ser socorrida, imediatamente, e conduzida a um serviço de saúde para que seja acolhida, avaliada e tratada por uma equipe de saúde mental, independentemente de ter cometido algum delito (BRASIL, 2008a). Contudo, a Lei também estabelece que é necessária uma prescrição médica para internação psiquiátrica, e não apenas um encaminhamento da Justiça para a internação em um Hospital Psiquiátrico. Assim, o entendimento dos profissionais da saúde do CAPS i é que os juízes ou promotores deveriam solicitar uma avaliação do estado biopsicossocial do adolescente, a ser feita por uma equipe multiprofissional, antes de indicar uma internação compulsória.

Embora a Lei nº 11.343, de agosto de 2006, deixe claro os princípios norteadores do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), os profissionais da saúde não percebem na prática dos atores da Justiça brasileira o respeito aos direitos fundamentais dos adolescentes (BRASIL, 2008a).

A maioria dos adolescentes que vão ao CAPS i por determinação da Justiça ou pressões familiares, frequentemente não adere ao tratamento. Ao chegarem ao CAPS i, precisam encontrar uma equipe de profissionais capaz de motivá-los a criar vínculos com eles e com o serviço, de modo que a adesão desses adolescentes ao tratamento e sua reabilitação vai depender desse processo inicial (RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2010).

Não é possível generalizar o atendimento ao adolescente usuário de drogas. É necessário que todos os atores envolvidos na rede social de atenção ao adolescente entendam a complexidade da problemática da dependência química.

A Justiça não compreende porque ela não dá conta e nem se teve essa formação de entender que o sujeito está usando drogas porque existe algo que não está bom na vida dele. Então, muitas vezes, querem retorno de imediato. E é algo que vem desde que você foi gerado. Existe uma desconstrução de alguém que foi construído de uma forma desordenada. Então, você tem um tempo para organizar, digamos assim, o sujeito. E as pessoas não são objetos que a gente tira de um lugar e coloca no outro e tá tudo certo (P7).

Salientamos que, os pacientes usuários de drogas estão sujeitos a recaídas e a múltiplos retornos ao tratamento até atingirem um padrão estável de abstinência. Desse modo, o adolescente, a família, a comunidade e os agentes judiciários precisam ser sensibilizados e orientados acerca da longa duração do tratamento, mesmo que o serviço, no caso o CAPS i, seja apenas um serviço dentro da rede de atenção à saúde desse adolescente.

Os profissionais da saúde afirmam que lidar com adolescentes envolvidos com a Justiça em decorrência do uso de drogas é uma tarefa delicada, que requer um cuidado

especializado, porque ele é visto pela sociedade de maneira preconceituosa (bandido, criminoso, vagabundo etc.) e muitas vezes, é excluído do seio familiar, da comunidade e de alguns serviços públicos, por determinação judicial.

O que fica evidente no discurso dos entrevistados é que, embora as leis que tratam da proteção integral da criança e dos adolescentes estejam vigentes, na prática os serviços públicos que deveriam garantir esse direito não conseguem priorizar essa democracia em que todos os sujeitos possam estar incluídos e participando do processo de cidadania. É preciso compreender que as crianças e adolescentes são cidadãos brasileiros, pessoas em desenvolvimento e devem ser tratados com prioridade absoluta (PENSO *et al.*, 2010).

Embora a promulgação do ECA tenha sido uma grande evolução para as políticas públicas brasileiras, no que se refere à atenção com crianças e adolescentes, ainda encontramos muitos deles excluídos, principalmente aqueles usuários de drogas, que são considerados portadores de uma patologia social.

Observa-se que a trajetória percorrida pelos adolescentes em direção à desafiliação institucional, da família, da escola e de espaços públicos está diretamente relacionada com a invisibilidade social refletida na constante pressão social que os impulsiona a procurar um espaço na sociedade de consumo para aliviar o seu sofrimento psíquico.

A magnitude do uso abusivo de drogas, que advém do contexto de exclusão, leva toda a sociedade brasileira, especialmente os gestores do Ministério da Saúde e profissionais que trabalham diariamente com essa demanda, a reconhecer que há uma lacuna assistencial a essa população.

É mister estabelecer práticas e políticas públicas mais efetivas que integrem a dimensão ético-política para que seja iniciada a construção de uma rede articulada para atender as necessidades desse imenso contingente de adolescentes usuários de drogas psicoativas.

*Mesmo quando tudo parece desabar,
cabe a mim decidir
entre rir ou chorar,
ir ou ficar,
desistir ou lutar
porque descobri,
no caminho incerto da vida,
que o mais importante é o decidir*

(Cora Coralina)

REFLEXÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que, devido à complexidade do objeto pesquisado, as possibilidades deste tema não se esgotam neste estudo, mas apenas nos estimulam, ainda mais, a continuar pesquisando a construção das políticas públicas sobre o cuidado de adolescentes usuários de drogas psicoativas.

No presente estudo, observamos que os profissionais da saúde propõem mudanças nas práticas de cuidado e tentam articular a rede de atenção e de proteção do usuário de drogas, para que possam ser respeitados e incluídos nos serviços públicos não estigmatizante.

Ao inserirem no CAPS i - Cirandar as práticas: de acolhimento; psicoterapia individual; oficinas terapêuticas; orientação e acompanhamento do uso de medicação; atividades artísticas, atividades físicas, comunitárias e assistência social ao adolescente usuário de drogas, os profissionais da saúde demonstram que estão tentando ampliar e diversificar os serviços para atender às necessidades dos adolescentes consumidores de drogas e de suas famílias.

Portanto, percebe-se que essas práticas ainda funcionam de modo precário, por falta de infraestrutura, recursos materiais e humanos, capacitação e principalmente articulação entre a rede social e de apoio e atenção à saúde do adolescente.

Assim, o cotidiano vivido pelos profissionais da saúde que cuidam dessa demanda aponta uma complexidade que o campo da saúde não pode conseguir abarcar sozinho.

Embora tenha quatro anos de funcionamento, a equipe de profissionais do CAPS i, ainda não consegue atingir um dos objetivos essenciais da Rede de Atenção Psicossocial, que é o de garantir a articulação e integração da rede de saúde no território, ampliando o acesso à atenção psicossocial da população.

Neste serviço de atenção à saúde mental, o que se percebe é a falta de acesso e inclusão desse adolescente no processo de tratamento e reinserção social. Nota-se que os poucos adolescentes usuários de drogas que chegam ao CAPS i em busca de atendimento enfrentam alguns desafios; entre eles, o preconceito, o descaso, a falta de compromisso de toda a rede social existente no município de João Pessoa.

Salienta-se a necessidade da família estar inserida no tratamento do adolescente usuário de drogas, porque os integrantes da família devem reconstruir os vínculos afetivos e melhorar as relações com o objetivo de resgatar a estabilidade biopsicossocial.

É fundamental que os temas relacionados a prevenção, ao tratamento e a reinserção social sejam abordados em campanhas diárias, sensibilizando, mobilizando e conscientizando a sociedade para enfrentar com responsabilidade os desafios da drogadição.

Diante disso, podemos entender que a respeito da garantia do direito à assistência à saúde, afirmada na Constituição Federal de 1988 e no ECA, é urgente a necessidade de ampliar e implementar projetos e práticas assistenciais efetivas em defesa da vida desses adolescentes vítimas do meio social excludente.

Para acolherem adolescentes em situação de sofrimento psíquico ou em uso problemático de álcool e outras drogas, é preciso desenvolver práticas em saúde pautadas no princípio da autonomia, na qual o profissional tenha a convicção de que sua intervenção seja benéfica, na perspectiva da promoção da autonomia desse adolescente. Cabe-lhe tratá-los conforme o que é moralmente correto e adequado, respeitando a subjetividade e individualidade do sujeito e a corresponsabilidade e compromisso de todos os atores sociais envolvidos no processo de tratamento e reinserção social.

Vimos que todos os profissionais da saúde sugeriram a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial especializado para se atender a demanda de crianças, adolescentes e jovens adultos usuários de drogas. Esse centro seria um CAPS i AD porque, segundo eles, a problemática da dependência química é complexa e precisa de uma equipe especializada nesta temática. Muitos têm curso de capacitação ou especialização em saúde mental e com relação a dependência química, participaram apenas de um curso de Redução de Danos oferecido pela Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa.

Enquanto não for possível a implantação desse serviço na Paraíba, será necessário que a equipe de profissionais da saúde discuta as suas concepções sobre a produção do cuidado na saúde mental e que esses desafios impostos pela realidade apresentada pelos dependentes químicos, possam ser enfrentados pela equipe do CAPS i, em parceria com outras instituições de redes sociais.

Assim, a transformação das práticas de cuidado deve ser acompanhada sistematicamente por usuários, familiares, profissionais e por toda a sociedade, porque, embora já existam políticas públicas para adolescentes usuários de drogas psicoativas, estas continuam fragmentadas e desarticuladas, sem representar eficiência na perspectiva de atenção integral a este grupo etário.

Um dos maiores desafios enfrentados pela equipe de profissionais é a busca de suporte social junto à família, à escola, à comunidade e à Justiça, já que eles representam apoio e podem auxiliar nas diferentes fases de tratamento e na reinserção desses adolescentes.

Doutra parte, esses desafios enfrentados na prática são entendidos pelos profissionais de saúde, associados à falta de intersetorialidade. Segundo eles, não existe aproximação, nem se estabelecem vínculos entre os serviços existentes das Secretarias de Desenvolvimento

Social, da Educação, da Secretaria da Cultura e Lazer e Secretaria da Justiça, entre outros dispositivos sociais. Deste modo, a equipe de saúde ainda não consegue essa articulação, e, em decorrência desse quadro as políticas não têm efetividade.

Este serviço de saúde é organizado a partir da experiência de seus profissionais, originando práticas com potencial de atendimento limitado e desvinculado das necessidades locais. Apesar dessas deficiências no serviço, fica evidente que existe vontade dos profissionais em tentar superar suas limitações, visando ao bem estar de todos os que chegam ao CAPS i.

Ressaltamos a vital importância de trabalhos preventivos, no sentido de sensibilizar não somente o usuário e as famílias, mas também as escolas, os profissionais da saúde, as comunidades, as autoridades e toda a sociedade quanto à necessidade de mudanças em perceber e enfrentar essa problemática. Essa causa deve ser abraçada para que projetos e serviços sejam ampliados e melhorados, beneficiando uma parcela bem maior da população.

Relatos de inúmeras experiências exitosas demonstram que é possível o trabalho em rede e alguns desafios relatados pelos profissionais do CAPS i - Cirandar podem ser enfrentados se houver mobilização na comunidade para sensibilizar a população para as ações de responsabilidade partilhada, estreitando parcerias entre diversos setores sociais.

Enquanto os atores sociais ficam no jogo de empurrar a responsabilidade e atribuir o fracasso ao outro (em vez de unirem-se para pensar num modo de enfrentar de modo articulado e comprometido, esse problema tão complexo, onde todos se responsabilizem e se comprometam) os adolescentes usuários de drogas continuam perdidos e sozinhos, sem condições de vida digna.

Avançar, ousar, inovar no processo de cuidado de adolescente usuário de drogas: eis o provocante desafio para toda a sociedade brasileira.

Acreditamos que tal desafio jamais foi tão oportuno para os profissionais da saúde como nos dias atuais. Chegou a hora de mobilizar toda a rede de atenção ao adolescente e fortalecer-lhe os vínculos sociais de proteção.

Temos que avançar com práticas mais efetivas, seguindo os pressupostos da reforma psiquiátrica e fazer com que elas percam sua conotação dominadora e opressora e adquiram caráter prioritário de transformação e de promoção à saúde do ser humano.

O desafio a nós profissionais foi lançado. É difícil, ninguém pode negar, mas cabe a todos os atores envolvidos no processo de cuidar, pôr em prática criar coragem e enfrentar os novos desafios.

É fundamental que a população brasileira tenha o conhecimento, acompanhe, participe e dissemine ações de prevenção do consumo abusivo de drogas e estimule o tratamento e a reinserção social do dependente químico, para que todos possam sentir-se corresponsáveis na transformação da realidade social: familiares, educadores, líderes comunitários, gestores públicos ou cidadãos.

Diante de todas as questões levantadas neste estudo e diante das adversidades sofridas pelos adolescentes, compreendemos que é preciso assumirmos nosso papel social como profissionais da saúde. Além de desenvolvermos práticas de cuidado é necessário envidarmos esforços para articular e fortalecer a rede, trabalhando no sentido de desconstruir falsos conceitos e formar valores que possibilitem novas formas de relações entre as instituições - família, escola, saúde, desenvolvimento social, Justiça - que participam, direta ou indiretamente, do cotidiano desses adolescentes.

Esperamos que esta pesquisa possibilite outras reflexões e trabalhos futuros.

ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. **Vocabulário ortográfico da Língua Portuguesa**. 5. ed. São Paulo: Global, 2009.

ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, fev. 2008.

AMADOR, Daniela Doulavince *et al.* Concepção dos enfermeiros acerca da capacitação no cuidado à criança com câncer. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 94-101, jan./mar. 2011.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

AMARANTE, A. G. M.; SOARES, C. B. S. Políticas públicas de saúde voltadas à adolescência e à juventude no Brasil. In: BORGES, A. L. V.; FUJIMORI, E. (Orgs.). *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica*. **Manole**, Barueri, v. 1, p. 42-60, 2009.

AMATUZZI, Mauro Martins. Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 26, n. 1, p. 93-100, jan./mar. 2009.

ANDALÓ, C. **Mediação grupal**: uma leitura histórico-cultural. São Paulo: Ágora, 2006.

ANTUNES, Sonia Marina Martins de Oliveira; QUEIROZ, Marcos de Souza. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207-215, jan. 2007.

ARAÚJO, Yana Balduino de *et al.* Enfrentamento do adolescente em condição crônica: importância da rede social. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 281-286, mar./abr. 2011.

AVANCI, R. de Cássia; PEDRÃO, Luiz Jorge; COSTA JÚNIOR, Moacir Lobo da. Tentativa de suicídio na adolescência. Considerações sobre a dificuldade de realização diagnóstica e a abordagem profissional de enfermagem. **Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, n. 1, 2005.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, set./dez. 2004.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 339-345, abr./jun. 2011.

AZEVEDO, Elisângela Braga de; FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira. Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: entre dificuldades e facilidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 60-70, jul./dez. 2012.

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim; CARVALHO, Simões Fábio Bruno de; FERIGATO, Sabrina Helena. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 444-450, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora 70, 2008.

BARROS, P. C. M. de; FREJ, N. Z.; MELO, M. F. V. Porque as cola cola o osso da gente: uma suplência à palavra que falta à criança e ao adolescente em situação de rua. In: SILVA, Gilberto L. (Org.). **Drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Roca, 2010.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. especial, p. 815-819, 2007a.

_____. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. especial, 2007b.

BELFER, M. L. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. **J. Child. Psychol Psychiatry**, v. 49, n. 3, p. 226-36, 2008.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. 9. ed. São Paulo: Vozes, 2002.

BORDIN, Silma; FIGLIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo. Dependência química na mulher. In: _____. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2010.

BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 12 dez. 2009.

_____. 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, 2004a.

_____. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. **Revista brasileira de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. **Decreto nº 7.179**, de 20 de maio de 2010. Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 16 set. 2010.

_____. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em:<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html/>>. Acesso em: 02 dez. 2012.

_____. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais é ampliado**. Disponível em:<<http://portalweb02.saude.gov.br/>>. Acesso em: 02 fev. 2012a.

_____. **Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental**. Disponível em:<<http://portalweb02.saude.gov.br/>>. Acesso em: 02 fev. 2012b.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Portal Legislação. Disponível em:<http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_13.07.2010/art_227_.shtm>. Acesso em: 04 jul. 2012c.

BRÊDA, M. Z. *et al.* Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 450-452, 2005.

BÜCHELE, Fátima; COELHO, Elza Berger Salema; LINDNER, Sheila Rubia. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 267-273, jan./fev. 2009.

CAMPOS, Gastão. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____; DONITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko *et al.* Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl., ago. 2009.

CAPS i - CIRANDAR. **Projeto de Implantação do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil - Cirandar**. 2008.

CARLINI, Elizaldo Luiz de Araújo. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: 2005. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DA REDE DE PESQUISA SOBRE DROGAS, 1., 2007, Brasília. **Anais...** Brasília, 2007.

CARRETEIRO, T. C. Adolescência e experimentações possíveis. In: MARRA, M. M.; COSTA, L. F. **Temas da clínica do adolescente e da família**. São Paulo: Ágora, p. 15-23.

CARVALHO, B. B. Legislação e políticas de saúde relacionadas às diretrizes da Política Nacional sobre drogas. In: SENAD. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas: curso de**

capacitação para conselheiros municipais. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2008.

CEDRO, Marcelo. Pesquisa social e fontes orais: particularidades da entrevista como procedimento metodológico qualitativo. **Revista, Perspectiva Sociais**, Pelotas, ano 1, n. 1, p. 125-135, mar. 2011.

CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo; OLIVEIRA, Maria Cláudia Santos de. **Legislações e políticas para a criança e o adolescente e a PNAD**. Brasília: SENAD, 2008.

_____. A clínica do adolescente em meio fechado: olhares sobre o contexto. In: MARRA, M. M.; COSTA, L. F. **Temas da clínica do adolescente e da família**. São Paulo: Ágora, p. 87-101.

CNM. Confederação Nacional de Municípios. **A visão dos Municípios brasileiros sobre a questão do crack 2010**. 2010. Disponível em: <http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/07112011_EstudoTecnicoColetivadoCrack_versao_Final.pdf.www.cnm.org.br>. Acesso em: 20 fev. 2012.

CONTE, Marta *et al.* “Passes” e impasses: adolescência – drogas-lei. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 11, n. 4, p. 602-615, dez. 2008.

CRUZ, Marcelo Santos. A abordagem do problema com o crack: uma oportunidade para afirmar a liderança da Psiquiatria como saber. **Debate Psiquiatria Hoje**, Rio de Janeiro, ano 2, n. 3, maio/jun. 2010.

_____. **As redes comunitárias de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas [Módulo 6]**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2008.

DESLANDES, S. Ferreira. Notas sobre a contribuição da sociologia compreensiva aos métodos qualitativos de avaliação. In: CAMPOS, R. O. *et al.* (Org.). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos na narratividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

DESSEN, Maria Auxiliadora; POLONIA, Ana da Costa. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, v. 17, n. 36, p. 21-32, 2007.

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira; DALBOSCO, Carla. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

ESPOSITO, B. P.; SAVOIA, M. G. Atendimento especializado a adolescentes portadores de transtornos psiquiátricos: um estudo descritivo. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 31-47, 2006.

FALCÃO, C. N. B.; MACEDO, M. M. K. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. **Revista Psychê**, São Paulo, v. 9, n. 15, p. 65-79, Jun. 2005.

_____; KRUG, J. Do passado à atualidade: a psique pede passagem. In: MACEDO, M. M. K. (Org.). **Neurose: leituras psicanalíticas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

FERNANDES, Francisco. **Dicionário de verbos e regimes**. 35. ed. Rio de Janeiro: Globo, 1987.

_____. **Dicionário de regimes de substantivos e adjetivos**. 26. ed. São Paulo: Globo, 2001.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 12, n. 25, p. 387-400, abr./jun. 2008.

FERRARI, Mario; KALOUSTIAN, Silvio Manoug. A importância da família. In: KALOUSTIAN, Silvio Manoug (Org.). **Família brasileira: a base de tudo**. 6. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF, 2004.

FERREIRA FILHA, M. O. **A prática das enfermeiras no Campo da Atenção psicossocial: uma tipologia da ação**. 2002. 201f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Ceará, Fortaleza, 2002.

FERREIRA, M. A. *et al.* Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 217-224, abr./jun. 2007.

FIGLIE, Neliana Buzi; MELO, Denise Getúlio de; PAYÁ, Roberta. **Dinâmicas de grupo aplicadas no tratamento da dependência química: manual teórico e prático**. São Paulo: Roca, 2004.

_____; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do saber**. Tradução de Luiz F. B. Neves. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

FURLAN, Valquíria Furlan; RIBEIRO, Sandra Fogaça Rosa. A escuta do psicoterapeuta em grupo com pessoas em sofrimento mental atendidas em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Vínculo**, São Paulo, v. 8, n. 1, 2011.

GALDURÓZ, José Carlos Fernandes. Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil: dados recentes. In: SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

GEORGE, Julia B. *et al.* **Teoria de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GOMES, Candido Alberto. A inflação da adolescência. In: AMPARO, Deise Matos *et al.* (Org.). **Adolescência e violência: teorias e práticas nos campos clínico, educacional e jurídico**. Brasília: Liber Livro Editora, 2010.

GUANAES, C.; JAPUR, M. Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, p. 134-140, 2001.

HOFFMANN, Maria Cristina Corrêa Lopes; SANTOS, Darci Neves Santos; MOTA, Eduardo Luiz Andrade. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 633-642, mar. 2008.

HORTA, Natália de Cássia; SENA, Roseni Rosângela de. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 475-495, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000**: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>>. Acesso em: 10 out. 2012.

JORGE, Jorgina Sales; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Consultório de Rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, jan. 2012.

KALOUSTIAN, Silvio Manoug. **Família brasileira**: a base de tudo. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

KANTORSKI, L. P. *et al.* A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. **Rev. Enferm. Saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 4-13, jan./mar. 2011.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce; OLIVEIRA, Caroline Pimenta de. A humanização e seus múltiplos discursos - análise a partir da REBEn. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 1, p. 78-83, jan./fev. 2006.

LARANJEIRA, R.; BORDIN, S.; FIGLIE, N. B. Como organizar uma história clínica. In: _____. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2010.

LÉVY, Pierre. **A conexão planetária**: o mercado, o ciberespaço, a consciência. São Paulo: Editora 34, 2001.

LOPES, Gertrudes Teixeira *et al.* Concepções de acadêmicos de enfermagem sobre usuários de drogas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, jul./ago. 2009.

LUNARTI, V. L. *et al.* O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 933-939, 2004.

LUZ, Madel T. Educação física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. In: FRAGA, Aléz Branco; WACHS, Felipe (Orgs.). **Educação física e saúde coletiva**: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2007.

MACHADO, Adriana Marcondes; ALMEIDA, Izabel; SARAIVA, Luis Fernando de Oliveira. **Rupturas necessárias para uma prática inclusiva**. Educação Inclusiva: experiências profissionais em psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Por uma clínica de expansão da vida. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, UNI/UNESP, v. 13, supl. I, p. 515-521, 2009.

MACHADO, Graziela Scheffer. O trabalho do serviço social nos CAPSs. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 241-254, jul./dez. 2009.

MARQUES, Walter Ernesto U. de. Exclusão social. In: SUDBRAK, Maria Inês *et al.* (Org.). **Os adolescentes e as drogas no contexto da justiça**. Brasília: Plano, 2003.

MARQUES, A. C. P. R. O Adolescente usuário de drogas psicotrópicas no Brasil. In: SILVA, Gilberto Lucio da (Org.). **Drogas, Políticas e Práticas**. São Paulo: Roca, 2010.

MARTINS, Raul Aragão *et al.* Expectativas sobre os efeitos do uso de álcool e padrão de beber em alunos de ensino médio. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, 2010.

MATTOS, A. R.; CASTRO, L. R. Ser livre para consumir ou consumir para ser livre. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 1, p. 151-170, 2008.

MATURANA, H. R. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

MELLO, A. Não deu nada? **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, ano 11, n. 24, p. 153-157, maio 2003.

MENDES, Isabel Amélia Costa; LUIS, Margarita Antonia Villar. Uso de substâncias psicoativas, um novo velho desafio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. especial, mar./abr. 2004.

MENDONÇA, Luiz Octavio Martins. Crack, o refúgio dos desesperados à luz do Programa Nacional de combate às drogas. **Rev. SJRJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 29, p. 289-308, dez. 2010.

MERHY, E. E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: _____; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. Saúde em debate – série didática. São Paulo: Hucitec, 2006.

MEYER, Gabriela Rinaldi; BERLINCK, Manoel Tosta. Um olhar singular: a clínica na instituição de saúde mental. **Estilos Clin.**, São Paulo, v. 16, n. 1, jun. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. O desafio da pesquisa social. In: _____; GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

_____. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: _____; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2010.

MORAES, L. F. R.; MAESTRO FILHO, A.; DIAS, D. V. O paradigma weberiano da ação social: um ensaio sobre a compreensão do sentido, a criação de tipos ideais e suas aplicações na teoria organizacional. **RAC**, v. 7, n. 2, p. 57-71, abr./jun. 2003.

MORAES, Leila Memória Paiva; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; BRAGA, Violante Augusta Batista. Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 2, abr./jun. 2006.

NIAAA. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Screening and Brief Intervention. **Na Overview**, Rockville, v. 28, n. 1, 2005.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: Ed. UFPB, 2002.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, out./dez. 2008.

OPS. Organización Panamericana de la Salud. **Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas**. 2. ed. Washington: OPS, 2001.

_____. **Salud mental em la comunidad**. Washington: OPS, 2009.

ORTH, A. P. S.; MORÉ C. L. O. O. Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. **Psicol. Argum.**, v. 26, n. 55, p. 293-303, out./dez. 2008.

PAIM, J. S. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: Centro de Estudos Projetos de Saúde - Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

PARAÍBA. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria do Planejamento. **Perfil do Município de João Pessoa 2004**. 2004. Disponível em: <<http://www.joaopessoa.pb.gov.br/portal/wp-content/uploads/2012/04/perfiljpa.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2012.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da Política de Humanização da Saúde. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 423-432, jul./set. 2010.

PATEL, V. *et al.* Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. **J. Child. Psychology and Psychiatry**, v. 49, n. 3, p. 313-334, 2007.

PENSO, M. A. *et al.* Atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 137-152, 2010.

_____; PEREIRA, S. E. F. N. Prevenção ao uso de drogas: o desafio da construção das redes de proteção para crianças e adolescentes. In: SILVA, Gilberto Lucio da (Org.). **Drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Roca, 2010.

_____; SUDBRACK, Maria Fátima Olivier. Dinâmica familiar e envolvimento em atos infracionais e com drogas na adolescência. In: MARRA, M. M.; COSTA, L. F. (Orgs.). **Temas da clínica do adolescente e da família**. São Paulo: Ágora, 2010.

PEREIRA, Sandra Eni F. N. **Redes sociais de adolescentes em contextos de vulnerabilidade social e sua relação com os riscos de envolvimento com o tráfico de drogas**. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

_____; SUDBRACK, Maria Fátima Olivier. A escola como contexto complementar à clínica da adolescência. In: MAGNABOSCO, Marlene; COSTA, Liana Fortunato (Orgs.). **Temas da clínica do adolescente e da família**. São Paulo: Ágora, 2010.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PINTO, A. G. A.; JORGE, M. S. B. Prática clínica em saúde mental no cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 217-226, 2009.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia; GÖTTES, Leila Bernardo Donato. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 294-299, mar./abr. 2009.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 203-211, abr./jun. 2009.

PÜSCHEL, V. A. A.; IDE, C. A. C.; CHAVES, E. C. Modelos clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar: bases conceituais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 261-268, 2006.

REDE BAND. **Manifestantes criticam internação compulsória**. Disponível em: <<http://noticias.band.uol.com.br/cidades/noticia/?id=100000568867>, 2013>. Acesso em: 28 jan. 2013.

REDE GLOBO. **Novos flagrantes de usuários de crack são registrados no Rio de Janeiro**. Disponível em: <<http://globo.com/rede-globo/jornalnacional/t/edicoes/v/novos-flagrantes-de-usuarios-de-crack-sao-registrados-no-rio-de-janeiro>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

REZENDE, M. M. Tratamento de dependentes de drogas: alguns apontamentos de experiências brasileiras nas últimas décadas. In: ROSA, J. T.; NASSIF, S. L. S. **Cérebro, inteligência e vínculo emocional na dependência de drogas**. São Paulo: Vetor, 2003.

RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, n. 1, v. 11, p. 29-38, 2006.

RIBEIRO, M.; FIGLIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo. Organização de serviços de tratamento para a dependência química. In: _____. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2010.

ROCHA, Ruth Mylius. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto Contexto Enfermagem**, n. 14, v. 3, p. 350-357, jul./set. 2005.

ROCHA, M. C. Juventude: apostando no presente. **Imaginário**, v. 12, n. 12, p. 205-223, jun. 2006.

RONCHI, Juliana Peterle; AVELLAR, Luziane Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do CAPSi da cidade de Vitória-ES. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 12, n. 1, p. 71-84, 2010.

RONZANI, Telmo M.; MOTA, Daniela C. Belchior. Políticas de saúde para a atenção integral a usuário de drogas. In: SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

RUZANY, Maria Helena. Atenção à saúde do adolescente: mudança de paradigma. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Ministério da Saúde. 2008a. CD ROM; 43/4 pol. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Atenção ao adolescente: considerações éticas e legais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b. CD ROM; 43/4 pol. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

SANTOS, P. L. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 315-321, 2006.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). **Trabalhador da saúde, muito prazer!** protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 649-659, maio/jun. 2004.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008.

SEABRA, G. F.; NEU, Claudia. Lixão do Roger: habitat urbano do homem urubu. **Conceitos**, João Pessoa, v. 5, n. 9, p. 102-106, 2003.

SENEDA, Marcos César. **Max Weber e o problema da evidência e da validade nas ciências empíricas da ação**. Campinas: Ed. UNICAMP, 2008.

SENAD. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas: curso de capacitação para conselheiros municipais**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2008.

SILVA, Gilberto Lucio da. **Da família sem pais à família sem paz: violência doméstica e uso de drogas**. Recife: Bagaço, 2006.

_____. Prioridade ou “Pior Idade” Absoluta? - Adolescentes em conflito com a Lei e Prevenção do uso de drogas. SILVA, Gilberto Lucio (Org.) In: **Drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Roca, p. 91-112, 2010.

SILVA, Livia Gomes da; ALVES, Marcelo da Silva Alves. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado; MIELKE, Fernanda Barreto. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, fev. 2006.

_____. *et al.* Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas redução de danos: novos desafios. **R. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 210-217, abr./jun. 2007.

SPOSITO, M. P.; SILVA, H. H. C.; SOUZA, N. A. Juventude e poder local: um balanço de iniciativas públicas voltadas para jovens em municípios de regiões metropolitanas. **Revista Brasileira de Educação**, v. 11, n. 32, p. 238-257, 2006.

STRAUB, R. Introdução à psicologia da saúde. In: _____. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SUDBRACK, Maria de Fátima Olivier. Da obrigação à demanda, do risco à proteção e da dependência à liberdade: abordagem da drogadição de adolescentes em conflito com a lei. In: _____. *et al.* **O adolescente e as drogas no contexto da justiça**. Brasília: Plano, 2003.

_____. O trabalho comunitário e a construção de redes sociais. In: SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

TINEM, Nelci; CARVALHO, Juliano Loureiro Celino Moraes de; MARTINS, Carla Gisele Macedo Santos Martins. Para além da dicotomia Cidade Alta/Cidade Baixa: um estudo historiográfico da forma urbana em João Pessoa (PB). In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM PLANEJAMENTO URBANO E REGIONAL, 11., 2005, Salvador. **Anais...** Salvador, 2005.

TURATO, Egberto Ribeiro. Introduction to the clinical-qualitative research methodology: definition and main characteristics. **Rev. Portug. Psicossomática**, v. 2, n. 1, 93-108, 2000.

_____. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VASCONCELOS, Eduardo M. *et al.* **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2002.

VENDRAME, Alan; PINSKY, Ilana. Ineficácia da autorregulamentação das propagandas de bebidas alcoólicas: uma revisão sistemática da literatura internacional. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 33, n. 2, jun. 2011.

VENTURINI, Ernesto. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.**, v. 20, n. 1, p. 138-151, 2010.

VIEIRA FILHO, N.; NÓBREGA, S. Atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 2, p. 373-379, maio/ago. 2004.

VIEIRA, Julliana Keith de Sá *et al.* Concepção sobre drogas: relatos dos usuários do CAPS-ad. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, ago. 2010.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência**: os jovens da América Latina 2008. Brasília: Ministério da Justiça, 2008.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, 2011.

WEBER, Max. **Ensaios de sociologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

_____. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. Brasília: Ed. UnB, 1999.

ZERBETO, S. E. *et al.* O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. **Rev. Electr. Enf.**, v. 13, n. 1, p. 99-109, jan./mar. 2011.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO LIVRE

**Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

Registro da dinâmica de funcionamento do CAPS i, os horários e dias da semana em que as práticas dos profissionais eram desenvolvidas.

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Universidade Federal da Paraíba Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Roteiro de Entrevista

Data de aplicação: ___/___/_____.

1. Nome: _____

2. Gênero: () masculino () feminino

3. Data de nascimento: _____

4. Estado civil

() solteiro () casado () viuvo () divorciado () recasado

tem filhos () não () sim quantos? _____

5. Religião

() católico () evangélico () espírita () umbanda () candomblé () budista ()

sem religião () outra _____

6. Renda família

() até 01 salário mínimo () 01 a 03 salários mínimos () 04 a 10 salários mínimos () 10 a

20 salários mínimos () acima de 20 salários mínimos

07. Vínculo empregatício

() com vínculo empregatício () sem vínculo empregatício

() requisitado de outro órgão () prestação de serviço

08. Grau de instrução:

() ensino fundamental () ensino médio

() graduação. Qual? _____ ano da titulação _____

() pós-graduação. Qual? _____ ano da titulação _____

8.1 Participou de algum treinamento, curso de capacitação ou especialização sobre consumo álcool e outras drogas (prevenção, tratamento, redução de danos)?

Qual? _____ ano _____ instituição _____

Qual? _____ ano _____ instituição _____

09. Participa de algum grupo de estudo ou pesquisa?

Qual? _____

10. há quanto tempo você trabalha no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil

Cirandar – CAPS i Cirandar?

11. Você atende usuários de drogas?

12. Que tipo de atividade você desenvolve diariamente no cuidado com crianças e adolescentes usuários de drogas?

13. Gostaria que você descrevesse essas atividades

14. Quais os desafios e obstáculos enfrentados por você no cuidado dos adolescentes, considerando a família, a comunidade, a escola e a justiça?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre Práticas dos profissionais de saúde no cuidado de adolescentes usuários de drogas desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil do município de João Pessoa, do estado da Paraíba e está sendo desenvolvida por Lawrencita Limeira Espínola, mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a Dr^a Maria de Oliveira Ferreira Filha.

Os objetivos do estudo são: a) Analisar a prática do profissional do Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPS i) na atenção ao adolescente usuário de drogas psicoativas, na perspectiva das políticas de saúde mental adotadas pelo Ministerios da Saúde, em consonância com a reforma psiquiátrica em vigência; b) Descrever as práticas realizadas, considerando-se a perspectiva do tratamento, reabilitação e inclusão social; c) Revelar os desafios e obstáculos enfrentados pelos profissionais no processo de reabilitação e inclusão social, considerando-se a inserção na família, comunidade, escola e justiça.

A finalidade deste trabalho é contribuir para a produção de conhecimento no campo da drogadição e facilitar as ações dos profissionais da saúde diante da diversidade de desafios e possibilidades presentes no cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial na Paraíba ampliando o conhecimento desses profissionais no âmbito das políticas públicas.

Solicitamos a sua colaboração para participar das entrevistas, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que os riscos, previsíveis dessa pesquisa, envolvendo seres humanos, respeita os princípios éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução 311 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida participar do estudo deverá rubricar a primeira folha e assinar a

segunda folha no espaço da assinatura do participante da pesquisa, caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, será acatada a sua decisão.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato com o Pesquisador (a) Responsável: (83)3216-7109

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a): (83)88038397.

E-mail do (a) pesquisador (a): lawrencita_@hotmail.com

Endereço (Setor de Trabalho): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Universidade Federal da Paraíba (PPGEnf/UFPB), S/N – Castelo Branco - Jardim Cidade Universitária.

CEP: 58051-900- João Pessoa - PB

Telefone: (83)3216-7109

Contato do Comitê:

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Campus I - Cidade Universitária - Bloco Arnaldo Tavares - Sala 812

CEP: 58051-900- João Pessoa - PB. Telefone: (83) 32167791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO A – CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/CCS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 6ª Reunião realizada no dia 03/07/2012, o projeto de pesquisa intitulado: “PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CUIDADO DE ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS” da Pesquisadora Lawrencita Limeira Espinola. Prot. nº 044/12, CAEE: 0170512.3.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Dr^a Eliene Menezes D. Sousa
Coordenadora CEP/CCS/UFPB
Mat. SIAPE: 0332618