

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Articulação do cuidado a crianças e adolescentes usuários de drogas: estudo de caso em
uma Unidade de Acolhimento**

Julia Corrêa Gomes

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como
parte das exigências para a obtenção do título de
Mestre em Ciências. Área de concentração:
Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

RIBEIRÃO PRETO - SP

2019

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Articulação do cuidado a crianças e adolescentes usuários de drogas: estudo de caso em
uma Unidade de Acolhimento**

Julia Corrêa Gomes

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento. Orientadora: Profa. Dra. Clarissa Mendonça Corradi-Webster

Apoio: FAPESP

RIBEIRÃO PRETO - SP

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Gomes, Julia Corrêa

Articulação do cuidado a crianças e adolescentes usuários de drogas: estudo de caso em uma Unidade de Acolhimento. Ribeirão Preto, 2019.

134 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Orientador: Corradi-Webster, Clarissa Mendonça.

1. Criança. 2. Adolescente. 3. Usuários de drogas. 4. Centros de tratamento de abuso de substâncias.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Gomes, Julia Corrêa

Articulação do cuidado a crianças e adolescentes usuários de drogas: estudo de caso em uma Unidade de Acolhimento

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

APOIO FINANCEIRO

Apoio: Processo n.2017/11869-9, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

*Aos meus **pais**, por acreditarem em mim mais do que eu mesma.
Sem eles eu não estaria viva nos mais diversos sentidos da existência.*

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Sandra, parte da minha alma, inspiração da minha vida. Se eu for metade da mulher que você é já estarei satisfeita. Obrigada pela vida e por transformar cada momento e lugar em especiais com sua presença;

Ao meu pai, Gomes, por me ensinar que “sonhos não envelhecem” e mostrar que eu sempre terei um lugar para retornar e ser recebida com um abraço apertado. Obrigada por investir cada centavo em mim, você é meu porto seguro;

Ao meu irmão, Vitor, por se orgulhar de cada conquista minha como se fosse sua;

Ao meu namorado, Téo, parceiro em todos as aventuras e mudanças dessa vida, “que pra nós dois sair de casa já é se aventurar”;

Aos amigos que me acompanham pelas trajetórias da vida, e aos amigos que conheci durante o processo do mestrado: Bus, Frita, Wis, Lety, Thais, Mel, Bah, Ju, Juju, Clau, Nojinho, Sake...

À minha terapeuta, Cris, por todo acolhimento e pelos diversos *insights*, inclusive sobre minha pesquisa;

Aos participantes da pesquisa, que compartilharam comigo suas experiências e seu tempo;

Aos equipamentos e profissionais da UAi e do CAPSiAD pelo acesso, permanência e possibilidade de aprendizado;

À minha orientadora, Profa. Dra. Clarissa M. Corradi-Webster, que me permitiu aprender e conhecer muitos lugares que eu não teria acesso sem ela. Pelo crescimento, por me apoiar nos momentos mais difíceis e confiar na minha potencialidade;

Aos membros do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade (LePsis), pelas discussões e vivências compartilhadas;

À Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que durante 8 anos foi minha segunda casa, onde eu cresci, me reinventei e expandi minha mente;

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo apoio financeiro desta pesquisa com Processo n.2017/11869-9, sem isso não conseguiria desenvolver essa dissertação e me desenvolver enquanto pesquisadora.

*“Deus é um cara gozador, adora brincadeira
Pois pra me jogar no mundo tinha o mundo inteiro
Mas achou muito engraçado me botar cabreiro
Na barriga da miséria nasci brasileiro
Eu sou do Rio de Janeiro
...Deus me deu mãos de veludo prá fazer carícia
Deus me deu muitas saudades e muita preguiça
Deus me deu pernas compridas e muita malícia
Pra correr atrás de bola e fugir da polícia
Um dia ainda eu sou notícia, se liga aí!”
(Partido alto – Chico Buarque)*

RESUMO

Gomes, J. C. (2019). *Articulação do cuidado a crianças e adolescentes usuários de drogas: estudo de caso em uma unidade de acolhimento* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto –SP.

Políticas públicas que visam proteger e cuidar de crianças e adolescentes com problemas relacionados ao uso de drogas são recentes e fragilmente estruturadas no Brasil. Nos últimos anos, temos assistido a um crescimento de internações de usuários de drogas, sobretudo de jovens. Unidades de Acolhimento infanto-juvenis (Uai) são modalidades apontadas pela legislação atual como opções de cuidado a esta população. Contudo, há escassez de estudos nessas instituições. Assim, este estudo tem como objetivo compreender como uma Uai do interior de São Paulo vem articulando o cuidado a crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar. Além de analisar as situações de vulnerabilidade social e familiar de crianças e adolescentes usuários de drogas acolhidos em uma Uai; compreender, a partir do referencial teórico da maternagem, como uma Uai vem oferecendo cuidado a crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de drogas em situação de vulnerabilidade social; e descrever características relacionadas ao fenômeno da porta giratória em uma Uai e analisar o modo como o serviço maneja este fenômeno. Para atingir estes objetivos, foi realizado um estudo de caso qualitativo, utilizando-se para a coleta de dados, 65 horas de observação participante com registro em caderno de campo, análise documental, entrevista semiestruturada com oito profissionais da Uai e grupo focal com seis profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - Álcool e Drogas (CAPSiAD). A partir da análise de dados foram construídos três temas abrangentes denominados vulnerabilidades sociais, maternagem e porta giratória, divididos em três manuscritos. Esses temas abordam: 1) A análise das vulnerabilidades sociais vivenciadas pelos acolhidos que tratam sobre: exclusão social, situações de violência, conflito com a lei, situação de rua e relação familiar; 2) A importância de um ambiente estruturado e acolhedor, assim como, um olhar particularizado e empático dos profissionais para possibilitar a ampliação de perspectivas dos adolescentes e a construção de novas formas de se relacionar, a partir do diálogo e do manejo da agressividade; 3) Os fatores que contribuem para a ocorrência do fenômeno da porta giratória como a falta de vínculo e adesão familiar, subfinanciamento público e ausência de políticas públicas. Crianças e adolescentes usuários de drogas ainda são atendidos por dispositivos para adultos, desse modo, pensar formas de cuidado para essa população é fundamental para obter mais subsídios que possibilitem a formulação e construção de políticas públicas específicas. O uso de drogas é algo transversal às situações de vulnerabilidade comentadas, já que se trata de adolescentes acolhidos devido ao uso de drogas, mas seu tratamento deve ser planejado abrangendo questões sociais mais amplas. Caso contrário, o cuidado pode acabar revertido em novas formas de discriminação e exclusão social, sejam elas ocasionadas pela institucionalização, medicalização, controle social, criminalização e patologização da pobreza. A família precisa ser preparada e instruída pelos profissionais para compreender as propostas do serviço e reconhecerem que fazem parte do processo de cuidado oferecido pelas instituições. São importantes ações que visem maior financiamento para implantação de serviços especificamente desenvolvidos para essa população, assim como, qualificação profissional e fortalecimento da rede para que a articulação do cuidado seja efetiva. **Palavras-Chave:** Criança. Adolescente. Usuários de drogas. Centros de tratamento de abuso de substâncias.

ABSTRACT

Gomes, J. C. (2019). *Articulation of care for drug-using children and adolescents: case study in a foster care unit* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto–SP.

Public policies aimed at protecting and caring for children and adolescents with drug-related problems are recent and poorly structured in Brazil. In recent years, we have seen an increase in hospitalizations of drug users, especially young people. Childcare and Youth Units (UAI) are modalities mentioned by the current legislation as options of care for this population. However, there is a shortage of studies in these institutions. Thus, this study aims to understand how a UAI in the interior of São Paulo has been articulating the care for children and adolescents with needs arising from drug use in situations of social and family vulnerability. In addition to analyzing the situations of social and family vulnerability of children and adolescents drug users hosted in an UAI; understand, from the theoretical framework of mothering, how an UAI has been providing care to children and adolescents with needs arising from drug use in socially vulnerable situations; and describe characteristics related to the revolving door phenomenon in an UAI and analyze how the service handles this phenomenon. In order to achieve these objectives, a qualitative case study was conducted, using data collection, 65 hours of participant observation recorded in a field notebook, documentary analysis, semi-structured interview with eight professionals from UAI and focus group with six professionals from Children's Psychosocial Care Center - Alcohol and Drugs (CAPSiAD). From the data analysis were built three broad themes called social vulnerabilities, maternity and revolving door, divided into three manuscripts. These themes address: 1) The analysis of social vulnerabilities experienced by the host who deal with: social exclusion, situations of violence, conflict with the law, homelessness and family relationship; 2) The importance of a structured and welcoming environment, as well as a professional and empathetic look of professionals to enable the broadening of perspectives of adolescents and the construction of new ways of relating, through dialogue and the management of aggression; 3) The factors that contribute to the occurrence of the revolving door phenomenon such as lack of family bond and adhesion, public underfunding and absence of public policies. Children and adolescents who are drug users are still served by adult devices, so thinking about ways of caring for this population is essential to obtain more subsidies that enable the formulation and construction of specific public policies. Drug use is somewhat cross-sectional to the vulnerability situations discussed, as these are adolescents who have been sheltered due to drug use, but their treatment should be planned covering broader social issues. Otherwise, care may end up reversed in new forms of discrimination and social exclusion, whether caused by institutionalization, medicalization, social control, criminalization and pathologization of poverty. The family needs to be prepared and instructed by professionals to understand the service proposals and to recognize that they are part of the care process offered by the institutions. Important actions are aimed at greater funding for the implementation of services specifically developed for this population, as well as professional qualification and strengthening of the network for the articulation of care to be effective.

Keywords: Child. Adolescents. Drug users. Substance abuse treatment centers.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Relação de Unidades de Acolhimento infantojuvenil existentes no Brasil e no estado de São Paulo

Figura 2 - Residência de acolhimento da Unidade de Acolhimento infantojuvenil

Figura 3 - Residência de atividades da Unidade de Acolhimento infantojuvenil

Figura 4 - Caracterização dos Participantes

Figura 5 - Mapa temático que expõe a relação entre os temas abrangentes e subtemas construídos pela análise dos dados

Figura 6 - Desenho feito por uma criança acolhida na UAi

Figura 7 - Recorte da pintura As Três Idades da Mulher de Gustav Klimt (1905)

Figura 8 - Cenas do filme Tempos modernos de Charles Chaplin (1936)

SUMÁRIO

PERCURSO	23
1. INTRODUÇÃO	25
1.1 Uso de drogas na adolescência.....	25
1.2 Tratamento voltado ao adolescente usuário de drogas	30
1.3 Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil	35
2. OBJETIVOS	40
3. MÉTODO	41
3.1 Delineamento	41
3.2 Local	42
3.3 Participantes	45
3.4 Instrumentos	46
3.5 Coleta de dados	47
3.6 Análise do <i>corpus</i>	48
3.7 Considerações éticas.....	49
4. CUIDADO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UNIDADE DE ACOLHIMENTO: VULNERABILIDADES, MATERNAGEM E PORTA GIRATÓRIA.....	50
4.1 Vulnerabilidades sociais de adolescentes encaminhados para Unidade de Acolhimento.....	53
4.2 Maternagem como forma de cuidado institucional a crianças e adolescentes usuários de drogas.....	70
4.3 Porta giratória no acolhimento de crianças e adolescentes usuários de drogas: desafios e manejos.....	89
5. DISCUSSÃO	108
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
7. REFERÊNCIAS	121
Apêndices.....	129
Anexos	134

PERCURSO

No ano de 2013, quando estava cursando o 3º ano de Psicologia na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), uma notícia no contexto político do Brasil vinha me chamando à atenção. Essa notícia era sobre as internações forçadas de usuários de drogas na *Cracolândia*. Isso me trazia muitos questionamentos, pois já havia estudado sobre a reforma psiquiátrica e me parecia que assim como ocorreu com os leprosos, a loucura, a pobreza e o crime, atualmente era a vez dos usuários de drogas serem excluídos, invisibilizados, isolados, institucionalizados, controlados e punidos. A partir disso, me interessei pela temática e pelo fenômeno das drogas e comecei a frequentar as reuniões do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade (LePsis). Nesse período desenvolvi uma iniciação científica junto a minha orientadora Clarissa Mendonça Corradi-Webster já com foco em adolescência e uso de drogas, realizada em um serviço que havia sido recentemente implantado em Ribeirão Preto, o CAPSiAD, fundado em 2012. Este serviço possuía a especificidade de atender crianças e adolescentes com demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Desta forma, em 2014 com apoio da FAPESP e aprovação do comitê de ética da FFCLRP, iniciei a pesquisa intitulada “Demanda de atendimentos para crianças e adolescentes em um centro de atenção psicossocial infantil (CAPSi) do interior de São Paulo”, na qual fiz um levantamento de informações dos prontuários de todas as crianças e adolescentes atendidos no ano de 2013 do CAPSiAD. Nesse período, pude notar queixas dos profissionais do próprio serviço quanto à internação dos adolescentes, que muitas vezes eram judicializadas e/ou solicitadas pela própria família que procurava o CAPSiAD apenas com esse intuito. O serviço realizava essas internações a partir de encaminhamento para Clínicas particulares e Comunidades Terapêuticas, porém os profissionais se mostravam receosos, já que havia denúncias de maus tratos e violação de direitos, inclusive dos profissionais do CAPSiAD sobre o funcionamento desses estabelecimentos, gerando uma questão ética importante já que essas internações eram financiadas pela prefeitura. Ao concluir a iniciação científica no ano de 2015, construí minha monografia em formato de artigo dessa pesquisa. A partir disso, comecei a planejar o mestrado com minha orientadora e surgiu a ideia de realizar uma pesquisa com finalidade de investigar as internações feitas via CAPSiAD. Entretanto quando concluí minha graduação fiquei um ano fora de Ribeirão Preto. Ao retornar em 2017, desenvolvi o projeto visando abordar a questão das internações. Porém, ao retomar contato com a equipe do serviço, fui informada que estas tinham diminuído drasticamente devido a implantação de uma Unidade de Acolhimento

infantojuvenil (UAI) em Ribeirão Preto. Como esse serviço substitutivo era visto de forma positiva pelos profissionais do CAPSiAD, pareceu-nos mais interessante focar o estudo em um serviço recente apontado pela legislação como forma de cuidado a essa população, sobretudo por trabalharem as vulnerabilidades sociais de maneira territorializada. Desse modo, esta dissertação foi elaborada com o intuito de conhecer os recursos e estratégias da UAI relacionados ao tratamento a crianças e adolescentes usuários de drogas.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Uso de drogas na adolescência

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), define a adolescência como um período da vida compreendido entre a faixa etária dos 12 a 18 anos de idade (Lei 8.069, 1990). A Organização das Nações Unidas (ONU) apresenta o conceito de juventude, colocando-o como um período de transição entre a dependência infantil à independência do adulto. Apesar da ONU apontar para a construção social desta faixa etária, sugere que juventude seja compreendida entre os 15 e 24 anos. Esta vem sendo considerada em nossa sociedade como um período crítico, pois o indivíduo experimenta situações novas e faz descobertas que produzem efeitos significativos em sua personalidade (Erikson, 1987).

Está presente neste período da vida, uma intensa busca por experiências que possam afirmar sua individualidade. Trata-se de um processo que envolve mudanças não só de ordem biológica, típicas da faixa etária, mas um conjunto de transformações que se estende até a vida adulta, incluindo transformações de ordem psicossocial. A necessidade de interação grupal está presente e faz com que o adolescente queira pertencer a grupos, com os quais possa se identificar e ser aceito. Junto ao interesse grupal, surgem os conflitos familiares, onde os pais se tornam pouco influentes no comportamento do adolescente. Ao buscarem a independência, é comum que as drogas exerçam poder de atração, intensificado pela necessidade de inserção nos grupos (Cavalcante, Alves, & Barroso, 2008).

Para Schenker e Minayo (2005) e Osório (1989), a adolescência é uma fase de grande vulnerabilidade para o início de consumo de drogas, já que nesse período o uso de substâncias pode propiciar a vivência de diferentes emoções. Deduz-se que o consumo pode auxiliar na realização de tarefas do desenvolvimento, como a socialização, podendo facilitar a entrada e aceitação por determinado grupo de pares e encorajar o adolescente a se aproximar do sexo oposto. Nesse processo, o adolescente pode sentir necessidade de afastar-se da família para buscar sua própria identidade, autonomia e controle sobre a própria vida. Assim, a droga pode parecer dar algumas "soluções" para o que procuram, como experimentar novas sensações e testar diferentes papéis e seus limites para saber até onde pode ir.

A variedade de problemas associados ao uso de drogas é ampla, pois se trata de uma condição clínica multifatorial envolvendo características biopsicossociais e por sua crescente prevalência tem produzido problemas sociais e de saúde em todo mundo. O estudo dos fatores que levam ao consumo abusivo nos adolescentes, como o acesso fácil, o abandono escolar, o

uso de drogas na família, a falta de motivação para o tratamento, podem contribuir para a formulação de estratégias com vistas à prevenção do consumo, recaídas e intervenções com chance de sucesso, na medida em que caracterizam àqueles adolescentes mais vulneráveis e as situações que contribuem para a não adesão ao tratamento e o seu conseqüente fracasso (Mombelli, Marcon, & Costa, 2010).

A adolescência necessita de ser entendida de acordo com Rodrigues et al., (2013), como uma etapa que precisa ser trabalhada no interior das práticas de saúde de forma global, numa visão ampliada dos sujeitos, entretanto uma gama de projetos, principalmente os interventivos, tem fragmentado estas ações e focado em analisar posições apenas de forma biológica do tempo de crescimento de desenvolvimento; essa maneira de entender este ciclo da vida coloca restrições em relação aos recursos para lidar com este público, já que é cabível que se discuta as questões sociais, econômicas, numa conjunta macro que dê conta de fazer transformações nas condições de saúde destes indivíduos, não restringindo este foco das intervenções a apenas aspectos biológicos dos adolescentes.

O uso de drogas pode ser associado a diferentes fatores, como à tentativa pessoal de manejo do sofrimento ligado às vulnerabilidades e exclusões sociais como a falta de moradia e de acesso à escola, situações de violência e frustrações pessoais (Brasil, 2014). Esse sofrimento social caracteriza-se pela relação entre experiência subjetiva de mal-estar e processos históricos, culturais e sociais mais amplos. Além da compreensão de como essa relação afeta os corpos, lugares sociais e palavras dos sujeitos envolvidos (Pussetti & Brazzabeni, 2011). Segundo Aiello-Vaisberg (2017) este conceito surge com Dejours (1980) na área do trabalho e é ampliado para compreender relações de gênero, pobreza, guerra, racismo e seus efeitos por Kleiman, Das e Lock (1997). Para a autora esse sofrimento provoca vivências de despersonalização, desamparo, humilhação, culpa e injustiça causadas por interações desumanizadoras em contextos de opressão, discriminação e exclusão.

Os sentidos produzidos sobre as condições de vulnerabilidade social remetem a marcadores identitários que inserem esses indivíduos em categorias consideradas marginalizadas (ser pobre, negro, morador de vila, etc.), que só reforçam ainda mais sua condição de população vulnerável (Guareschi, Reis, Huning, & Bertuzzi, 2007). Outra questão associada à situação de vulnerabilidade social é o incremento do uso de drogas feito por alguns grupos, que vivem ameaçados pela instabilidade de suas condições de vida e pela exclusão social (Crives & Dimenstein, 2003). Abramovay e Castro (2002) examinam temas centrais na vida de jovens, como dificuldade de inserção no mercado de trabalho, carência de atividades de lazer, discriminação social, racismo, violência e uso de drogas. Enfatiza-se a necessidade de ter

em mente a sobrevivência física e a qualidade de vida das populações pobres e, dentro dessas populações, a singular vulnerabilidade social negativa dos jovens.

O aumento da vulnerabilidade está intrinsecamente relacionado às insatisfatórias e até mesmo à ausência de políticas de atendimento em saúde acessíveis aos usuários ou dependentes de álcool. Esta situação se agrava quando estes indivíduos não apresentam indícios de satisfação com sua própria condição de vida, empobrecimento da vida em comunidade somado à precariedade de informações a respeito do uso de drogas e maior acesso às mesmas. Todos esses são aspectos individuais, coletivos ou do ambiente de convívio social que contribuem para o uso de álcool e drogas entre adolescentes (Brasil, 2003). A literatura também aponta que o relacionamento ruim com os pais, maus tratos, bem como um dos pais ser usuário de drogas podem ser fatores associados ao uso de drogas na adolescência (Tavares, Béria, & Lima, 2004).

Assim, percebe-se que diferentes vulnerabilidades encontram-se associadas, tanto ao contexto familiar, como ao desenvolvimento social e intelectual e às perspectivas de futuro. Faz-se fundamental que a rede de atenção psicossocial seja fortalecida e articulada para dar conta do cuidado a esta população, que precisa não só do tratamento no CAPSiAD, mas também de reinserção escolar, participação em atividades de lazer, culturais e esportivas que auxiliem na socialização e no desenvolvimento de diferentes habilidades de vida. A família também precisa ser cuidada e amparada, pois um dos membros pode estar sobrecarregado com o cuidado. Desse modo, as vulnerabilidades do contexto social parecem desempenhar papel importante na vida dos adolescentes que frequentam o CAPSiAD (Gomes, 2015).

Diante deste cenário, faz-se necessário investimento em pesquisas sobre diferentes aspectos relacionados ao consumo de drogas na adolescência, desde estratégias de prevenção, até propostas e avaliações de tratamentos. A expectativa do uso abusivo e precoce de drogas tende a aumentar, e conseqüentemente se associar a outros problemas, sobretudo aos de saúde mental. Segundo a Organização Mundial da Saúde, pelo menos 20% dos jovens vão experimentar algum tipo de transtorno mental como depressão, distúrbios do humor, abuso de substâncias, comportamentos suicidas ou distúrbios alimentares (WHO, 2008).

De acordo com estudo epidemiológico sobre o uso de substâncias psicoativas realizado em Ribeirão Preto, interior de São Paulo, com adolescentes entre 13 e 19 anos, constatou-se que 37,7% já consumiram tabaco, 31,1% solventes, 6,2% maconha e 2,7% cocaína e que a maioria experimentou substâncias psicoativas pela primeira vez entre os 14 e 16 anos de idade (Muza, Bettioli, Muccillo & Barbieri, 1997). Em outro estudo realizado na região de Ribeirão Preto com 150 adolescentes de 12 a 21 anos de sexo masculino que estavam cumprindo medida sócio educativa pela primeira vez, aponta que 95% dos participantes já havia experimentado

álcool, tabaco e maconha concomitantemente, sendo que a idade média de experimentação dessas drogas foi de 12 anos. A droga mais utilizada foi a maconha com 82%, seguido pelo álcool com 73%, tabaco com 77%, 65,3% já haviam experimentado cocaína e apenas 9,3% haviam experimentado *crack* (Martins & Pillon, 2008).

Com relação ao consumo de substâncias entre estudantes de ensino fundamental e médio da rede pública, um levantamento nacional identificou que o consumo de drogas psicotrópicas (exceto álcool e tabaco) no mês foi de 7,6% em crianças de 10 a 12 anos; 14,5% em jovens de 13 a 15 anos e 20,4% em jovens de 16 a 18 anos. Já o uso pesado, que se refere à utilização da droga vinte ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa, foi de 0,9% para crianças de 10 a 12 anos; 1,9% em crianças de 13 a 15 anos e 3,0% nos jovens de 16 a 18 anos (Carlini et al., 2010).

De acordo com o levantamento nacional realizado com crianças e adolescentes em situação de rua, o consumo de drogas mensal foi encontrado em 22,7% das crianças de 10 a 11 anos, em 53% das crianças de 12 a 14 anos e em 78% dos jovens de 15 a 18 anos. Já o consumo diário foi de 8,6% para crianças de 10 a 11 anos, 30,1% em crianças de 12 a 14 anos e 49,7% nos jovens de 15 a 18 anos (Noto et al., 2003). Em levantamento nacional domiciliar sobre o consumo de drogas, o consumo entre jovens de 12 a 17 anos foi de 9,9%, sendo que 1% dos jovens nesta faixa etária já tinham sido submetidos a tratamentos para problemas relacionados ao consumo de drogas (Galduróz, Noto, Fonseca, Carlini, & Oliveira, 2007). O relatório brasileiro sobre drogas (Duarte, Stempluk, & Barroso, 2009) traz dados importantes sobre o consumo de álcool e outras drogas por adolescentes, no qual se destaca que a maconha foi a droga ilícita com a maior prevalência de uso na vida de adolescentes brasileiros nas idades entre 12 a 17 (4,1%), seguido de solventes (3,4%). Também foi apontado que o gênero masculino apresentava maior uso na vida e maior dependência de álcool do que o gênero feminino, em todas as faixas etárias. Além disso, o estudo evidenciou que os adolescentes estão iniciando o consumo de álcool cada vez mais precocemente.

Este consumo precoce pode estar associado a diferentes problemas, como impacto negativo na saúde mental, conflitos familiares e prejuízos escolares (Reis, Almeida, Miranda, Alves, & Madeira, 2013). A fim de conhecer o perfil das crianças e adolescentes usuárias de um Centro Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSiAD) voltado ao atendimento de uso problemático de drogas, foi realizado um levantamento com os prontuários de todas as crianças e adolescentes que buscaram este serviço no ano de 2013. Neste encontrou-se a prevalência do gênero masculino, com alto índice de abandono escolar, presença frequente de familiar também usuário de drogas, histórico de envolvimento em atos ilícitos, cumprimento de medida

socioeducativa e passagem anterior para tratamento em outros serviços de saúde mental. Neste levantamento, a droga que apresentou maior prevalência de consumo foi a maconha, seguida pelo álcool e pela cocaína. A média da idade para início do consumo da maconha foi de 13 anos (Gomes, 2015). Esta idade é um pouco mais precoce do que a encontrada no levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública, no qual a maconha aparece com uma média de idade de início de 13,9 anos, apontando que a idade de início de consumo drogas de adolescentes em tratamento é mais precoce do que de adolescentes estudantes. Além disso, o uso de drogas entre estudantes também aparece associado a uma maior defasagem e falta escolar (Carlini et al., 2010).

O consumo de substâncias psicoativas entre jovens pode trazer diversas consequências como desenvolvimento de psicopatologias, prejuízos escolares, aproximação e adoção de comportamentos infratores, envolvimento em situações de risco e dificuldades nas relações familiares. Porém, é preciso aceitar o desafio de trabalhar não apenas os aspectos negativos do uso de substâncias, mas também os positivos, além de reforçar o desenvolvimento de outros padrões de comportamento, aumentando o repertório destes jovens frente a situações em que o uso de drogas pareça uma boa opção (Corradi-Webster, Esper, & Pillon, 2009).

Segundo Bittencourt (2010), o uso de drogas não precisa necessariamente estar relacionado a alguma patologia e a indicação para tratamento deve ser feita e discutida por profissionais da saúde e da saúde mental. De modo a evitar que o reducionismo deste fenômeno complexo esteja ligado a aspectos de controle social, que favorecem a institucionalização, aumento de internação e medicalização dessa população.

1.2 Tratamento voltado ao adolescente usuário de drogas

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica foram propostos novos serviços para compor a rede de atenção em saúde mental, substituindo o modelo hegemônico do hospital psiquiátrico. De acordo com esta política, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se estabeleceram como dispositivos centrais para o atendimento, tendo como foco o cuidado comunitário e territorializado (Mielke, Kantorski, Jardim, Olschowsky, & machado, 2009). Os serviços substitutivos do modelo hospitalocêntrico começaram a produzir novos conceitos e práticas para o campo da saúde mental. Isto se deve às novas estratégias adotadas, como a priorização do território, a responsabilização pela demanda, a integralidade nas ações, a transformação da equipe e a superação do modelo asilar, utilizando os conceitos de rede, desterritorialização, intersetorialidade, porta aberta e crise (Anaya, 2004).

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Assim, os CAPS devem organizar e articular a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais em um território determinado. Os CAPS se dividem em Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) (Portaria n. 336, 2002).

Um dos desafios atuais refere-se ao atendimento oferecido a crianças e adolescentes usuários de drogas. O atendimento oferecido nestes casos é realizado no CAPS AD ou CAPSi a depender da organização da RAPS do município. Estudo realizado entre os anos de 2008 e 2012 sobre o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos relacionados ao uso de drogas em CAPS, aponta que 81,8% dos atendimentos a esse público foram realizados por CAPS AD, enquanto 10,4% por CAPSi e menos de 0,5% por CAPS III. Os autores abordam dificuldades relacionadas ao atendimento, relatando as limitações desses serviços, pois o CAPSi apresenta dificuldades em atender demandas relacionadas ao uso de drogas e o CAPS AD pode apresentar pouca adequação e difícil acesso pela população de crianças e adolescentes, ao não considerarem as especificidades dessa faixa etária. Outra questão mencionada trata sobre o acesso ao tratamento, que ocorre na maioria das vezes tem a partir de ações encaminhadas junto ao poder Judiciário, o que pode indicar uma ineficiência do setor Saúde e/ou existência de

complexas situações e impedimentos de caráter social. (Conceição, Andreoli, Esperidião, & Santos, 2018).

O Centro Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) é um serviço ambulatorial especializado no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais em municípios com mais de 200.000 habitantes. Neles são realizadas atividades comunitárias com ações interssetoriais das áreas social, educacional e justiça. Oferecem atendimento individual, grupal, à família e oficinas terapêuticas (Portaria n. 336, 2002). A fim de garantir maior especificidade no tratamento, no município de Ribeirão Preto-SP, a Secretaria de Saúde optou por não incluir os adolescentes no CAPSad, que oferece tratamento para adultos. Com isto, criou o CAPSiAD, tendo este a missão de atender crianças e adolescentes com problemas relacionados ao uso de drogas.

De acordo com a política do Ministério da Saúde, os transtornos devido ao consumo de álcool e outras drogas deveriam ser tratados nos três níveis de atenção, sendo o Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPSad) o gerenciador desta rede e a principal referência de cuidados, articulando a atenção básica e atenção terciária (internações hospitalares de curta duração) (Brasil, 2003).

Visando fortalecer as premissas dos SUS, algumas estratégias jurídicas foram planejadas voltadas às pessoas com necessidades de cuidado devido a sofrimentos mentais ou derivados do uso de drogas (lícitas ou ilícitas), como foi o caso do estabelecimento de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS caracteriza-se por um conjunto de serviços de saúde e saúde mental que, articulados em níveis de complexidade crescente, disponibiliza ações em conjunto buscando garantir a integralidade da assistência à saúde. Fazem parte da RAPS: 1) Atenção Básica em Saúde; 2) Atenção Psicossocial Estratégica; 3) Atenção de Urgência e Emergência; 4) Atenção Residencial de Caráter Transitório; 5) Atenção Hospitalar; 6) Estratégias de Desinstitucionalização; 7) Estratégias de Reabilitação Psicossocial. Sendo que a Atenção Residencial de Caráter Transitório é dividida em dois serviços: a Unidade de Acolhimento que oferece cuidados contínuos de saúde, em ambiente residencial, para pessoas que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório devido à necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, vulnerabilidade social e/ou familiar por até seis meses; e os Serviços de Atenção em Regime Residencial que inclui as Comunidades Terapêuticas oferece cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas por até nove meses (Portaria n. 3.088, 2011).

Apesar da RAPS incluir as internações como parte do cuidado, estas devem acontecer de acordo com a lei da Reforma Psiquiátrica que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Conforme essa lei é estabelecido que a internação psiquiátrica somente deve ser realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Os tipos de internação previstas por esta legislação são: voluntária, quando há consentimento/aceitação do usuário mediante assinatura, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento; involuntária, aquela que ocorre sem o consentimento do usuário; e a compulsória, quando é determinada pela justiça de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente (Lei n. 10.216, 2001).

A Lei nº 10.216/01 estabelece a extinção oficial dos hospitais psiquiátricos no Brasil e desenvolve as bases para a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), uma rede de serviços substitutivos no campo da saúde mental que produziram um deslocamento do modelo hospitalocêntrico de saúde mental – naturalizante e patologizante – para centrar-se em estratégias de atenção psicossocial. Essa conquista legal derruba os muros do modelo hospitalocêntrico para desenvolver estratégias de atenção social, sobre a implantação dos serviços substitutivos, porém o que se verifica na prática é que os manicômios brasileiros ainda se encontram em funcionamento, convivendo com os serviços substitutivos, o que se aproxima mais de uma reforma psiquiátrica do que propriamente de uma abolição manicomial (Prado Filho & Lemos, 2012).

As instituições que promovem internação no Brasil são hospitais especializados, hospitais gerais, clínicas particulares ou Comunidades Terapêuticas. É importante destacar que o tratamento clínico e psicossocial pode ser realizado no plano doméstico e ambulatorial, tendo efetividade na redução do consumo de drogas, auxiliando a manejar a fissura e as possíveis recaídas. Entretanto, a internação é, quase sempre, evocada pela família como a primeira e única forma de saída para a crise gerada pelo que entende como um comportamento desregrado de um de seus membros (Dias, 2012). Assim, muitas vezes a família busca o serviço comunitário, pressionando-o a encaminhar o jovem para internação.

Para Wild (2006) existem formas de pressão social que influenciam na busca por tratamento de usuários de drogas, classificadas em três estratégias de controle social: legal (relacionadas a demandas judiciais); formal (relativa a instituições como escola e trabalho) e informal (abrange a pressão realizada por amigos e pelos familiares). O autor discute no estudo a alta prevalência de controle social informal inclusive em tratamentos voluntários e sua influência negativa na motivação e adesão ao tratamento.

As famílias que buscam a internação têm como objetivo que os usuários tornem-se abstinentes. Provavelmente, isto se deve a concepção de que a desintoxicação é sinônimo de cura. No entanto, não existem estudos que respaldem tal hipótese. Neste contexto, esta internação acaba surgindo como uma resposta a uma demanda individual e coletiva, de modo paliativo, pois entra no lugar da atenção em saúde mental da rede substitutiva, que se apresenta deficitária (Junqueira & Duarte, 2012). A demanda da família por internação reflete, muitas vezes, a falta de informação sobre tratamento, a dificuldade de acesso aos equipamentos, insuficiência destes em acolher as demandas, e até a ausência ou precária estruturação de serviços. A família então busca a internação frente a ausência de recursos alternativos, decorrente da recente implantação de políticas públicas voltadas à atenção psicossocial nesse campo e ao discurso hegemônico individualista, moralista, proibicionista, focado na abstinência e na guerra às drogas (Araujo, 2018).

Deste modo, vem sendo observada uma tendência à internação de jovens em clínicas para usuários de drogas. Estas internações geralmente são longas, afastando o jovem de sua comunidade e família. Outro aspecto preocupante é que quando se prioriza a internação, outras vulnerabilidades são negligenciadas por essas iniciativas, que reduzem o problema ao uso de drogas e colocam a eficácia do tratamento nas práticas de isolamento do indivíduo. Percebe-se uma retomada das práticas e concepções asilares na atenção às pessoas que apresentam uso abusivo de drogas, em oposição aos princípios e práticas postuladas pela Reforma Psiquiátrica e pela Política Nacional de Saúde Mental. Isto vem se dando por meio do discurso que apresenta os usuários de drogas como pessoas dominadas pelo poder da droga, sem condições de enfrentá-la em liberdade, precisando de controle externo. Neste discurso cabem as internações involuntárias, descaracterizando as abordagens substitutivas (Assis, Barreiros & Conceição, 2013).

A partir da conscientização de que um integrante da família tem problemas com uso de drogas, existe a ideia de que apenas este integrante precisa de tratamento e que o problema que se estendem por anos deve ser resolvido de forma imediata. As famílias entrevistadas em CAPSad, na tentativa de solucionar a questão, buscavam a internação hospitalar ou em chácaras geridas por seguimentos religiosos e ajuda em instituições religiosas (Orth & Moré, 2008)

Oliveira (2009) realizou estudo descritivo analisando a vivência de um adolescente usuário de crack que foi acorrentado pela mãe na tentativa de que o filho não consumisse a droga. O fato passou a ser noticiado repetidamente pela mídia e teve repercussões nas intervenções que misturaram noções de saúde e tratamento como punição. Ganham destaque os comportamentos decorrentes do uso de crack, como roubar, agredir e ameaçar os familiares,

abandonar a escola e não aceitar o tratamento, ficando em segundo plano o contexto social familiar e o quadro de violência doméstica e alcoolismo do pai. Este autor encontrou nas várias reinternações compulsórias solicitadas pela família e pelo judiciário, a presença do ideal de cura e abstinência nas falas da mãe, nos documentos elaborados pelo conselheiro tutelar, pelo promotor e nas determinações de internação do juiz. Para o autor, a internação assumiu papel de afastar o jovem do consumo de drogas pelo maior tempo possível, mas desconsiderou todo o contexto em que este jovem estava inserido.

Desse modo, observamos a tentativa de fortalecimento de modelos focados na internação e afastamento social, que embora regulamentados e vistoriados pelo governo, podem acabar por reafirmar discursos morais e a demanda por internação. Assim, a mesma rede que pode respeitar a singularidade de cada um, oferecer espaços de cuidado e garantia dos direitos humanos pode ser fonte de aprisionamento, padronizações, despotencialização das pessoas em sofrimento com a argumentação de propiciar recuperação (Clemente, Lavrador & Ramanholi, 2013). Para Basaglia (1985), tanto a violência quanto a exclusão são efeitos de uma divisão hierárquica daqueles que têm o poder e de quem não o tem, em que os direitos igualitários, humanos e de bem estar não são considerados. Para o autor, o processo de tratamento deveria propiciar compreensão sobre a experiência de exclusão social, condição esta muito diferente de adequar e excluir as pessoas que vivenciam um sofrimento.

Uma alternativa para superar os modelos existentes de cuidado impessoal que distanciam pacientes e profissionais, é a maternagem, conceito que pode ser ampliado para o cuidado de pessoas com diferentes idades em ambiente institucional (Winter & Duvidovich, 2004). Por maternagem entende-se o conjunto de cuidados providos por quem exerce a função materna no atendimento às necessidades do bebê, sejam elas físicas ou emocionais. Ela está relacionada à capacidade de compreensão dessas demandas de maneira suficientemente boa e o estabelecimento de proteção, limites e rotina que auxiliem no crescimento, desenvolvimento e estabilidade emocional da criança (Miranda & Martins, 2009).

Considerando as características específicas desta faixa etária, tem sido organizados serviços voltados a atender problemáticas relacionadas ao uso de drogas desta população. Uma das alternativas à internação em clínicas particulares e comunidades terapêuticas são os acolhimentos oferecidos pelas Unidades de Acolhimento infanto-juvenil. As Unidades de Acolhimento foram mencionadas em políticas públicas pela primeira vez no programa *Crack é possível vencer* lançado em sete de dezembro de 2011, logo após, no dia 23 de dezembro de 2011 são citadas na Portaria nº 3.088 que institui a RAPS, só então surgirá no dia 25 de janeiro de 2012 a Portaria nº 121 que institui as Unidades de Acolhimento.

1.3 Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil

A Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI) disponibiliza 10 vagas para o atendimento de crianças e adolescentes de dez a dezoito anos de ambos os sexos, funcionando 24 horas e 7 dias por semana, por um período de até seis meses em regiões com população igual ou superior de 100.000 habitantes. A UAI foi implantada recentemente no Brasil, instituída no ano de 2012 pela Portaria nº 121. Essa portaria considera a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo de substâncias psicoativas, preconizando o desenvolvimento de intervenções que favoreçam a adesão, visando à interrupção ou redução do uso de crack, álcool e outras drogas como a realização de atendimentos grupais de RD, psicoterápicos e operativos, atividades de suporte social, assembleias, entre outros (Portaria n. 121, 2012).

Segundo a Cartilha do *Crack é possível vencer*, as Unidades de Acolhimento Infanto-juvenil estão localizadas no eixo do cuidado que diz respeito à ampliação da capacidade de cuidado e atenção disponibilizados para os usuários, sendo que a UAI está dentro da área temática da saúde mental do Ministério da Saúde, com intuito de oferecer acolhimento transitório e voluntário a crianças e adolescentes de 10 a 18 anos com necessidades decorrentes do uso de drogas garantindo a moradia, educação, convivência social e familiar, além de tempo para elaborar novos projetos de vida. O programa é uma associação entre o Ministério da Justiça e outros ministérios, como os da educação e da saúde, a UAI ainda é ancorada na Portaria nº 121/12, Portaria nº 3.088, Lei 10.216 e observa as orientações do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) (Brasil, 2013).

Sobre o programa *Crack é possível vencer*, foi uma proposta do governo federal para aumentar o financiamento para a área, sendo dividida em 3 eixos: cuidado, prevenção e autoridade. O programa surgiu em 2011 pelo decreto 7.179 de 20 de maio de 2010, alterado pelo decreto 7.637 de 08 de dezembro de 2011 e previa um conjunto de ações para o enfrentamento ao crack e outras drogas até dezembro de 2014. (Bastos & Bertoni, 2014).

As UAIs podem ser importantes dispositivos dentro do projeto terapêutico singular (PTS) elaborado para o adolescente em conjunto com sua família e o CAPS, no sentido de evitar internações desnecessárias, favorecendo o fortalecimento de ações de cuidado pautadas no direito ao convívio familiar e comunitário, assim como a ampliação de suas possibilidades de inserção social para a promoção de saúde mental e a construção de novos projetos de vida que objetivem sua autonomia e emancipação (Brasil, 2014). O CAPS é o responsável pela

elaboração do projeto terapêutico singular de cada usuário, considerando a hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde, devendo considerar no projeto terapêutico singular, o acolhimento humanizado e processo de socialização, promoção de atividades de reinserção social e familiar e articulações com a rede intersetorial, entre outros (Portaria n. 121, 2012).

As Unidades de Acolhimento estão em maior concentração nas regiões Sudeste e Nordeste, possivelmente em função do critério populacional (acima de 200 mil habitantes para a adulta e 100 mil para infante-juvenil). Quanto à localização, as unidades adultas estão em maior número nas capitais (53,57%) e as infante-juvenis no interior (68,42%). São percebidas fragilidades na RAPS para públicos específicos como infante-juvenil e usuários de álcool, crack e outras drogas devido inexistência de CAPSi e CAPSad nos estados do Acre, Tocantins e Roraima, sendo que foram identificadas 200 regiões (45,16%) que não contam com acesso ao CAPS AD. Esses dados indicam que a atenção em saúde mental de forma regionalizada para públicos específicos continua como um dos pontos mais problemáticos do processo de reforma psiquiátrica brasileiro (Macedo et al., 2017).

De acordo com estudo realizado pela Conferência Nacional dos Municípios sobre o desenvolvimento do programa *Crack é possível vencer* houve negligência com a população usuária de drogas e atraso de iniciativas do Governo Federal relacionadas no reconhecimento desta problemática. Analisando os equipamentos e serviços que seriam ofertados por esse programa para que a população tivesse acesso à redução de danos, tratamento, acompanhamento, atenção integral e continuada, apenas 41% dos objetivos foram cumpridos. Em relação à execução orçamentária do programa do ano de 2012 a outubro de 2014 foi executado o montante de R\$ 1,9 bilhão dos então R\$ 4 bilhões anunciados em 2011 (CNM, 2015).

O programa *Crack, é possível vencer* previa a abertura de 166 UAis até 2014, entretanto, o número de implantações em 2018 é muito inferior a essa meta. Foi solicitada uma relação atualizada de unidades de acolhimento infante-juvenil existentes no Brasil e no estado de São Paulo, por meio de contato ao site e-sic (Sistema eletrônico do serviço de informação ao cidadão). A resposta encaminhada em 06/06/2018 apresentada em tabela possui dados atualizados de acordo com o município de implantação das Unidades, sua habilitação, número e CAPS de referência. A tabela expõe que somente 22 Unidades de acolhimento infantejuvenil estão habilitadas em 2018, isso representa 13,2% do que era previsto no programa até 2014.

Figura 1 - Relação de Unidades de Acolhimento infantojuvenil existentes no Brasil e no estado de São Paulo

UF	Município	Tipo	CNES CAPS referência	TIPO DE CAPS	Habilitado
AL	Campo Alegre	Uai	6905420	CAPS I	SIM
BA	Porto Seguro	Uai	7105827	CAPS I	NÃO*
BA	Salvador	Uai	7095341	CAPS AD	SIM
CE	Fortaleza	Uai	5331757	CAPSi	SIM
CE	Fortaleza	Uai	5065321	CAPSi	SIM
CE	Fortaleza	Uai	5065321	CAPSi	SIM
CE	Fortaleza	Uai	5331757	CAPSi	SIM
CE	Iguatu	CATi	3595420	CAPSi	NÃO*
ES	Vitória	CATi	5526175	CAPSi	NÃO*
GO	Goiânia	CATi	3359662	CAPS AD	NÃO*
GO	Piracanjuba	CATi	6759726	CAPS I	NÃO*
MG	Janaúba	Uai	6036155	CAPSi	SIM
MG	Pirapora	Uai	6275044	CAPSi	SIM
MG	São Félix de Minas	Uai	6654096	CAPS I	SIM
MG	São Lourenço	Uai	6398693	CAPS AD III	SIM
PB	João Pessoa	CATi	5971136	CAPSi	NÃO*
PB	Princesa Isabel	Uai	6397158	CAPS AD III	SIM
PI	Teresina	Uai	3660796	CAPSi	SIM
PR	Cascavel	Uai	7407475	CAPS AD III	SIM
PR	Guarapuava	Uai	7513747	CAPSi	SIM
RJ	Campos dos Goytacazes	CATi	2812711	CAPS AD	NÃO*
RJ	Niterói	CATi	3015335	CAPS AD	NÃO*
RJ	Três Rios	CATi	6463126	CAPS AD	NÃO*
RS	Pelotas	Uai	3011518	CAPS AD III	SIM
RS	Venâncio Aires	Uai	5921511	CAPS AD	SIM
SP	Mauá	Uai	2032104	CAPS AD III	SIM
SP	Ribeirão Preto	Uai	7085281	CAPSiAD	SIM
SP	Santo André	Uai	8796	CAPS AD	SIM
SP	São Bernardo do Campo	CATi	6610463	CAPSi	NÃO*
SP	São Paulo	Uai	6127967	CAPSi	SIM
SP	Sorocaba	CATi	3834476	CAPSi	NÃO*
MG	Uberlândia	Uai	2218720	CAPSi	SIM
SP	São Bernardo do Campo	Uai	5468841	CAPS ADIII	SIM

Fonte: e-SIC (Sistema eletrônico do serviço de informação ao cidadão)

A UAi pode ser constituída por uma unidade pública ou em parceria com instituições ou entidades sem fins lucrativos para município. Deve contar uma estrutura física mínima contendo espaço físico adequado ao desenvolvimento de atividades terapêuticas; quartos coletivos para até quatro pessoas; espaço para refeições; cozinha; banheiros; área de serviço; sala de enfermagem; sala de acolhimento e recepção; salas de atividades individuais e de grupo; área de lazer externa para atividades esportivas e lúdicas, dentre outras; e sala administrativa, a ser utilizada para o arquivamento de documentos e para a realização de reuniões clínicas e administrativas. Também devem contar com equipe técnica mínima, composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos ou pós-graduação na área de cuidados com

pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na seguinte proporção: profissionais com nível universitário na área da saúde, com a presença mínima de um profissional de saúde presente em todos os dias da semana, das 7 às 19 horas; profissionais com nível médio concluído, com a presença mínima de quatro profissionais presentes em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia; e profissionais com nível superior na área de educação, com a presença mínima de um profissional em todos os dias da semana, das 7 às 19 horas (Portaria n. 121, 2012).

Existe escassez de estudos referentes às unidades de acolhimento, possivelmente relacionada à sua recente implementação e reduzido número de serviços habilitados. Em resumo apresentado para o Congresso da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO), Pimenta, Augusto, Guimarães e Cardoso, (2017) relatam a experiência de psicólogos, que trabalham na UAi de Uberlândia fundada em abril de 2015. Para os autores esse campo de trabalho é um desafio já que a unidade, assim como a rede intersetorial para esse público, ainda está em construção e se qualificando para atender a demanda crescente de adolescentes usuários de drogas. Os autores indicam problemas relacionados à dificuldade de entendimento por parte da rede sobre esse serviço e até a falta de retaguarda para assistência a esse público. Exemplos desses problemas são: a dificuldade de comunicação e promoção de cuidado compartilhado com o CAPSi; dificuldade de inserção e permanência dos adolescentes na escola; resistência e negligência da rede de urgência e emergência; demandas do judiciário que contribuem para o entendimento da UAi como um fim em si mesmo e não um dispositivo parte do projeto terapêutico do paciente, provocando um isolamento em sua especialidade com respostas pontuais, breves e desarticuladas. Os autores apontam que a desarticulação da rede pode promover um cuidado fragmentado, sem o foco na reinserção social e na comunidade, desconsiderando a singularidade dos usuários. Essa configuração contribui para inserir o dispositivo no fenômeno conhecido como “porta giratória”, podendo levar a processos de institucionalização do sujeito.

O fenômeno de porta giratória – *“revolving door”* – foi assim denominado no campo da psiquiatria e refere-se às frequentes re-hospitalizações de pacientes psiquiátricos. No contexto (pós)(des)institucionalização, torna-se importante identificar subgrupos de pacientes afetados por esse fenômeno (Golay, Morandi, Conus & Bonsack, 2019). No que diz respeito ao tratamento voltado à usuários de drogas, este fenômeno se faz presente quando o fluxo de crises permanece recorrente e está relacionado à lógica de que o usuário deve se adequar aos serviços disponíveis revelando uma rede insensível às necessidades individuais de cada usuário (Ministério da Saúde, 2015). Apesar da necessidade de compreender este fenômeno e os

desafios postos para sua superação o que se verifica é a escassez de estudos nacionais envolvendo as implicações desse fenômeno na RAPS e ausência de consenso sobre critérios de definição no Brasil e no exterior (Zanardo, Moro, Ferreira & Rocha, 2018).

Ferreira et al. (2014) também reconhecem a demanda crescente de usuários que fazem uso de álcool e outras drogas e ressaltam a grande importância UAI no município do Iguatu-Ce para a promoção da atenção qualificada e humanizada dos serviços com trabalho em parceria com todos os equipamentos que formam a rede de cuidado em saúde. Para os autores a experiência de residentes inseridos nestes serviços contribui para o fortalecimento da rede em meio a dificuldades encontradas da rede de saúde mental em oferecer cuidado integral com garantia de equidade à população infanto-juvenil, das quais decorrem algumas dificuldades compartilhadas pelos diversos serviços sejam na Atenção Primária ou nos outros níveis de atenção, inclusive de Saúde Mental. Os autores ressaltam a necessidade de se construir ações integradas e contínuas na saúde mental, que se efetivem de forma qualificada através do envolvimento de parcerias intersetoriais para possibilitar a resolutividade e a integralidade da atenção em saúde para esta população de forma a garantir o cuidado irrestrito às crianças e adolescentes.

Nesse sentido, com a escassez de modelos de sucesso para a abordagem de crianças e adolescentes usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar, faz-se importante compreender como vem se dando o funcionamento desta unidade de acolhimento. Assim formulamos as seguintes questões: Como este serviço funciona e está organizado na RAPS? Como enfrenta a questão da socialização, do vínculo com a família e da reinserção social? De quais maneiras consegue atingir os objetivos que a legislação estipula?

2. OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivo compreender como uma Unidade de Acolhimento do interior de São Paulo vem oferecendo cuidado a crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar.

Objetivos específicos:

- Analisar as situações de vulnerabilidade social e familiar de crianças e adolescentes usuários de drogas acolhidos em uma Unidade de Acolhimento infantojuvenil;
- Compreender, a partir do referencial teórico da maternagem, como uma Unidade de Acolhimento infantojuvenil vem oferecendo cuidado a crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de drogas em situação de vulnerabilidade social;
- Descrever características relacionadas ao fenômeno da porta giratória em uma Unidade de Acolhimento infantojuvenil e analisar o modo como o serviço maneja este fenômeno.

3. MÉTODO

3.1 Delineamento

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo de caso qualitativo de uma instituição. O estudo de caso enquanto modalidade de pesquisa vem sendo utilizada em diversos campos do conhecimento, como a Medicina, a Psicologia, Educação e em outras áreas da saúde, sendo realizado com técnicas quantitativas e/ou qualitativas (Ventura, 2007).

Para Stake (2000), essa estratégia de pesquisa é descrita pelo interesse do pesquisador no que é comum e particular em um caso individual, podendo ser de uma pessoa, situação, incidente ou local desde que o caso seja um sistema delimitado e integrado. Para ele, o estudo de caso instrumental tem como finalidade facilitar a compreensão de algo mais amplo, uma vez que pode servir para fornecer proposições teóricas aplicáveis a outros contextos ou para contestar uma generalização amplamente aceita, apresentando um caso que nela não se encaixa. Além disso, o autor afirma que o caso poderá trazer algo de original por meio dos seguintes aspectos: a natureza e o histórico do caso; o contexto em que se insere; outros casos pelos quais é reconhecido e os informantes pelos quais pode ser conhecido. Para mostrar a peculiaridade do caso, os pesquisadores frequentemente reúnem dados sobre todos os aspectos citados.

O estudo de caso enquanto estratégia geralmente é utilizado quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos que estuda, elaborando questões do tipo “como” e “porque” para investigar um determinado fenômeno social contemporâneo e complexo que ocorre em seu contexto natural, ou seja, na vida real. Devido às complexidades relacionadas ao que se pretende estudar, são utilizadas múltiplas fontes de coleta de dados para se investigar o caso (Yin, 2015).

A definição mais conhecida de pesquisa qualitativa é a da pesquisa que usa palavras como dados, recolhidos e analisados de diferentes maneiras, entretanto, Braun e Clarke (2013) apontam que a pesquisa qualitativa não se refere apenas aos dados e técnicas, mas sobre a aplicação de técnicas qualitativas dentro de um paradigma qualitativo. Neste estudo, concordando com as autoras, compreende-se que não há apenas uma versão correta da realidade ou do conhecimento. Em vez disso, trabalha-se com a perspectiva de que existem várias versões da realidade - até para a mesma pessoa - que estão intimamente ligadas ao contexto. Assim, não se faz possível considerar o conhecimento fora do contexto em que foi gerado. Isto se refere tanto ao contexto de geração de dados, tais como o ambiente da entrevista e as características do entrevistador, como também os contextos socioculturais e políticos mais amplos da pesquisa,

tais como discursos hegemônicos. A relação entre a pessoa e o contexto é vista como mais fluida e recíproca, com influência em ambas as direções. Assim, faz-se importante que o pesquisador esteja a todo o momento exercendo a reflexividade, ou seja, analisando como o contexto influencia na produção dos dados. O termo reflexividade pode ser entendido segundo duas vertentes: reflexividade pessoal, que sugere reflexões do pesquisador sobre quem ele é, e sobre como seus interesses e valores interferem no desenvolvimento da pesquisa e da interpretação; e reflexividade funcional, que alude à forma como a comunidade e a constituição das pessoas influencia na aplicação da pesquisa e alcance dos resultados (Spink, 2004).

De acordo com a perspectiva adotada, não é possível que o pesquisador esteja neutro na pesquisa, sendo este influenciado por suas leituras prévias, diálogos, experiências profissionais e de vida. Estas influências estarão presentes na definição do objeto a ser estudado, na escolha dos interlocutores com quem compartilhará suas ideias durante o processo, na coleta de dados, na análise e na redação do trabalho final (Hosking & Mcnamee, 2009). Assim, novamente faz-se importante o exercício da reflexividade.

Para garantir o rigor da pesquisa, considera-se essencial a descrição e a exploração plena do contexto da pesquisa, garantindo a indexicalidade, ou seja, a vinculação da pesquisa ao contexto. O pesquisador deve também explicitar todo o processo de condução da pesquisa, deixando claro como se deu o processo de escolha dos participantes, explorando as consequências desta escolha, garantindo com isto a visibilidade do processo de construção do *corpus* da pesquisa. Também, como se deu a coleta de dados, descrevendo características do campo, contexto de realização da coleta de informações, roteiro de entrevista utilizado, descrição minuciosa das técnicas de análise, dentre outros. Ou seja, considera-se que o rigor da pesquisa está na explicitação de todos os passos, de modo a propiciar o diálogo com outros pesquisadores e comunidade (Spink, 2004).

3.2 Local

O estudo foi realizado em uma UAi do interior de São Paulo. Esta instituição é dividida em duas residências, que se complementam no que diz respeito ao cuidado oferecido às crianças e aos adolescentes acolhidos. As residências estão localizadas na região central de um município de médio porte (em torno de 600.000 habitantes). A UAi foi fundada em 2014 e recebe adolescentes referenciados pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantil álcool e outras drogas (CAPSiAD). Funciona 24 horas por dia, sete dias por semana, com 10 vagas para moradia transitória de caráter voluntário para crianças e adolescentes com necessidades

decorrentes do uso de drogas (Portaria n. 121, 2012). Quando implementada, funcionava em apenas uma residência. Com o tempo, percebeu-se que o espaço era frequentado por muitos usuários e profissionais, e para abrigar todas as atividades, ficava em uma casa muito grande, com perfil extremamente institucional, onde já tinha funcionado um asilo e uma casa de repouso. Assim, optou-se por dividir as atividades da UAi entre duas residências.

Figura 2 – Residência de acolhimento da Unidade de Acolhimento infantojuvenil



O acolhimento ficou em uma residência menor (Figura 2), com características mais próximas a um lar, com funcionamento 24 horas, sete dias por semana. Nesta residência as crianças e adolescentes acolhidos fazem suas refeições, dormem, fazem a higiene, brincam e conversam com maior intimidade entre si.

Enquanto as atividades burocráticas, oficinas de arte, atendimentos individuais e grupais e grupos pedagógicos e terapêuticos foram transferidos para outra residência (Figura 3), com horário de funcionamento das 8 às 17 horas, de segunda à sexta. Nesta residência são atendidas as crianças e os adolescentes que estão acolhidos e também outros que já passaram pelo acolhimento ou que estão em situação de risco, além de oferecerem atendimentos e grupos aos familiares.

Figura 3 – Residência de atividades da Unidade de Acolhimento infantojuvenil



Essas adaptações vão de encontro com o conceito de ambiência, que, na saúde, está relacionada ao tratamento do espaço físico, visto como local para estabelecimento de relações interpessoais acolhedoras, resolutivas e humanas, além de local social e profissional. Assim, os territórios são inseridos no debate da humanização, considerando as situações construídas nos espaços a partir dos contextos sociais, culturais e temporais das relações grupais que ali interagem (Brasil, 2010). A equipe que se divide entre as duas residências é composta por 15 profissionais, sendo uma coordenadora, duas psicólogas, duas educadoras sociais, uma faxineira, uma cozinheira, e oito monitores. Também seguem a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2003), trabalhando com o paradigma da redução de danos.

O funcionamento da rede intersetorial deve proceder tendo o CAPS como porta de entrada, de modo que os usuários da UAI sejam acolhidos mediante decisão a ser tomada pela equipe do CAPS de referência (Portaria n. 121, 2012). No município estudado, há um Centro de Atenção Psicossocial Infantil que atende apenas crianças e adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas (CAPSiAD). Este tornou-se então o responsável por referenciar as crianças e adolescentes para a UAI. Entretanto, mediante situações de urgência e a fim de viabilizar encaminhamentos em qualquer horário, o município decidiu que diferentes serviços podem entrar em contato com a UAI e realizar encaminhamentos, entretanto, o CAPSiAD precisa ser notificado em até 48 horas e é corresponsável pela população acolhida. Este CAPSiAD está localizado em uma região central do município e oferece atividades como

atendimento psicoterapêutico individual e grupal, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares e à família, acompanhamento terapêutico e acolhimento. A equipe técnica do serviço é composta por dois assistentes sociais, duas psicólogas, duas enfermeiras, três auxiliares de enfermagem, um agente administrativo e uma gerente.

3.3 Participantes

Este estudo teve como participantes oito profissionais da Uai e seis profissionais do CAPSiAD. Em relação aos participantes do CAPSiAD, foram convidados os profissionais que compõem a equipe técnica deste, que concordaram e tiveram disponibilidade de tempo para compor o grupo focal. A maioria dos profissionais é do sexo feminino e possui ensino superior completo, com exceção dos monitores, que em grande parte possuem ensino fundamental. Na seleção dos participantes, foram convidados membros da equipe dos serviços, garantindo a variabilidade das funções exercidas e a proximidade com o cuidado dos acolhidos. Visando a preservação de suas identidades serão identificados com nomes fictícios na Tabela 2.

Figura 4 - Caracterização dos Participantes

Participante	Instituição	Função	Carga horária	Inserção no serviço	Escolaridade
Helena	Uai	Coordenadora	30h	6 anos	Superior completo
Maria	Uai	Educadora	40h	4 anos	Superior completo
Vitória	Uai	Monitora	12/36	2 anos	Fundamental incompleto
Fernanda	Uai	Monitora	40h	2 anos	Médio completo
Sandra	Uai	Psicóloga	30h	4 anos	Superior completo
Sofia	Uai	Educadora	40h	6 anos	Superior completo
Simone	Uai	Psicóloga	30h	3 anos	Superior completo
Rafael	Uai	Monitor	40 h	5 anos	Superior completo
Sueli	CAPSiAD	Gerente	-	6 anos	Superior completo
Serena	CAPSiAD	Psicóloga	-	4 anos	Superior completo
Lorena	CAPSiAD	Pediatra	-	5 anos	Superior completo
Manuela	CAPSiAD	Psicóloga	-	2 anos	Superior completo
Alice	CAPSiAD	Aux. de enf.	-	7 anos	Superior completo
Luiza	CAPSiAD	Psicóloga	-	1 ano	Superior completo

Vale destacar que para a seleção dos participantes, foi utilizado um conceito de generalização diferente do preconizado para pesquisas influenciadas pelo paradigma positivista. O conceito de generalização utilizado aqui é o de “generalização naturalística”, que significa que caberá ao leitor, a partir de suas experiências anteriores, verificar e validar os conhecimentos produzidos pelo estudo em outros contextos. O foco nos estudos de caso é

otimizar a compreensão do caso ao invés de privilegiar a generalização para além do caso, pois se essa preocupação for excessiva, pode desviar a atenção do pesquisador de características importantes para a compreensão do caso em si (Stake, 2000). Spink (2004) sugere que a generalização ocorra utilizando-se o que foi produzido no estudo como exemplos de possibilidades existentes nos processos de produção de sentidos.

3.4 Instrumentos

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram utilizadas diversas técnicas de coleta de dados comuns em estudos de caso para produzir informações que permitam observar o tema tratado sob diferentes vértices, a saber: entrevista semiestruturada, grupo focal, análise documental e observação participante.

Entrevista semiestruturada: Este instrumento oferece um campo amplo de interrogativas que dão origem a novos questionamentos e possibilitam a descrição minuciosa de um fenômeno, partindo de questionamentos básicos, fundamentados nos interesses da pesquisa em questão. (Triviños, 1987). A entrevista semiestruturada resulta da troca ativa e cooperativa entre pesquisador e participante, portanto ambas as contribuições devem ser reconhecidas no processo de comunicação (Gergen & Gergen, 2011). À medida que promove a autorreflexão e oferece papel ativo aos participantes da pesquisa, esta entrevista assume compromisso com a transformação social (Fraser & Gondim, 2004). O roteiro de entrevista preparado aborda as concepções dos profissionais acerca das práticas desenvolvidas na UAI (Apêndice A).

Grupo focal: Os grupos focais são espaços de discussão e troca de experiência sobre um tema, e se diferenciam de entrevistas individuais devido à possibilidade de debates e problematização sobre o assunto (TRAD, 2009). Essa técnica ajuda em diversas investigações, dependendo do interesse do pesquisador, pode dar suporte para a geração de hipóteses, verificar opiniões, explorar um tema pouco conhecido, avaliar qualidade de serviços. O tamanho convencional do grupo é de quatro a 10 pessoas, mas isto vai depender do envolvimento do participante no assunto, ou seja, o pesquisador deve estar atento ao controle do processo e deve estipular o tamanho do grupo refletindo sobre as possibilidades de polarizações, conflitos e oportunidade de participação de todos (GONDIM, 2002). São muito utilizados em pesquisas qualitativas e consistem em reuniões com um pequeno número de participantes, um animador que tem o papel de focalizar o tema e promover a participação de todos e um relator que registra o processo (MINAYO, 2011) (Apêndice B).

Análise documental: referente ao projeto de implantação, memorial descritivo de atividades e plano de trabalho da UAi e também da portaria nº 121/12 que institui este serviço.

Observação participante: Durante todo o processo de pesquisa foram realizadas 65 horas de observação participante com anotações em um caderno de campo, atenta às situações que contribuam para compreender o contexto de produção dos dados relacionadas aos objetivos do estudo. A observação participante vem sendo muito utilizada em estudos antropológicos e em culturas distintas, mas também pode ser utilizada em organizações ou instituições. Nesse tipo de observação o pesquisador não é passivo podendo assumir funções e participar de eventos dentro do estudo de caso que seriam inacessíveis com outras formas de investigação (Yin, 2015). Com esta observação o pesquisador se coloca em relação direta com o campo, afim de colher dados e compreender o contexto da pesquisa para realizar a investigação científica. Sendo assim, o pesquisador modifica o contexto, pois interfere nele e vice versa. Essa proximidade é vista como uma necessidade para que o observador relativize o espaço social de onde provém, aprendendo a se colocar no lugar do outro para ficar mais livre de julgamentos. O principal instrumento de trabalho de observação é o caderno de campo, no qual se escreve todas as informações que não fazem parte do material formal das entrevistas, como os elementos do cotidiano, relações, práticas, cumplicidades e omissões (Minayo, 2011).

3.5 Coleta de dados

A observação participante foi realizada nos anos de 2017 e 2018 durante dez meses nas duas residências que compõem a UAi. A pesquisadora acompanhou a rotina da residência onde acontece o acolhimento com frequência semanal em diferentes dias e horários. Além disso, participou de oficinas, eventos e todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais técnicos. Também foram observadas reuniões de equipe realizadas na UAi e entre ambas as equipes dos equipamentos no CAPSiAD. A pesquisadora fez anotações de sua observação em um caderno de campo, atenta às situações relacionadas aos objetivos do estudo. Durante o período de observação participante, a pesquisadora convidou individualmente os profissionais da UAi para realização das entrevistas semiestruturadas. Também foram coletados, nesse período, documentos referentes aos projetos de fundação dos serviços. O grupo focal foi realizado em horário pré-agendado em um dia de reunião de equipe no CAPSiAD com profissionais que tinham disponibilidade de tempo. As entrevistas e o grupo focal foram audiogravadas em gravador digital, mediante anuência dos participantes e ocorreram nos serviços em ambiente preservado, resguardando-se os princípios de conforto e privacidade.

A participação na pesquisa foi voluntária e precedida por informações e esclarecimentos aos participantes sobre os objetivos e procedimentos do estudo com leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Consentimento para a Formação de Banco de Dados para todos os participantes antes do início das entrevistas.

3.6 Análise do *corpus*

A análise de dados em estudos de caso consiste na busca por padrões, *insights* e conceitos que pareçam promissores através da manipulação por categorização, tabulação e na combinação dos dados, priorizando a seleção e análise dos dados de acordo com os objetivos da investigação para produzir conhecimento empírico. A estratégia analítica geral utilizada considerou tratar os dados a partir do zero (sem proposição teórica a priori) para desenvolver descrições do caso com o propósito de ligar os dados a conceitos de interesse (Yin, 2015).

A análise do caderno de campo foi realizada por leituras sucessivas e organização dos dados por categorias temáticas que contribuiu para descrição do contexto do estudo, da rotina institucional e das vulnerabilidades sociais dos adolescentes inseridos no acolhimento. A análise documental do projeto de implantação, memorial descritivo de atividades, plano de trabalho e Portaria nº 121/12 foi realizada a fim de compreender como este serviço vem cumprindo o que é estabelecido pelas diretrizes governamentais, como é realizado o financiamento da instituição, como está se insere na rede, qual seu histórico de implantação, e como são estruturados os projetos terapêuticos singulares.

A técnica utilizada para análise das entrevistas semiestruturadas e grupo focal foi a análise temática reflexiva proposta por Braun e Clarke (2013). Para as autoras, a análise temática reflexiva é um método para identificar, analisar e relatar temas nos dados. Essa análise tornou possível organizar e descrever as informações de modo detalhado, auxiliando na interpretação destas. A pesquisadora realizou transcrição integral das entrevistas individuais, assim como, do grupo focal e se familiarizou com os dados efetuando leituras repetitivas. A codificação foi elaborada pela organização dos dados em três colunas, a primeira contendo a entrevista na íntegra, a segunda contendo uma síntese relacionada aos objetivos do estudo e a terceira com os grupos de significados identificados na entrevista. Com isso, foram construídos temas relacionados com os objetivos do estudo, que capturassem a ideia central dos códigos e organizassem os conceitos relacionados.

Para Yin (2015) os investigadores devem olhar para além das impressões iniciais e identificar evidências através de múltiplas lentes utilizando diferentes técnicas, triangulação das

fontes de dados, de avaliadores, de teoria e métodos. Neste processo, é fundamental ter pontos de vista diferentes. A fim de garantir que a construção dos temas se desse de modo ampliado, parte das entrevistas foram analisadas por outro membro do laboratório. Além disto, a codificação foi apresentada e discutida em reuniões de pesquisa, tanto com membros do laboratório, como com a orientadora do estudo. Os temas finais foram construídos pela pesquisadora e orientadora.

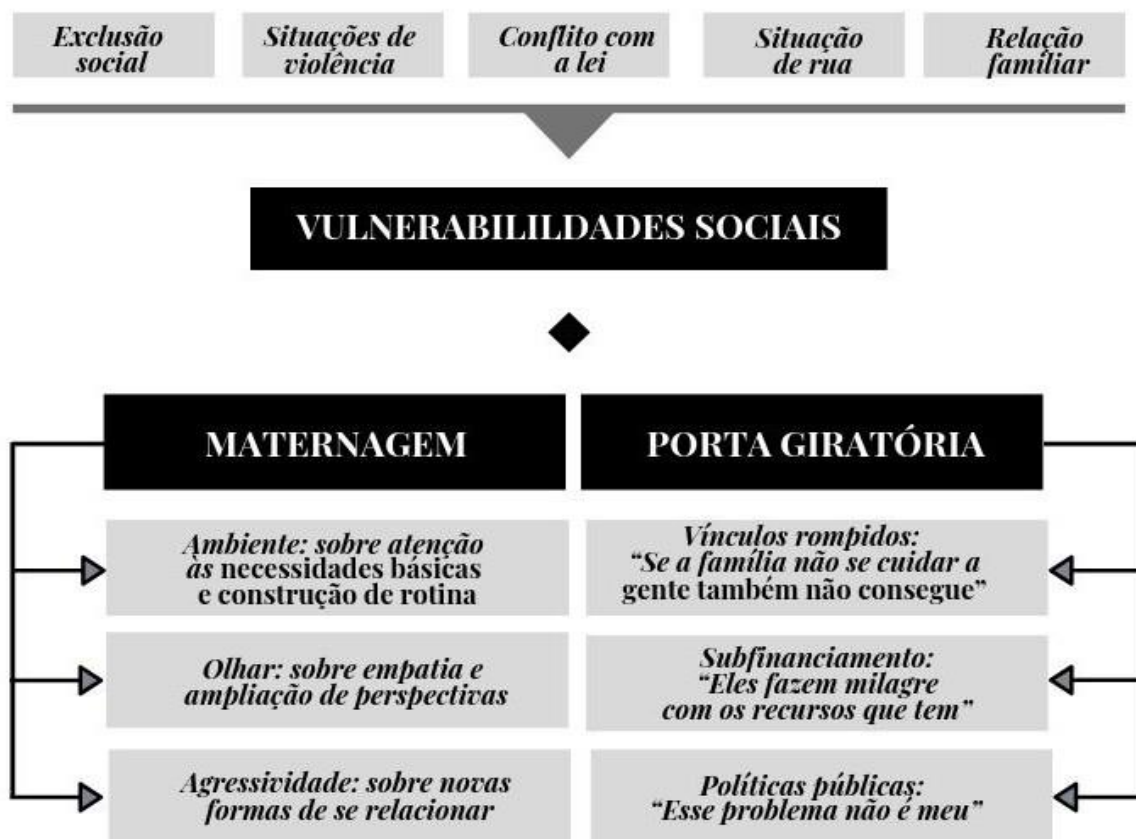
3.7 Considerações éticas

Esta pesquisa foi aprovada pela coordenadora da Associação Dona Nair, assim como, pela gerência do CAPSiAD da Secretaria Municipal da Saúde que manifestou concordância com a realização da pesquisa. A pesquisa só teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP em 20 de outubro de 2017 (Anexo A). A pesquisa foi realizada respeitando-se todos os aspectos éticos para desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, atendendo à Resolução n. 510 (2016). A participação na pesquisa foi voluntária e precedida por informações e esclarecimentos aos participantes sobre os objetivos e procedimentos do estudo com leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado em dois modelos para uso com profissionais da UAI e do CAPSiAD (Apêndices C e D). Também foi apresentado o Termo de Consentimento para a Formação de Banco de Dados para todos os participantes antes do início das entrevistas (Apêndice E).

4. CUIDADO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UNIDADE DE ACOLHIMENTO: VULNERABILIDADES, MATERNAGEM E PORTA GIRATÓRIA

Neste capítulo será descrita a relação entre a coletânea de manuscritos que constituem os resultados desta dissertação. A partir da análise dos dados foram construídos três temas abrangentes que englobam diferentes aspectos da coleta de dados. Yin (2015) ressalta a importância de criar modos de apresentação como fluxogramas e gráficos para o exame dos dados. Assim, foi elaborado um mapa temático, ferramenta utilizada na análise temática para visualizar as relações entre códigos, temas, subtemas e temas abrangentes (Braun & Clarke, 2013), descrito na Figura 5:

Figura 5 - Mapa temático que expõe a relação entre os temas abrangentes e subtemas construídos pela análise dos dados.



Os três temas abrangentes identificados na análise dos dados (vulnerabilidades sociais, maternagem e porta giratória) foram divididos e melhor explorados individualmente em três

manuscritos: um para submissão como capítulo de livro e dois para submissão para periódicos científicos. Os três temas abrangentes respondem ao objetivo de compreender como uma unidade de acolhimento do interior de São Paulo vem oferecendo cuidado a crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar.

O primeiro manuscrito foi confeccionado devido a necessidade de contextualizar as situações de vulnerabilidade social e familiar vivenciadas pelas crianças e adolescentes para compreender as reais necessidades dessa população específica e as principais demandas atendidas pela UAi. O manuscrito foi denominado “**Vulnerabilidades sociais de adolescentes encaminhados para unidade de acolhimento**” e perpassa as principais vulnerabilidades identificadas pela pesquisadora durante a observação participante do serviço, tais como a exclusão social, situações de violência, conflito com a lei, situação de rua e relação familiar.

O segundo manuscrito, “**Maternagem como forma de cuidado institucional a crianças e adolescentes usuários de drogas**”, trata sobre o cuidado construído entre os profissionais da instituição e os adolescentes acolhidos, explorando a temática da maternagem. Esse tema foi produzido com a análise temática das entrevistas semiestruturadas com os profissionais da UAi. Durante esse processo, tendo o objetivo específico de conhecer as estratégias e ações do serviço para oferecer acolhimento humanizado e colaborar para o processo de socialização dos usuários, identificou-se que as estratégias de cuidado desenvolvidas tinham relação com aspectos do conceito de maternagem, como a provisão de recursos físicos e emocionais que teriam sido insuficientes devido as situações de vulnerabilidades vivenciadas pelos acolhidos em outros contextos. Assim, o manuscrito busca analisar as estratégias de cuidado a partir do referencial teórico da maternagem.

O tema porta giratória foi desenvolvido a partir dos objetivos específicos de identificar ações da unidade que visam integrar a família no tratamento; conhecer estratégias da unidade para a reinserção social dos usuários; identificar articulações da unidade com a rede intersetorial. Durante o processo de coleta e análise dos dados foram constatadas dificuldades relacionadas à adesão familiar, articulação intersetorial, execução e financiamento de políticas públicas que refletem na oscilação da frequência e permanência dos adolescentes em acolhimento. Essas questões compuseram o mesmo grupo de significados e deram origem à temática da porta giratória, termo conhecido no campo da saúde mental referente ao fenômeno de reinternações de pacientes em hospitais psiquiátricos. Assim, o terceiro manuscrito, “**O fenômeno da porta giratória no acolhimento de crianças e adolescentes usuários de drogas: desafios e manejos possíveis**” foi elaborado com a intenção de descrever

características relacionadas ao fenômeno da porta giratória e analisar o modo como a instituição estudada tenta manejar este fenômeno.

Os artigos e o capítulo do livro se complementam no que diz respeito às demandas sociais, ao manejo institucional e aos desafios presentes na articulação do cuidado voltado a crianças e adolescentes com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar. A sequência em que serão apresentados envolvem, primeiramente, a apresentação das demandas de atendimento a partir da descrição das vulnerabilidades vivenciadas pela população atendida no local. Em seguida é apresentada, no segundo manuscrito, a relação de cuidado entre profissionais e adolescentes acolhidos na instituição ligadas às necessidades decorrentes das questões sociais apresentadas no capítulo do livro. Posteriormente, no terceiro manuscrito, são trazidos os desafios que ainda existem no tratamento voltado a essa população específica.

4.1 Vulnerabilidades sociais de adolescentes encaminhados para Unidade de Acolhimento

Figura 6 – Desenho feito por uma criança acolhida na UAi



“Sempre fui sonhador, é isso que me mantém vivo Quando pivete, meu sonho era ser jogador de futebol. Vai vendo! Mas o sistema limita nossa vida de tal forma E tive que fazer minha escolha, sonhar ou sobreviver”
(Vida é desafio – Racionais MC’s)

O conceito de vulnerabilidade está relacionado ao movimento de considerar a disponibilidade de recursos e um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais como influentes na maior suscetibilidade das pessoas ao adoecimento e à situações de risco (Ayres, França Júnior, Calazans, & Saletti Filho, 2003).

A vulnerabilidade social é resultante da relação negativa entre disponibilidade de recurso (simbólico e material) e acesso à oportunidades (econômicas, sociais e culturais) (Abramovay, Castro, Pinheiro, Lima, & Martinelli, 2002). Relaciona-se aos campos da educação, do trabalho, das políticas públicas em geral, em virtude de sua relação com as condições de vida e suportes sociais. Não se restringe à categoria econômica, mas envolve também categorias sociais como raça, orientação sexual, gênero e etnia, de forma que as organizações simbólicas também estão intimamente ligadas ao conceito de vulnerabilidade social (Guareschi, Reis, Huning, & Bertuzzi, 2007). Esse é um conceito que perpassa muitas definições, ainda impreciso e em desenvolvimento, tem avançado em seu significado e não se limita, exclusivamente, por aspectos biológicos ou relacionados à pobreza, mas na combinação de múltiplos fatores éticos, políticos e técnicos, que incidem sobre os contextos e territórios de cidadãos e na capacidade de enfrentamento das pessoas. A vulnerabilidade social também está relacionada à exposição a riscos e a restrições no acesso a direitos e a justiça social (Carmo, & Guizardi, 2018).

O período da adolescência, principalmente para jovens privados de condições básicas para uma vida digna, que sofrem violações de direitos, pode ser considerado como uma fase de vulnerabilidade, visto que, sua saúde pode ser prejudicada pelas dificuldades relacionadas ao acesso à educação, ao desemprego, às desigualdades sociais, ao meio ambiente degradado, à morbimortalidade por violências, dentre outras (Brasil, 2010).

Abramovay e Castro (2002) examinam temas centrais na vida de jovens, como dificuldade de inserção no mercado de trabalho, carência de atividades de lazer, discriminação social, racismo, violência e uso de drogas. Alguns jovens justificam o consumo de drogas citando “a dificuldade da vida” e até carências de referência familiar. Os autores afirmam que a constante proximidade com a droga, com a delinquência e com o crime, gera situações de vulnerabilidade.

O uso de drogas feito por alguns grupos pode ser considerado uma questão associada à situação de vulnerabilidade social, principalmente por aqueles que vivem ameaçados pela instabilidade de suas condições de vida e pela exclusão social (Crives & Dimenstein, 2003). Os maus tratos familiares, responsáveis usuários de drogas e o relacionamento ruim com os pais,

também podem ser fatores associados ao uso de drogas na adolescência (Tavares, Béria, & Lima, 2004).

Nesse sentido, o uso de drogas entre adolescentes é recorrente pela própria fase específica do desenvolvimento, por este ser um período de experimentações pessoais e socioculturais. Mas o uso de drogas não se restringe exclusivamente a faixa etária, pois são diversos os fatores associados, entre eles, pode estar a tentativa pessoal de manejo de um sofrimento, como uma forma de lidar com situações muito adversas, entre elas, a falta de moradia e de acesso à escola, situações de violência e frustrações pessoais (Brasil, 2014). Dessa forma, compreender o sofrimento social associado a esta faixa etária específica é de extrema importância e necessita ser considerado como característica nas estratégias de cuidado a essa população.

O sofrimento social caracteriza-se pela relação entre experiência subjetiva de mal-estar e processos históricos, culturais e sociais mais amplos. Além da compreensão de como essa relação afeta os corpos, lugares sociais e palavras dos sujeitos envolvidos (Pussetti & Brazzabeni, 2011). Esse sofrimento pode ser observado em diversas situações investigadas por pesquisadores brasileiros com populações socialmente excluídas vítimas de violência, miséria e exclusão social seja esta originada no Estado ou mesmo na família (Carvalho, 2008).

As Unidades de Acolhimento infantojuvenis (UAi) são modalidades apontadas pela legislação atual como opções de cuidado a crianças e adolescentes usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar. Estas são inseridas na Rede de Atenção Psicossocial, referenciadas pelo CAPS e fornecem atenção residencial de caráter transitório e voluntário a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar. A UAi disponibiliza 10 vagas para o atendimento de crianças e adolescentes de dez a dezoito anos de ambos os sexos, funcionando 24 horas e 7 dias por semana, por um período de até seis meses em regiões com população igual ou superior de 100.000 habitantes (Portaria n. 121, 2012).

Esse capítulo tem o objetivo de analisar as situações de vulnerabilidade social e familiar associadas a crianças e adolescentes usuários de drogas acolhidos em uma Unidade de Acolhimento infantojuvenil. Para isso, foram utilizados os dados provenientes de estudo de caso qualitativo desenvolvido a partir da análise temática de entrevista semi-estruturada com oito profissionais da UAi, 65 horas de observação participante anotadas em diário de campo e grupo focal com seis profissionais do CAPSiAD.

Aproximações entre sofrimento social, uso de drogas e situações de vulnerabilidade social

A complexidade do atendimento a crianças e adolescentes encaminhados para a UAi, está no fato de que o uso de drogas tem relação com várias situações de vulnerabilidade social. As vulnerabilidades dessa população específica inserida em um serviço de acolhimento tratam sobre: *exclusão social, situações de violência, conflito com a lei, situação de rua e relação familiar*. Essas situações foram divididas em tópicos para fins didáticos, mas são aspectos da vulnerabilidade social que estão intimamente ligados e se relacionam de diversas formas. Vale lembrar que as situações observadas não esgotam as questões existentes sobre o tema das vulnerabilidades e remetem a um período de observação específico. Desse modo, podem existir outras vulnerabilidades que não foram relatadas nesse recorte.

Percebe-se, a partir da observação participante dos adolescentes acolhidos na UAi, que o sofrimento social pode estar relacionado ao uso de drogas como forma de lidar com aspectos da *exclusão social*, como a falta de escolarização, estigma, preconceito, privação de acesso a territórios e serviços. Essa exclusão permeia a vida dos adolescentes acolhidos de diversas formas e contribui para a limitação de suas possibilidades de agir e redução de suas perspectivas de futuro, conforme descrito pelo pesquisador Fernandes (1995, p. 28): “Não sendo vender drogas, não sabe fazer mais nada; não sendo estar na rua, não tem lugar a que chame seu; não sendo com os outros frequentadores das esquinas dos bairros . . . não tem com quem estar; não sendo sobre as drogas, não tem referente para as conversas.”

A maioria dos acolhidos não frequentava a escola e quando os profissionais da UAi tentavam reinseri-los, encontravam preconceito e/ou falta de preparo das instituições de ensino, que evitavam receber esses meninos. Além disso, as tentativas de inserção desses adolescentes em outras entidades também eram permeadas pelo preconceito, como comenta Simone:

Muitas vezes nós levamos eles pra escola e a escola arranja um milhão de problemas. Agora nós estamos tentando colocar eles nas atividades de um local para esportes, a gente tem que ligar falando que a gente tem um filho, porque se fala que é daqui eles já falam que não tem vaga . . . Então é a dificuldade na lida extra do que está aqui, porque quem ta aqui sabe que os meninos são difíceis, que eles tem todo um histórico antes de ter chegado aqui, por isso que eles agem assim, é o que a gente trabalha bem com a equipe. Mas quando sai daqui e vai pra algum outro lugar as pessoas são muito preconceituosas e sem paciência.

Quando a UAI organizou um passeio a uma praça, um adolescente relatou que nunca havia ido a este lugar antes porque era um espaço de classe média alta. Nesse sentido, observa-se que a cidade não é deles, os territórios estão divididos de acordo com a classe social e os adolescentes entendem essa norma invisível, sabendo o que não lhes é permitido. Isto pode ser observado nos relatos de proibição dos famosos “rolezinhos” em shopping centers, do olhar do segurança em um mercado ou das frequentes abordagens policiais. Essa exclusão se mostra constante no decorrer da observação participante, desde a escola, até a inserção no mercado de trabalho. Parece que isso já foi internalizado pelos adolescentes atendidos, pois eles mesmos dizem que trabalhar não é para eles e não se permitem estar em lugares e entre pessoas diferentes.

A degradação das condições de acesso ao emprego pela multiplicação das formas de precariedade laboral e pela valorização do mérito e da responsabilidade individual comprometem o processo de emancipação dos jovens, anulando qualquer perspectiva favorável de inscrição dos jovens no futuro. Existe um conflito de valores relacionado a expectativas geradas pela sociedade com acentuado valor do mérito e responsabilidade individual e a possibilidade de concretização destas, tendo em vista que as oportunidades de realização não são as mesmas para todo mundo em uma sociedade marcada pela desigualdade estrutural (Manso, 2013).

O próprio serviço sofreu preconceitos da vizinhança pela demanda que atendia em um bairro de classe média e comercial. Helena descreveu a forma que tentou lidar com a situação, visitando os vizinhos e os lojistas para explicar o projeto, mas disse que era complicado lidar com a vizinhança daquele bairro. Ligavam para reclamar que os adolescentes ficavam fazendo barulho na calçada e fumando na frente das casas dos vizinhos e Helena tinha que fazer a política da boa vizinhança. Ela contou que uma lojista ameaçou levar o assunto para o gerente dela, pois os adolescentes fumavam na calçada da loja. Helena argumentou que os funcionários da loja também fumavam na calçada. A lojista então respondeu que lugar de entidade e ONG era na periferia e não ali, o que deixou Helena brava, afirmando que denunciaria a mulher se a conversa continuasse baseada no preconceito. (Diário de campo)

Neste sentido, é possível notar como as pessoas que se encontram no entorno da unidade entendem que o atendimento a essa população deve se dar nos bairros periféricos. A ideia de

que deva existir territórios determinados para este tipo de atendimento reforça a exclusão social destes sujeitos, mantendo-os a margem da sociedade e fora de visibilidade.

Segundo Fernandes e Ramos (2010), a exclusão social está intrinsecamente relacionada à violência cotidiana e estrutural. A violência cotidiana diz respeito às práticas e expressões de violência ao nível das composições locais e micro relações do cotidiano. Já a violência estrutural perpassa as próprias instâncias estatais e exprime-se no modo como situações de desvantagem se fixam com muito maior impacto em certas zonas e populações específicas, como a desinserção crônica em relação ao mercado formal de trabalho e o abandono escolar. A naturalização da violência é uma das dimensões da exclusão: quando acontece reiteradamente num lugar, põe em evidência o quanto ali se suspendem as regras da sociabilidade comum. O fenômeno droga se constitui como um analisador entre essas violências, pois é na relação entre elas que podem ser observados os processos de exclusão social.

Pode-se perceber como outra vulnerabilidade social as *situações de violência*. Estas permeiam as falas e as vidas dos adolescentes acolhidos. São vários os relatos envolvendo violência, tanto verbal quanto física, sofridas ou desferidas pelos próprios adolescentes.

Durante a observação, uma adolescente sentou-se ao meu lado para conversar e disse que não aguentava mais ficar ali, pois já estava há 2 meses sem poder sair do acolhimento. Eu perguntei porque não visitava os pais e ela disse que estava jurada de morte pela família de uma menina com quem brigou e ameaçou com uma faca. Isto aconteceu no bairro onde mora e por isso tem medo de voltar para a casa. (Diário de campo)

Este relato expõe como a violência afetou a vida desta adolescente e o tratamento na instituição, ela teve que se afastar do convívio social, da escola e da família para preservar sua vida. Os profissionais trabalharam no sentido de realizar passeios frequentes com a adolescente e inserir em uma escola afastada do bairro. Sua família precisava ir até o serviço para visitá-la, pois não era possível realizar as saídas autorizadas. A violência parece estar banalizada e normalizada nas relações e vivências desses adolescentes, seja fora ou dentro da instituição, como é o caso de uma situação de briga que ocorreu durante uma observação participante realizada no período da noite.

Segundo os adolescentes e profissionais é no período da noite que o “bixo pega”, que ocorrem mais conflitos, provavelmente por que é o período que todos estão na casa sem

realizar outras atividades. Enquanto eu estava jogando videogame com Jéssica, Roberta pergunta se ela iria conversar com José. Ela disse que estava jogando videogame e que a Roberta fosse falar sozinha. Roberta retrucou: “Mas você me prometeu.” Então Jéssica falou em tom ríspido: “chama ele aqui então, vai!” Em seguida, me perguntou se podia pausar o jogo um pouquinho e eu disse que sim. José chegou e perguntou: “Que foi?” e ela respondeu: “É o seguinte, a mina tá namorando um cara que tá na prisão e ela quer esperar ele sair, então ela não vai ficar com ninguém, nem com você, podepá?” Ele quis argumentar e ela concluiu: “Você entendeu o que eu disse?! Então vaza!” Ele foi embora e ela virou pra mim e pediu desculpas por interromper o jogo dizendo que ali o papo tem que ser direto e reto. Continuamos jogando até que Cleber falou alto para José: “Essa daí é uma vagabunda!” Jéssica jogou o controle no chão, levantou e foi falar com Cleber com gestos como se fosse brigar: “O que você falou? Me respeita, você não me conhece, continua falando isso que você vai levar uma lata na cara.” E fez gesto de arma com a mão como se fosse dar um tiro nele. Eles discutiram e ela pegou um lápis que estava em cima da mesa e ameaçou furar ele. Os monitores separaram os dois. Na semana seguinte quando cheguei à UAi perguntei o que havia acontecido naquela noite. Um monitor me disse que José tinha se trancado no quarto com Roberta para ficar com ela e os monitores tiveram que arrambar a porta para entrar no quarto. Roberta depois disso começou a dar fora nele e ele surtou, segundo o monitor, ficou muito agressivo e foi expulso da unidade por mau comportamento. Cleber evadiu da Unidade e no mesmo dia cometeu um roubo e foi para a Fundação Casa. (Diário de campo)

Assim, como o caso relatado do adolescente Cleber que, ao evadir da UAi vai para a Fundação Casa, muitos outros adolescentes seguem a mesma trajetória, isto é, saem da Fundação Casa e vão para a UAi e vice-versa. São situações que envolvem o *conflito com a lei* e que são relevantes para a discussão sobre as vulnerabilidades sociais. Embora a questão do conflito com a lei faça parte da realidade de muitos adolescentes deve-se ter o cuidado para que a noção de vulnerabilidade não remeta a novos estigmas e categorizações que estimulem a repressão e criminalização de faixa etárias e contextos específicos, principalmente quando relacionada à adolescentes inseridos no sistema socioeducativo (Malvisi, & Adorno, 2014). Na observação participante a questão do conflito com a lei apareceu em diversos momentos.

Em uma reunião de equipe, as profissionais (duas psicólogas e uma educadora social) conversam com João sobre seu pedido de voltar para o acolhimento. Ele entra na sala

cantando um *rap*, andando com passos largos e meio “marrento”. Elas perguntam como ele está e ele diz que tem feito coisa errada, que roubou uma casa e a polícia viu seu rosto na câmera, fala sobre tráfico, que atiraram em direção a casa dele e levaram seus irmãos para um abrigo. Ele diz que está com medo de morrer ou ser preso e por isso quer voltar para o acolhimento. As profissionais técnicas explicam como deve ser o comportamento dele dentro da unidade. Ele foi ficando calado, com expressão triste e olhando para a parede. Elas perguntam se ele entendeu, ele começa a chorar e xingar. Uma psicóloga sai da sala para conversar com ele na recepção, depois ele vai embora. Ela conta que ele não queria, de fato, voltar para o acolhimento, mas que queria fugir da polícia, estava com medo de ir para o abrigo como os irmãos ou morrer. (Diário de campo)

Os adolescentes muitas vezes querem ser acolhidos por não terem onde ficar ou porque estão em alguma situação de conflito com a lei, mas segundo os profissionais a UAi é um local de tratamento para drogas e as motivações dos adolescentes devem estar associadas às propostas da unidade para lidar com o uso de drogas. O problema com a justiça é um fator que dificulta ainda mais o cuidado com os adolescentes, visto que o tratamento sofre interrupções alterando o processo de adesão e o vínculo com a unidade. Como no caso relatado, o adolescente apresentou algumas alterações em seu comportamento devido à experiência de conflito com a lei: insegurança, medo da morte e da polícia, além da tentativa de evitar privações de liberdade.

São forças sociais que restringem as possibilidades de existência do indivíduo ajudando a confirmar seu lugar como: criança sem vínculo com a família; negro; pobre; em situação de rua; usuário de drogas; em conflito com a lei e com pouca escolaridade. Essas questões vão além do uso de drogas e dizem mais sobre o lugar que essas pessoas ocupam na sociedade promovendo sofrimento social e violência (Gomes, & Adorno, 2011).

O convívio dessas crianças e adolescentes com o mundo das drogas e problemas com a justiça começa muito cedo. Essa realidade se expressa pelo modo como se comunicam e lidam com as proibições legais. São aspectos que podem ser observados a seguir no relato do diário de campo sobre um menino que tinha por volta de nove a dez anos.

Estava desenhando na mesa da sala quando me juntei a ele. Ficamos sozinhos por alguns momentos e ele me mostrou o desenho do Tio Patinhas que estava pintando. Desenhou do lado várias folhas de maconha ao lado e escreveu 4:20 (código que remete ao uso de maconha) e o número 157 (Referente ao artigo penal que descreve o crime de roubo

mediante grave ameaça ou violência à pessoa), além de outras palavras que não compreendi. Quando perguntei o que significava ele falou: “Ah tia, ta me tirando, você não conhece as gírias das quebradas” e não me explicou. (Diário de campo)

O uso que ele faz de um vocabulário específico reflete seu universo cultural que perpassa assuntos relacionados às drogas e crimes, demonstrando, também, a necessidade de ser aceito pelo grupo com o qual convive e de pertencimento a um determinado contexto social.

Me chamou a atenção o caso de um adolescente que estava acolhido e foi para uma atividade do CAPSiAD. Quando ele saiu na calçada do serviço para fumar, logo foi abordado por policiais que passavam de carro pela rua e disseram: “Volta lá pra dentro neguinho.” E ele disse: “sim senhor” e entrou. (Diário de campo)

Esse episódio pode ser visto como um indicativo do processo de estigmatização sofrido pelos adolescentes em situação de vulnerabilidade. É interessante observar que, dependendo do contexto em que estes se encontram, são colocados como vítimas ou agressores da sociedade. O uso ou venda de drogas ilícitas perpassa várias instâncias sociais e o adolescente, como em um rodízio, acaba sendo colocado em posições sociais e tratado como caso de polícia, caso de saúde ou caso de assistência social, sem que estes serviços promovam um atendimento em conjunto e articulado. O risco do rodízio de lugares sociais pode ser a institucionalização desses adolescentes que passam por acolhimentos, abrigos, internações e privações de liberdade. A fragmentação do cuidado e da visão mais ampla do contexto social desses indivíduos pode prejudicar a percepção integrada de si mesmos e da articulação indivíduo-coletivo.

Outra situação de vulnerabilidade observada entre os adolescentes acolhidos na UAi é a *situação de rua*. Em uma reunião entre os profissionais da UAi e do CAPSiAD, estes comentaram que o uso de drogas era mais intenso nestas condições. Esta situação era considerada um ponto complexo para o tratamento, pois acentuava a exposição dos adolescentes a agravos à saúde, situações de risco, além de aumentar a oscilação da frequência na unidade:

A psicóloga diz que encontrou Sabrina, que estava sumida dos serviços, em um sinal pedindo moedas. Estava magra, abatida, triste e usando crack. Na discussão, os profissionais que já conhecem a história da adolescente comentam que Sabrina só pede moedas quando não está se prostituindo, pois segundo os profissionais quando ela está

com a auto estima baixa deixa de se prostituir e que o uso de crack tem muito mais relação com o “se colocar no lugar de lixo” do que com a dependência em si. (Diário de campo)

São meninos e meninas que estão mais suscetíveis à violação de direitos, seja pelo trabalho infantil, tráfico de drogas, exploração sexual, entre outras. No entanto, ainda existe grande invisibilidade dessa questão social complexa por parte das políticas públicas (Rizzini, & Couto, 2019). Nesse contexto, problemas cotidianos como uma doença (asma) ou a condição climática (frio) ganham novas proporções e se tornam mais complexos de serem resolvidos. Sendo assim, os adolescentes utilizam-se de estratégias criativas de sobrevivência, como é o caso de Luan.

Em um grupo pedagógico, pude presenciar a conversa da educadora Maria com um dos acolhidos que chamarei de Luan. Ela pergunta se ele ainda estava morando com a prima, mas ele diz que saiu de lá e agora está na rua. Maria então pergunta onde está dormindo e ele responde que fica perto do mercadão. O mercado municipal de Ribeirão Preto está localizado na baixada do centro e é um local que possui muitas pessoas em situação de rua. Naquele dia estava muito frio e nos preocupamos com o frio que ele pudesse estar sentindo. Luan, com um sorriso de esperteza, diz que por sorte deixou um cobertor embaixo do portão do CAPSiAD e quando lembrou pegou para dormir e não sentiu tanto frio. Me pego pensando em como esses adolescentes são sobreviventes. (Diário de campo)

Para uma profissional do CAPSiAD são diversas as dificuldades vivenciadas pelos adolescentes em situação de rua. É uma soma de situações complexas que não possui uma resposta simples. Nesse sentido, é possível perceber a impotência que os profissionais sentem ao trabalhar com essa população, pois independente das ações do serviço, essa é uma questão muito ampla que envolve várias vulnerabilidades e que depende de políticas públicas específicas e articulação em rede para serem efetivas.

O uso de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes é uma coisa muito complexa, né? É muito, muito difícil a criança em situação de rua, né? Quando ele está em situação de rua, quando ele está com esses vínculos rompidos. Toda coisinha... Tá com asma, quando ele tem um medo do cão do conselho tutelar, quando ele brigou na ONG. Isso

daí vira uma discussão pra mais de três dias seguidos, né? E no fim o que você fizer ali, com certeza não vai ser o suficiente, mas vai ser alguma coisa. (Serena)

Outra situação de vulnerabilidade que pode ser observada na unidade diz respeito à *relação familiar*. Os adolescentes que residiam com a família, relataram situações de vulnerabilidade, entre elas, situações de violência, negligência, uso de drogas por familiares ou até ausência destes.

Em uma conversa com uma monitora da UAi, discutimos sobre a relação entre a família e o uso de drogas dos adolescentes. Ela comenta que Gustavo, um adolescente de 17 anos que está acolhido há 6 meses (bastante tempo para o padrão de permanência na instituição), usa cocaína e esse uso tem relação com a dependência da avó em cocaína. Ela expõe vários exemplos de como as questões familiares tem relação com o uso e comportamento dos adolescentes. Também fala sobre um acolhido que é órfão e sobre Lucas e Luan, que são filhos de um homem que está preso e de uma mulher que é dependente de cocaína e que trabalha com prostituição. Pude acompanhar um grupo de familiares com esta mãe e ela conta sobre vivência com as drogas, de como a maioria dos filhos foram adotados e de situações de violência e hostilidade a que estava submetida. Diz que teve uma relação sexual bêbada com um amigo e engravidou, nesse tempo ainda estava casada e quando foi falar com o marido, o pai dele ameaçou-a com uma faca dizendo que o filho não era dele. São histórias de muita vulnerabilidade entre a família e os adolescentes. Lucas e Luan no período da coleta de dados estavam acolhidos, depois moraram com uma prima que incentivava o consumo de cocaína, pois também era usuária e então passaram um tempo em situação de rua. (Diário de campo)

Os profissionais do serviço, ao mesmo tempo que tentam reconstruir vínculos com a família, também precisam proteger os adolescentes da própria família. A coordenadora do serviço me conta que a ligação telefônica entre familiar e acolhido é estimulada pela equipe e acontece uma vez por semana, mas estas são supervisionadas para não ocorrerem situações de abuso, como relata:

Vou te dar um exemplo: uma mãe que visita uma filha todo sábado, vai pra dar recado de um senhor de idade incentivando a prostituição. Na verdade, ela está incentivando o abuso sexual que a filha sofre de um senhor de idade: “Você precisa sair logo, ele tá te

esperando”; “não me interessa o que você vai dar pra ele, eu quero a casa que ele tá te prometendo”; “ele me deu dinheiro, fala pra ele que eu gastei com você”. Aí a mãe vai embora e a menina chora: “Eu não quero me relacionar com ele, eu não gosto dele, minha mãe fica me forçando.” Então, a gente tenta dar uma filtrada nesse sentido, entendeu? (Helena)

Além das situações de abuso, também existem as situações de negligência, como foi observado em um grupo psicoterapêutico relatado no diário de campo:

A psicóloga inicia o grupo e pede para José desenhar sua família para ela conhecer, mas ele diz que não quer desenhar a família, parece muito resistente. Depois começa a se desenhar com uma cruz e um cifrão de tatuagem na cara. Desenha uma profissional do serviço junto a ele e diz que gosta dela. Depois diz que ficou feio. A psicóloga pega mais uma folha pra ele desenhar a família, ele se desenha com barba, o traçado é muito forte. Ele começa a conversar comigo e fala que vai me desenhar, faz um coração e depois coloca lágrimas no coração e em mim. A psicóloga começa a perguntar por que ele está chorando no desenho e ele fala que não quer ver a mãe. Ela conversa com ele sobre a mãe, mas ele fica muito resistente e fala que ela não para de falar e que ele não quer falar da família, pois a mãe não quer vê-lo. Ao final do grupo, José vai embora e a psicóloga conversa comigo e com a coordenadora sobre o desenho que ele fez pra mim. A coordenadora diz que faz muito sentido, pois quando foram buscá-lo da saída autorizada com a família, ele estava sozinho sentado no portão esperando, porque a mãe tinha ido beber em um bar. Ele reclamava de dor de cabeça, depois descobriram que ele ficou o dia inteiro sem comer. Eu saio com uma sensação muito ruim de lá, pensando sobre a situação de abandono desse menino. (Diário de campo)

O trabalho dos profissionais em uma Unidade de Acolhimento precisa estar atento às vulnerabilidades familiares, deve haver a tentativa de reconstrução do vínculo, mas acima de tudo, o acolhimento deve ser um local protetivo para essas crianças e adolescentes. Quando o Estado não possui intervenções efetivas na área social, a família é cobrada a responder pelos seus membros, mas muitas vezes não tem condições, ficando sobrecarregada, devido à situações de vulnerabilidade socioeconômica (Gomes, & Pereira, 2005). De acordo com a coordenadora da unidade, a referência familiar dos adolescentes acolhidos é vinculada quase unicamente às mulheres da família, sendo elas, mães ou avós:

A gente costuma brincar (de mal gosto inclusive) que pai aqui é artigo de luxo! . . . De todos os atendidos eram 2 só [pai como referência familiar]. O restante o pai ele existe, mas é bem distante, distante da gente ou distante do cuidado do adolescente mesmo. Ou ele existe, mas o adolescente não se relaciona com esse pai. Ou não existe de alguma forma nem no documento, não tem a paternidade reconhecida ou já faleceu enfim... Ou é mãe ou tem muita avó que vem também. (Helena)

A responsabilização pelo cuidado está associada quase exclusivamente ao gênero feminino e tem influência significativa na sobrecarga dessas mulheres. Ou seja, o cuidado não é compartilhado e acaba sendo responsabilidade de apenas um membro da família, que na maioria das vezes, é do gênero feminino. Além disso, outra questão que contribui para essa sobrecarga é a falta de políticas de suporte, direcionadas a mulheres, que considerem as vulnerabilidades relativas à questões financeiras, de gênero e de saúde mental. Sendo assim, maiores investimentos em políticas públicas para mulheres poderiam refletir positivamente no cuidado desses adolescentes.

Considerações finais

Assim, percebe-se que diferentes vulnerabilidades encontram-se associadas, tanto ao contexto familiar, como ao desenvolvimento social, intelectual e às perspectivas de futuro desses adolescentes. Faz-se fundamental que a rede de atenção psicossocial seja fortalecida e articulada para dar conta do cuidado a esta população, que precisa não só do tratamento na UAi e no CAPSiAD, mas também de reinserção escolar, participação em atividades de lazer, culturais e esportivas que auxiliem na socialização e no desenvolvimento de diferentes habilidades de vida. Assim como, a família precisa ser amparada e cuidado, já que um de seus membros pode estar sobrecarregado com o cuidado (Gomes, 2015).

Compreender as vulnerabilidades sociais expostas nesse capítulo é olhar para o fenômeno das drogas como uma questão complexa influenciada por aspectos sociais, políticos e econômicos mais amplos, e não apenas como um transtorno individual que pode ser tratado com o isolamento do indivíduo do contexto e convívio social com a finalidade única de promover a abstinência. É considerar que o uso de drogas está associado à vários fatores, entre eles, à tentativa de manejo do sofrimento social, assim como, sobreviver em meio a faltas cotidianas e vulnerabilidades. Essa maneira de entender o uso de drogas implica a construção

de práticas e formulações de políticas públicas que reflitam sobre o sofrimento social e suas causas. O sofrimento social, neste sentido, pode ser entendido não apenas como um conceito, mas também uma forma de intervenção e transformação social. Este abrange diversas experiências de angústia, dor, trauma, transtornos e injustiças resultante de forças (políticas, econômicas e institucionais) que alteram decisivamente a experiência humana, não focalizando em sua dimensão individual, mas como uma experiência social com determinantes mais amplos, já que problemas pessoais e sociais costumam possuir uma relação estreita (Kleinman, Das, & Lock, 1997).

Esses adolescentes estão suscetíveis a diversos problemas relacionados à pobreza e a exclusão social que são agravados pela fragilidade na execução das políticas públicas. Essas questões provocam intenso sofrimento social que pode ser, inclusive, amenizado pelo uso de drogas. Assim, a falta de acesso a serviços públicos é considerada um sofrimento social maior do que o próprio uso de drogas. Tal sofrimento pode também se tornar um agravo a saúde quando os adolescentes são submetidos a ações de saúde iatrogênicas com práticas distantes das previstas nas portarias ministeriais, na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e Adolescentes. Os efeitos dessas ações podem resultar na prescrição de medicamentos que potencializam o efeito das drogas já usadas e na internação em instituições totais (Jimenez, Adorno, & Marques, 2018).

Para Epele (2012), os processos de marginalização, criminalização, institucionalização e punições sociais produzem maneiras de “tratar” essas populações que muitas vezes reproduzem formas de maus-tratos por parte de diversas instituições (políticas, justiça, saúde, policiais, religiosas, não governamentais). A autora busca propiciar uma discussão sobre como reorientar para a produção de novas práticas, saberes institucionais e informais considerando as particularidades relacionadas ao consumo de drogas que fazem do cuidado uma atividade complexa e específica. Refletir sobre o “bom trato” está relacionado ao surgimento de novos laços sociais e subjetividades.

O uso de drogas é algo transversal às situações de vulnerabilidade comentadas, já que se trata de adolescentes acolhidos devido ao uso de drogas, mas seu tratamento deve ser planejado abrangendo questões sociais mais amplas. Caso contrário, o cuidado pode acabar revertido em novas formas de discriminação e exclusão social, sejam elas ocasionadas pela institucionalização, medicalização, controle social, criminalização e patologização da pobreza, entre outras. Segundo Schezzi (2013), discutir as vulnerabilidades é também ampliar a noção de saúde, ultrapassando o cuidado com as doenças, incluindo outros problemas de ordem social, tais como a violência, a desigualdade e os diferentes modos de exclusão, além do uso de drogas.

A ausência de integração entre as políticas públicas e instituições, especificamente com relações as demandas de crianças e adolescentes, induz à falta de percepções globais de aspectos sociais e seus fatores multicausais promovendo resultados ineficazes. Para combater as situações de vulnerabilidade sociais é necessário a superação de abordagens incompletas e reducionistas, tendo em vista que a exclusão, desigualdades sociais, discriminações e a violência estão relacionados entre si por múltiplos fatores formando complexas redes causais (Abramovay et al., 2002).

Referências

- Abramovay, M., Castro, M. G., Pinheiro, L. C., Lima, F. S., & Martinelli, C. C. (2002). *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas*. Brasília: UNESCO.
- Abramovay, M., & Castro, M. G. (2002). Jovens em situação de pobreza, vulnerabilidades sociais e violências. *Cadernos de Pesquisa*, (116), 143-176. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742002000200007>
- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia, C. M Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. (pp. 117-139). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Brasil. (2010). *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Carmo, M. E. & Guizardi, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(3), e00101417. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00101417>
- Carvalho, J. E. C. (2008). Violência e sofrimento social: a resistência feminina na obra de Veena Das. *Saúde e Sociedade*, 17(3), 9-18. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000300003>
- Crives, M. N. S., & Dimenstein, M. (2003). Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um programa público. *Saúde e Sociedade*, 12(2), 26-37. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902003000200004>
- Epele, M. (2012). Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização. *Mana*, 18(2), 247-268. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132012000200001>
- Fernandes, L., & Ramos, A. (2010). Exclusão social e violências quotidianas em bairros degradados: etnografia das drogas numa periferia urbana. *Toxicodependências*, 16(2), 15-

27. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-48902010000200003&lng=pt&tlng=pt.

Fernandes, L. (1995). O sítio das drogas: etnografia urbana dos territórios psicotrópicos. *Toxicodependências*, 1(2), 23-33. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56439/2/84118.pdf>.

Gomes, B. R., & Adorno, R. C. F. (2011). Tornar-se "nóia": trajetória e sofrimento social nos "usos de crack" no centro de São Paulo. *Etnográfica*, 15(3), 569-586. Recuperado de <http://journals.openedition.org/etnografica/1076>.

Gomes, J.C. (2015). *Demanda de atendimentos para crianças e adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSiAD) do interior de São Paulo*. (Relatório de Iniciação Científica). São Paulo, SP: FAPESP.

Gomes, M. A., & Pereira, M. L. D. (2005). Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2), 357-363. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000200013>

Guareschi, N. M. F., Reis, C. D., Huning, S. M., & Bertuzzi, L. D. (2007). Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 7(1), 17-27. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812007000100003&lng=pt&tlng=pt.

Jimenez, L., Adorno, R. C. F., & Marques, V. R. (2018). Drogas - Pra que te quero? Drogadição e Adolescência na Voz dos Socioeducadores. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, 1-11. <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e34412>

Kleinman, A., Das, V., & Lock, M. (Eds.). (1997). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press.

Malvasi, P. A., & Adorno, R.C. F. (2014). A vulnerabilidade e a mente: conflitos simbólicos entre o diagnóstico institucional e a perspectiva de jovens em cumprimento de medida socioeducativa. *Saúde e Sociedade*, 23(1), p. 30-41. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000100002>

Manso, A. (2013). Cidade, desinscrição social e desvio juvenil – Uma narrativa Possível. *AGIR - Revista Interdisciplinar de Ciências Sociais e Humanas*, 1(3), 184-195. Recuperado de https://www.academia.edu/10167462/Cidade_desinscri%C3%A7%C3%A3o_social_e_desvio_juvenil_Uma_narrativa_poss%C3%ADvel.

Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012. (2012, 26 de janeiro). Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*, seção 1.

Pussetti, C., & Brazzabeni, M. (2011). Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. *Etnográfica*, 15(3), 467-478. Recuperado de

[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65612011000300003&lng=pt&tlng=.](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65612011000300003&lng=pt&tlng=)

- Rizzini, I., & Couto, R. M. B. (2019). População infantil e adolescente nas ruas: Principais temas de pesquisa no Brasil. *Civitas – Revista de Ciências Sociais*, 19(1), 105-122. <https://dx.doi.org/10.15448/1984-7289.2019.1.30867>
- Schezzi, D. H. T. (2013). Internação compulsória da vulnerabilidade social. *Saúde & Transformação Social*, 4(2), 1-3. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/2302>.
- Tavares, B. F., Béria, J. U., & Lima, M. S. (2004). Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Revista de Saúde Pública*, 38(6), 787-796. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000600006>

4.2 Maternagem como forma de cuidado institucional a crianças e adolescentes usuários de drogas

Figura 7 – Recorte da pintura As Três Idades da Mulher de Gustav Klimt (1905)



*“Cê quer saber então vou te falar
Porque as pessoas sadias adoecem
Bem alimentadas ou não, porque perecem?
Tudo está guardado na mente
O que você quer nem sempre condiz com o que o outro sente
Eu tô falando é de atenção que dá colo ao coração e faz marmanjo chorar
Se faltar um simples sorriso ou às vezes um olhar
... E aliás, cá pra nós, até o mais desandado
Dá um tempo na função, quando percebe que é amado”
(Ainda há tempo – Criolo)*

Resumo: A literatura aponta a existência de fragilidades na rede de atenção psicossocial, sobretudo, no tratamento de crianças e adolescentes usuários de drogas. O estudo teve como objetivo compreender, a partir do referencial teórico da maternagem, como uma Unidade de Acolhimento infantojuvenil vem oferecendo cuidado a crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de drogas em situação de vulnerabilidade social. A constituição do *corpus* foi realizada por entrevistas semiestruturadas com oito profissionais e 65 horas de observação participante. A partir da análise temática foram construídos três temas: 1) Ambiente: sobre atenção às necessidades básicas e construção de rotina; 2) Olhar: sobre empatia e ampliação de perspectivas; 3) Agressividade: sobre novas formas de se relacionar. São importantes ações que visem a construção de cuidado para essa população específica, assim como, a qualificação profissional, já que está é uma temática atual e fragilmente estruturada.

Palavras-chave: Criança; Adolescente; Usuários de drogas; Centros de tratamento de abuso de substâncias.

Um dos desafios atuais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) refere-se ao atendimento oferecido a crianças e adolescentes usuários de drogas. O atendimento, dependendo da organização do município, é realizado no Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi) ou álcool e drogas (CAPSad). Entretanto, existem dificuldades relacionadas às limitações desses serviços. O CAPSi apresenta dificuldades em atender demandas relacionadas ao uso de drogas e o CAPSad pode apresentar pouca adequação e difícil acesso pela população infantojuvenil ao não considerarem as especificidades dessa faixa etária (Conceição, Andreoli, Esperidião, & Santos, 2018).

A RAPS caracteriza-se por um conjunto de serviços de saúde e saúde mental que, articulados em níveis de complexidade crescente, disponibiliza ações em conjunto, buscando garantir a integralidade da assistência à saúde. Um dos componentes da RAPS é a Atenção Residencial de Caráter Transitório que está dividida em dois serviços: as Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial que inclui as Comunidades Terapêuticas (Ministério da Saúde, 2011).

As Unidades de Acolhimento são instituídas pela Portaria nº 121/12 e referenciadas pelo CAPS, fornecendo atenção residencial de caráter transitório e voluntário a pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, em situação de vulnerabilidade social por até seis meses. Estão divididas em equipamentos voltados para o atendimento do público adulto (UA) e infantojuvenil (UAi) sendo alternativas à internação em clínicas particulares e comunidades terapêuticas. A UAi atende crianças e adolescentes de dez a dezoito anos de ambos os sexos, devendo considerar no projeto terapêutico singular, acolhimento humanizado, reinserção social, vínculo familiar e articulações com a rede, entre outros (Ministério da Saúde, 2012).

Devido à recente implantação e reduzida habilitação de UAis, jovens usuários de drogas acabam sendo atendidos ou internados em instituições voltadas para adultos, como é o caso do CAPSad, ou equipamentos religiosos, como Comunidades Terapêuticas (Jimenez, Adorno & Marques, 2018). Sendo assim, é fundamental a investigação de formas de tratamento que visem especificamente o cuidado dessa população.

Uma alternativa para superar os modelos existentes de cuidado impessoal que distanciam pacientes e profissionais, é a maternagem, conceito que pode ser ampliado para o cuidado de pessoas com diferentes idades em ambiente institucional (Winter & Duvidovich, 2004). Por maternagem entende-se o conjunto de cuidados providos por quem exerce a função materna no atendimento às necessidades do bebê, sejam elas físicas ou emocionais. Ela está relacionada à capacidade de compreensão dessas demandas de maneira suficientemente boa e

o estabelecimento de proteção, limites e rotina que auxiliem no crescimento, desenvolvimento e estabilidade emocional da criança (Miranda & Martins, 2009).

Winnicott deteve-se ao estudo da maternagem e relações intrafamiliares, destacando como o ambiente se constitui fundamental para o desenvolvimento emocional dos indivíduos pelo oferecimento de sustentação afetiva (*holding*), manejo físico (*handling*) e realização (*realising*) ou apresentação de objetos, que permitem que o processo de amadurecimento emocional ocorra (Winnicott, 1964/1994). Winnicott (1963/1983, p. 80) aponta que “normalidade significa tanto saúde do indivíduo como da sociedade, e a maturidade completa do indivíduo não é possível no ambiente social imaturo e doente”, especialmente por enfatizar que há três ambientes na vida do bebê: o primeiro é a figura materna, seguido da escola e da sociedade. Se a criança/adolescente apresenta sofrimento psíquico, este pode aparecer na relação com qualquer um desses ambientes (familiar, escolar ou social), sendo possível que nestas interações haja o provimento de cuidados e suporte emocional em diferentes âmbitos (Mishima-Gomes, Dezan & Barbieri, 2014).

Nesse sentido, Chinalia, Assis, Visintin e Aiello-Vaisberg (2018) assinalam ser válido ampliar a noção de ambiente para além das relações familiares, considerando os contextos sociais, históricos, econômicos e culturais, principalmente se considerada a acentuada desigualdade socioeconômica brasileira. Favero, Vitale e Baptista (2008) discutem como as situações de vulnerabilidade social vivenciadas pelas famílias afetam no rompimento do vínculo familiar e, conseqüentemente, no desenvolvimento de uma maternagem suficientemente boa.

Nesta relação inicial com a figura provedora, se o cuidado foi suficientemente bom, o indivíduo sente-se seguro, autoconfiante e capaz de se relacionar socialmente. Caso a relação com o primeiro ambiente do bebê seja desfavorável ao seu desenvolvimento emocional, ou seja, permeada por falhas intensas e intrusivas, a insegurança, o medo e a deficiência afetiva tornam-se presentes. Como meio de diminuir essa lacuna e aplacar a angústia, o indivíduo pode buscar uma relação com o ambiente social que é baseada no ter e consumir, ou seja, por meio de comportamentos aditivos, como o comer excessivo ou uso de drogas (Monteiro, 2009; Zimerman, 2009; Mishima-Gomes, 2011).

É importante destacar que se o indivíduo não teve experiências suficientemente boas com a figura materna, congelando seu desenvolvimento afetivo, ainda é possível que outros ambientes sejam capazes de realizar o provimento emocional, como a escola ou o próprio meio social (Andrade, Mishima-Gomes & Barbieri, 2018). Nesse sentido, a maternagem inserida no contexto institucional sugere uma relação de cuidado pautada na proximidade, no vínculo, no

cuidado individualizado e na escuta qualificada para as singularidades de cada caso (Winter & Duvidovich, 2004).

Considerando a necessidade de construção de espaços que atendam adequadamente às demandas de crianças e adolescentes usuários de drogas, o presente estudo tem como objetivo compreender, a partir do referencial teórico da maternagem, como uma unidade de acolhimento do interior de São Paulo vem oferecendo cuidado a crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar.

Método

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo de caso qualitativo, estratégia geralmente utilizada quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos que estuda, elaborando questões do tipo “como” e “porque” para investigar um determinado fenômeno social contemporâneo e complexo, que ocorre em seu contexto natural. Devido às complexidades relacionadas ao que se pretende estudar, são utilizadas múltiplas fontes de coleta de dados para se investigar o caso (Yin, 2015).

O estudo foi realizado em uma UAi do interior de São Paulo. O equipamento está dividido em duas residências complementares no que diz respeito ao cuidado oferecido às crianças e adolescentes acolhidos. Estão localizadas em uma região central do município, contando com a mesma equipe composta por 15 profissionais: uma coordenadora, duas psicólogas, duas educadoras sociais, uma faxineira, uma cozinheira e oito monitores que se revezam para permanecer em duplas 24h no local. A UAi foi fundada em 2014, é referenciado pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantil álcool e outras drogas (CAPSiAD) e funciona 24 horas por dia, sete dias por semana, com 10 vagas para moradia transitória de caráter voluntário para crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de drogas (Portaria n. 121, 2012). Após sua implantação, os profissionais perceberam que o espaço era frequentado por muitos usuários e profissionais, um local com perfil extremamente institucional, onde já tinha funcionado um asilo e uma casa de repouso. Assim, a UAi foi transferida para uma casa com características residenciais e as atividades burocráticas, oficinas, atendimento e grupos foram transferidos para outra residência com horário de funcionamento das 8 às 17 horas de segunda à sexta, atendendo crianças e adolescentes em situação de risco. No local funcionam atividades durante o dia (oficinas musicais, atendimento individual e grupal pedagógico e psicológico) para acolhidos na UAi e para adolescentes que não estão acolhidos, mas em situação de risco para o uso de drogas e suas respectivas famílias.

Essas adaptações vão ao encontro do conceito de ambiência, que, na saúde, está relacionada ao tratamento do espaço físico, visto como local para estabelecimento de relações interpessoais acolhedoras, resolutivas e humanas, além de local social e profissional. Os territórios são inseridos no debate da humanização, considerando as situações construídas nos espaços a partir dos contextos sociais, culturais e temporais das relações grupais que ali interagem (Ministério da Saúde, 2010).

Participaram do estudo oito profissionais da UAI, selecionados de acordo com a variabilidade das funções exercidas e proximidade com o cuidado dos acolhidos. Visando a preservação de suas identidades serão identificados com nomes fictícios.

Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, que abordavam as concepções dos profissionais acerca das práticas desenvolvidas na UAI, dentre elas, as atividades realizadas, avanços e impasses enfrentados na rotina, estratégias utilizadas para oferecer acolhimento humanizado, socialização, integração familiar, reinserção social, articulação com a rede, dificuldades encontradas e melhorias possíveis. Também foi utilizado durante todo o processo de pesquisa um caderno de campo, no qual foram anotados dados da observação participante que contribuiriam para compreender o contexto de pesquisa.

A coleta de dados foi realizada nas duas residências que compõem a UAI, a pesquisadora acompanhou a rotina do serviço e a realização das oficinas e atividades desenvolvidas pelos profissionais técnicos, a partir da observação participante. Ao total, foram realizadas 65 horas de observação participante divididas em períodos e dias diversos da semana ao longo dos dez meses de coleta. Também foram observadas reuniões realizadas entre as equipes do CAPSiAD e UAI. As entrevistas com os profissionais foram realizadas durante a observação participante nos serviços em ambiente preservado, resguardando-se os princípios de privacidade e audiogravadas em gravador digital, mediante anuência das participantes. A participação na pesquisa foi voluntária e precedida por informações e esclarecimentos sobre os objetivos e procedimentos do estudo com leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todos os participantes antes do início das entrevistas. Houve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº 72999417.0.0000.5407), respeitando-se todos os aspectos éticos para desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, atendendo à Resolução n. 510 (2016).

A análise das entrevistas foi realizada por meio da técnica de análise temática proposta por Braun e Clarke (2013) como método para identificar, analisar e relatar temas nos dados. Essa análise tornou possível organizar e descrever os dados de modo detalhado, auxiliando na interpretação destes. A pesquisadora realizou transcrição integral de todas as entrevistas e familiarizou-se com os dados, efetuando leituras repetitivas das entrevistas e do caderno de

campo. A codificação da entrevista foi elaborada pela organização dos dados em três colunas, a primeira contendo a entrevista na íntegra, a segunda contendo uma síntese relacionada aos objetivos do estudo e a terceira com os grupos de significados identificados na entrevista. Neste processo, também houve o auxílio de uma juíza que realizou a codificação de três entrevistas semiestruturadas que, quando comparadas, foram semelhantes e coerentes entre si. Os potenciais temas foram construídos pela primeira e terceira autora após imersão nos códigos e discussão. As anotações do caderno de campo foram utilizadas para auxiliar a compreender os dados e dar sustentação à criação dos temas.

Resultados e Discussão

A partir da observação participante e da análise temática das entrevistas semiestruturadas foi possível identificar que o cuidado desenvolvido entre os profissionais da instituição e os adolescentes acolhidos tem características semelhantes ao conceito de maternagem: esse ambiente acaba tendo a função de fornecer recursos físicos e psíquicos que teriam sido insuficientes em outros contextos devido a vulnerabilidades sociais e familiares. Com isso, foram elaborados três temas referentes à maternagem no contexto institucional, a saber: 1) **O ambiente: sobre atenção às necessidades básicas e construção de rotina;** 2) **O olhar: sobre empatia e ampliação de perspectivas;** 3) **Agressividade: sobre novas formas de se relacionar.** Esses temas abordam a importância de um ambiente estruturado, estável e acolhedor para atender esses adolescentes, assim como a necessidade de um olhar particularizado e empático, para possibilitar a ampliação de perspectivas dos adolescentes e a construção de novas formas de se relacionar, a partir do diálogo e do manejo da agressividade.

Ambiente: atenção às necessidades básicas e construção de rotina

Este primeiro tema diz respeito à dinâmica da rotina organizacional na qual o adolescente está inserido. O tema foi elaborado a partir das falas dos profissionais extraídas das entrevistas, que descreveram desde o primeiro momento de ingresso na instituição, quando é necessária uma atenção particular às necessidades básicas, até a estruturação de uma rotina flexível e estabelecimento de regras em conjunto com os adolescentes.

Em um primeiro momento, quando o adolescente chega ao acolhimento, a instituição serve como local protetivo e o profissional precisa estar atento às necessidades fisiológicas básicas do adolescente, dentre elas, a alimentação, sono e higiene (definido por Winnicott,

1964/1994, como o *handling*). Torna-se difícil estruturar outras atividades para realizar o tratamento do uso de drogas enquanto essas necessidades básicas não forem supridas, essa é a base do cuidado, como comenta Maria:

A gente busca muito ter esse olhar mais voltado mesmo pro menino e qual a real necessidade dele naquele momento. Hoje a necessidade dele é só dormir, então ele vai dormir, não adianta a gente querer: “Ah, hoje o menino tem que fazer todas as atividades”. Sendo que o menino passou a semana acordado.

Nesse sentido, a instituição teria o papel de atender as necessidades desses adolescentes e de se adaptar a eles, de forma que o profissional tenha disponibilidade para valorizar o sofrimento do usuário e considerar suas expectativas sobre o serviço a partir de uma escuta qualificada (Ministério da Saúde, 2015). Para isso, os profissionais relatam que a flexibilidade é fundamental na estruturação da rotina, que é construída de maneira gradual, pois, segundo Maria, muitas vezes é na instituição que o adolescente terá o primeiro contato com regras e limites, e a adolescência por si só já é um período desafiador nesse aspecto: *“Só por ser adolescente já é mais complicado e os adolescentes que a gente acaba recebendo a maioria deles nunca teve isso por parte da família ou de qualquer outra pessoa, alguém que impusesse limite, alguém que colocasse regras.”*

Nesse ponto, a construção de regras, os limites físicos da instituição e a relação afetiva podem servir como uma forma de continente para os impulsos das crianças e adolescentes acolhidos. Essa proteção ambiental pode ser uma forma de maternagem desenvolvida em um ambiente institucional que se baseia na continência, ou seja, no empréstimo de recursos reais, afetivos e simbólicos pelos profissionais (Winter & Duvidovich, 2004).

Vale lembrar que o estabelecimento de regras é algo construído em conjunto com os acolhidos, sem autoritarismo, em uma relação horizontal de cuidado. Os profissionais comentam que é necessário explicar os motivos das regras, negociar e ter flexibilidade nessa construção, pois quando o adolescente compreende e constrói as regras em conjunto acaba se comprometendo com elas.

O ambiente do serviço também poderia ter função de organizar internamente a criança ou adolescente acolhido. Para isso, os profissionais entendem que a Unidade de Acolhimento precisa possuir semelhança residencial e ser previsível, ou seja, ter uma rotina estruturada. Os profissionais relatam que a UAi tem a intenção de ser um lar para os adolescentes, tanto fisicamente, semelhante a uma “casa de família”, quanto emocionalmente (*holding*). Desse modo, foi possível notar, com a observação participante e as falas dos profissionais, que os

monitores e educadores que acompanham as atividades diárias dos acolhidos, e que são responsáveis pelos cuidados mais próximos, possuem uma relação quase maternal de cuidado e vínculo, que se assemelha ao conceito de maternagem no ambiente institucional. Rafael comenta:

Então o carinho que a maioria dos funcionários tem é mais do que, querendo ou não acaba sendo nossa família, que a gente passa mais tempo com eles do que, eu no caso, com minha filha. E assim, tem raras exceções que a gente fica com o pé atrás com o menino, na maioria a gente gosta e trata como se fosse nosso filho, tanto na bronca, quanto no carinho.

O cuidado próximo e afetivo é fundamental para desenvolver o vínculo e a confiança entre profissionais e adolescentes. Esse é um processo lento e custoso para adolescentes em situações de vulnerabilidade social, pois a maioria não teve vivências de relacionamentos de confiança mútua, sendo que a experiência de um ambiente com características familiares e confiável pode estabelecer mais facilmente este vínculo. Para Sofia, as relações afetivas contribuem para o aprendizado do adolescente que não teve a oportunidade de ter esse tipo de relacionamento (Novaes, Vilhena, Moreira, & Zamora, 2009).

Eu gosto muito de contato físico, eu sou muito emocional, então eu beijo, eu abraço e eles às vezes se assustam porque eles não tem isso, né? A grande maioria não tem isso e acho que esse carinho, eu acho que é muito mais essa parte sentimental da coisa, eu acho que isso eles aprendem muito.

É necessário que as intervenções sociais e comunitárias desenvolvam ações para estabelecer um ambiente facilitador confiável, capaz de promover o provimento de cuidados de maneira estável, fundamentado no holding do profissional para que o sujeito possa vivenciar o ambiente de uma nova maneira (Junior & Silva, 2018).

Olhar: sobre empatia e ampliação de perspectivas

Esse tema busca trazer a importância do olhar particularizado e capacitado do profissional, que não reproduza estigmas e preconceitos sociais, mas sim amplie as possibilidades de expressão pessoal do adolescente, para que este possa se enxergar com novas perspectivas de vida. Os adolescentes que chegam ao serviço possuem histórias de muito

sofrimento social. São indivíduos que muitas vezes foram invisibilizados ou olhados de forma estigmatizada e preconceituosa. As consequências da invisibilidade são desastrosas para a construção de uma identidade, já que o existir está associado com o ser visto e reconhecido pelo outro (Winnicott, 1967/1975; Novaes et al., 2009). Helena aponta que é fundamental não reproduzir essa forma de visão do senso comum, mas ter um olhar profissional e empático:

Tratá-los como um todo, como parte de algo que não serve, olhar com preconceito. Por mais que eu trabalhe aqui, mas eu me nego a passar manteiga no pão, por que na minha cabeça eu me nego a passar manteiga no pão pra marginal, que é uma forma que a maioria das pessoas acabam vendo os meninos. Pra estar aqui precisa saber que esses meninos na verdade acabam sendo muito mais vítimas da sociedade, porque não tiveram acesso e olhá-los como possível de sair dessa realidade mesmo, de construir uma nova realidade.

A partir do processo de socialização, no contexto de uso de drogas, existe um afinamento da identidade pessoal aos papéis sociais relacionados a esse contexto, porém, os mesmos não são características naturais dos usuários e podem ser transformadas a partir da mudança de relações sociais que as reforçam e reproduzem (Arenari & Dutra, 2016). Maria comenta que esse é um trabalho demorado e gradual, que exige um olhar particularizado e humanizado para cada caso e o conhecimento da história de cada adolescente:

Eu acho que o fato de olhar mesmo pro menino, eu acho que esse é o trabalho que a gente tenta fazer, a gente não encontra muito hoje em dia órgãos que estão dispostos a fazer esse trabalho, mais olhando pro menino. Por mais que a maioria chega com essa situação de uso de drogas, cada um faz um uso diferente, cada um tem uma família diferente, cada um tem um histórico diferente.

Dessa forma, os profissionais têm a função de enxergar outras facetas deste indivíduo e, com isso, mostrar que existem outras formas de realidade e possibilidades de vida. “O que nos vibra enquanto seres sociais, que precisam interagir de maneira solidária e harmônica, não é aquela disciplina entendida como controle dos corpos, mas sim a emancipação, a ampliação da capacidade de prospecção: fazer a criança e o adolescente acontecer” (Ministério da Saúde, 2015, p. 55). Para Helena essa postura ética do profissional no cuidado também possibilita a criação de vínculo.

A partir do momento que eles entram, ele não é mais o Zé que vai apanhar da polícia, ele é o fulano de tal, que torce para o São Paulo, que curte comer macarrão, que gosta de futebol, que não curte batuque. É a particularidade de cada um que a gente consegue ir respeitando, olhando e trazendo para eles como esse pode ser você. Eles passam a se olhar minimamente de uma forma diferente, se respeitam um pouco mais e começam a entender que, de repente, não é só essa vida que tem pra eles, né? O que acaba funcionando mesmo é eles poderem entender que aqui eles são vistos como seres humanos com direito de acesso a dignidade e a vida.

A importância dessa mudança de olhar do profissional diz respeito ao efeito que pode gerar na forma como o próprio adolescente se enxerga. Os profissionais percebem que o adolescente, muitas vezes, se vê como não tendo lugar, não tendo valor. Para Simone é função do profissional trabalhar a autoestima e autoimagem dos adolescentes: *“Cuidar dessa visão que eles tem deles próprios, né? Muitas vezes eles não se permitem estar entre as pessoas. Um cuidado que a gente tem é com essa visão deles, mostrar que eles valem a pena, que eles tem lugar.”*

A construção de relações afetivas e instauração de um ambiente seguro e familiar, que gere confiança, contribuem para que o adolescente recupere sua autoestima e elabore conflitos vividos anteriormente (Novaes et al., 2009), prosseguindo seu desenvolvimento emocional. As atividades e oficinas propostas pelo serviço só fazem sentido para o adolescente quando este consegue se ver de outras formas, com novas perspectivas, podendo ser e estar em lugares diferentes (realização). Para os profissionais é importante que os adolescentes saibam que existe um lugar onde ele pode ter acesso ao estudo, ao trabalho, à cultura, a um atendimento psicológico, como um sujeito de direitos. Fazendo novas formas de vínculos que não só o da violência e das drogas.

Um olhar individualizado, relações afetivas e o respeito dos profissionais podem auxiliar o adolescente a se ver de formas diferentes e a construir a noção de respeito, confiança e empatia. Só a partir disso que é possível desenvolver um olhar para o outro, para Winnicott: *“Quando olho, sou visto; logo existo. Posso agora me permitir olhar e ver. Olho agora criativamente e sofro minha apercepção e também percebo”* (1967/1975, p. 157).

Agressividade: sobre novas formas de se relacionar

Para Winnicott (1946/1987) a manifestação da agressividade também está associada a privações e falhas ambientais intensas, sendo que é imprescindível a oferta de um ambiente protetor e estável para garantir que o tratamento de crianças e adolescentes que sofreram privação seja eficiente. A agressividade expressada por crianças é uma temática complexa e multifatorial, que abrange aspectos ambientais, constitucionais e psicológicos, é um tema estudado por diversas abordagens e que pode estar associada à maternagem (Basaglia & Souza, 2015).

Os relatos de agressividade são trazidos frequentemente pelos profissionais entrevistados, assim como presenciados na observação participante, como uma característica no comportamento da maioria dos adolescentes acolhidos. Os profissionais compreendem que os acolhidos trazem uma história de agressividade nas maneiras de se relacionar, que reflete as vivências de maus tratos, hostilidade e violência vivenciadas na rua, em instituições e na família. Segundo Junior e Silva (2018), as privações ambientais podem ser ampliadas para compreender as perdas de possibilidade de ser acolhido pela sociedade, devido às situações de vulnerabilidades sociais, vivência de relacionamentos hostis, violência social e institucional presentes na realidade brasileira. Helena comenta sobre como os adolescentes reproduzem um modelo de relação baseada na agressividade: *“Eles chegam aqui trazendo muita hostilidade do que eles recebem na rua, né? Eles ainda não sabem se relacionar com as pessoas de outra forma e é onde vem muito palavrão, muita briga, muito conflito”*.

A agressividade, nesse contexto, pode ser entendida também como sintoma frente a um sofrimento social determinado, não ligada apenas à experiência de privação afetiva, mas também na percepção precoce das desigualdades socioeconômicas e pela busca de reparação e justiça (Chinalia et al., 2018). Por sofrimento social entendem-se os padecimentos que incidem em contexto de opressão, discriminação e exclusão e causam sentimentos de desamparo, humilhação, culpa e injustiça (Aiello-Vaisberg, 2017). Para a psicóloga Simone a agressividade é observada relacionada ao manejo do sofrimento e é preciso um trabalho muito sutil, abstrato e manual para conseguir acessar suas vivências e seus sofrimentos:

Aqui eles estão gritando ajuda, mas eles também não conseguem vivenciar aquele sofrimento deles e quando eu vou trabalhar isso sobre o que eles vivem, os sofrimentos deles, aí é que eles entram numa onda de agressividade muito grande porque eles não conseguem entrar em contato com isso.

A partir dessa compreensão, os profissionais buscam possibilitar o aprendizado de formas alternativas de relacionamento. Para eles é preciso construir uma base ética nas relações por meio do diálogo e ações que estimulem o contato mais próximo, seja pelo contato físico ou pela demonstração de reconhecimento de valores como confiança mútua, isto é, aspectos que fortaleçam o vínculo entre os profissionais e os adolescentes. São questões que podem ser observadas nas falas de Sofia.

A gente escuta várias histórias deles de maus tratos e gritos em locais que por lei tinham que atendê-los. A gente tem esse perfil acolhedor e tá aqui pra mostrar que existe esse outro lado da moeda, né? Às vezes, eles chegam pra gente gritando, berrando, agressivos e como cobrar deles coisas que eles não aprenderam? Porque, às vezes, vêm da própria família os maus tratos, tudo é no grito, na pancada.

O ambiente pode ofertar uma nova experiência de convívio ao adolescente, uma vez que ele vivenciou uma falha ambiental intensa e prejudicial para a elaboração dos conflitos e retomada do desenvolvimento emocional. Essa provisão ambiental exige um manejo capaz de proporcionar cuidados confiáveis e estáveis, que deem conta de retomar a esperança do adolescente para que ele passe a acreditar em si mesmo e, por consequência, nos outros, podendo construir, de modo criativo e pessoal, uma nova perspectiva de vida (Junior & Silva, 2018; Onocko-Campos, 2018). Indo nessa direção, os profissionais entendem que é preciso demonstrar carinho no modo de tratá-los, afirmando que é possível uma convivência que não seja pelo viés agressivo. Isto faz parte de um aprendizado permanente e diário, como comenta Sandra:

Mas esse carinho, acho que faz a diferença! Porque a gente sabe que são crianças que não tem isso do abraçar, do “oi, tudo bem?”. Então, a gente pode mostrar que existe uma outra forma de viver a vida, que a gente conquista as coisas também na conversa, no respeito, na educação.

Simone ressalta que quando o profissional aborda o adolescente de modo diferente, demonstrando atenção, disponibilidade e reconhecimento da importância de suas experiências e necessidades, produz mudanças em seu comportamento, permitindo que se expresse sem recorrer à agressividade, compreendendo que o diálogo é uma alternativa para compartilhar anseios e dificuldades.

Fica aquela briga, disputa de quem vai falar mais alto, mas quando a gente chega com jeito, com carinho pra conversar eles conseguem entender, explicar o porquê eles estão agindo daquela forma. É o que a gente tenta ensinar pra eles, eles não precisam destruir tudo pra falar que eles estão com saudade do irmão, eles podem sentar com a gente pra conversar e a gente vê o que pode ajudar.

Os dizeres dos profissionais apontam que deve partir deles a proposta ética de relacionamento. Esse é o desafio diário que os profissionais enfrentam e que para muitos é vivido como um sofrimento. Alguns profissionais relatam a dificuldade de lidar com o comportamento agressivo dos adolescentes, pois em muitas situações interpretam como “falta de respeito”, ataque, ofensa pessoal e problemas de disciplina. Fernanda diz que esse entendimento foi algo que ela aprendeu na prática: “No começo chorei muito, por que os meninos xingavam a gente, né? Xinga ainda. E eu achava que era comigo ‘Nossa, eu venho dou carinho e eles xingam’. Hoje eu consigo entender isso, mas demorou pra eu aprender”.

Existe um consenso entre os profissionais de que “bater de frente”, promove conflito e enfrentamento, não sendo indicado na atuação com os adolescentes, já que o intuito é desenvolver novas formas de se comunicar a partir do diálogo. Isso vai em direção ao que aponta o guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, que descreve técnicas para manejo da agressividade, denominadas como técnicas de redução na escalada de crise, abrangendo a postura compreensiva e reconfortante com utilização de métodos para resolução de conflitos (Ministério da Saúde, 2015). Fernanda relata essa aprendizagem na prática profissional:

Olha, a gente não pode bater de frente com eles, por que no começo eu batia muito de frente com eles, entendeu? E não adianta, porque se você bater de frente com eles você perde a razão. Você tem que saber falar com eles, né?

Os profissionais têm consciência de que reproduzir o modelo agressivo com base na reação ao comportamento do adolescente não promove mudanças no relacionamento, visto que apenas reitera o modelo que os próprios adolescentes estão familiarizados. Portanto, é preciso, segundo os profissionais, compreender os rompantes como externalizações ligadas às estruturas emocionais, psicológicas e familiares, tendo alteridade no cuidado e criando estratégias para desenvolver relacionamentos éticos. Uma das estratégias encontrada pelos profissionais para evitar conflitos está na alternância entre os monitores que trabalham em duplas, Vitória comenta: “Se ele está só me xingando, que nem hoje eu estou trabalhando com a Fernanda

‘Hoje o fulano está me xingando, então você vai ter que ficar com ele, por que ele não tá podendo me ver’”.

As atividades grupais possuem foco nas demandas percebidas pelos profissionais relacionadas ao convívio social, foi notado na observação participante que os grupos possuem poucos indivíduos com temáticas flexíveis e divididos por idade e gênero, o que contribui para trabalhar especificidades grupais. Simone indica que nesses grupos são trabalhadas diferentes formas de socialização: *“Eu trabalho bastante com eles habilidades sociais, construção de regras, respeito entre eles, que são as maiores dificuldades que eu vejo que aparecem na UAI”*.

Na observação participante também foi possível acompanhar o grupo de reflexão, que visa possibilitar e estimular o diálogo. Ele ocorre sempre ao final do dia, quando são tratadas situações da rotina do serviço e da vida dos adolescentes. Neste momento os monitores incentivam os adolescentes a conversarem sobre as atividades realizadas, suas dificuldades, suas experiências e sentimentos, buscando novas formas de lidarem com os conflitos que possam ter surgido ao longo do dia. Esta é uma estratégia de construção de recursos, que visa prepará-los para o convívio em diferentes contextos sociais, no enfrentamento da realidade (Mastelari, Pattarelli & Branco, 2018).

Os dizeres dos profissionais apontaram para a coesão do trabalho em equipe, aspecto importante para o estabelecimento da confiança e do vínculo com os adolescentes e familiares. Para Sandra, quando estes percebem que todos estão a par do contexto de vida de cada um e se esforçam em conjunto na realização do cuidado passam a valorizar e reconhecer o trabalho desenvolvido.

Eu acho importante esse fortalecer de todos, um se preocupa com o outro, um cobra do outro, um quer que o outro desempenhe bem. Os meninos entendem que todos nós sabemos o que acontece e podemos dar esse suporte. Isso com as famílias também. . . essa confiança que as pessoas tem na gente que a gente passa pra eles

Nesse sentido, um cuidado efetivo visa à transformação social, reestruturação emocional e participação cidadã desses jovens, promovidas a partir da atenção às necessidades básicas, criação de laços fortes de afeto, assim como acesso a bens culturais, educação, mercado de trabalho, atividades artísticas que estimulem o autoconhecimento e a criatividade (Novaes et al., 2009).

A construção de um tratamento voltado ao uso de drogas de crianças e adolescentes possui várias demandas e complexidades, não sendo possíveis receitas prontas e rápidas. A relação de cuidado deve ser pautada na construção conjunta de estratégias que considerem as

singularidades das demandas do usuário e fortaleçam os vínculos com serviços e territórios (Ministério da Saúde, 2015). A maternagem, neste ponto, pode ser uma ferramenta para o cuidado específico desta população em um contexto institucional. Intervenções justas, éticas e coerentes devem considerar como pressuposto que o ser humano é um ser social que necessita de ambientes solidários, tanto no aspecto familiar como comunitário e social para seu amadurecimento (Chinalia et al., 2018).

Crianças e adolescentes usuários de drogas ainda são atendidos por dispositivos planejados para adultos, desse modo, pensar formas de cuidado que sejam específicas para essa população se faz necessário. Assim, poderão ser obtidos mais subsídios para a construção de políticas públicas voltadas ao cuidado de adolescentes usuários de drogas, tendo em vista que esta é uma temática atual e fragilmente estruturada.

Importante destacar que, se os adolescentes não puderam ter experiências suficientemente boas e a vivência de *holding* no ambiente familiar, eles podem receber o devido cuidado e suporte afetivo em outro ambiente, fazendo com que possam retomar seu desenvolvimento emocional, se fortalecer e viver em sociedade. Ao acolher e oferecer sustentação emocional, as instituições possibilitam que o adolescente encontre o outro, sinta-se visto em suas necessidades e, assim, desenvolva a segurança, confiança e autoestima necessárias para o convívio social.

Desse forma, este estudo traz contribuições para a compreensão de fatores que são importantes em serviços de acolhimento de crianças e adolescentes usuários de drogas. O cuidado deve abranger desde atenção às necessidades básicas, como alimentação e construção de rotina, passando pela criação de vínculos, até o auxílio no manejo da agressividade. Estes são elementos que precisam ser considerados na construção de políticas e equipamentos de cuidado a esta população.

Além disto, é imprescindível o fortalecimento da articulação da rede de cuidados, já que a maternagem no contexto institucional acaba sendo um trabalho protetivo temporário, e outros equipamentos precisam continuar a prover estes elementos de maternagem.

Um dos limites deste estudo foi entrevistar apenas profissionais do serviço, sem ampliar estas entrevistas aos adolescentes e familiares. Entretanto, a observação participante realizada auxiliou a ampliar as compreensões sobre a temática estudada e minimizar este limite. Sugere-se que pesquisas futuras avaliem como esta função de maternagem é continuada após a saída do adolescente do equipamento de acolhimento.

Referências

- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2017). Estilo Clínico Ser e Fazer: Resposta Crítico-Propositiva a Desperzonalização e Sofrimento Social. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 37(92), 41-62. Recuperado em agosto 07, 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2017000100005&lng=pt&tlng=pt.
- Andrade, M. L.; Mishima-Gomes, F. K. T.; Barbieri, V. (2018). Children's Grief and Creativity: The Experience of Losing a Sibling. *Psico-USF*, 23(1), 25-36. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712018230103>
- Arenari, B., & Dutra, R. (2016) A construção social da condição de pessoa: premissas para romper o círculo vicioso de exclusão e uso problemático do crack. In J. SOUZA (Org.), *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas.
- Basaglia, A. E., & Souza, M. A. (2015). Dificuldades de maternagem em um grupo de mães de crianças agressivas. *Psicologia: teoria e prática*, 17(1), 15-25. Recuperado em julho 10, 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000100002&lng=pt&tlng=pt.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: Sage.
- Chinalia, M., Assis, N., Visintin, C., & Aiello-Vaisberg, T. (2018). Furtos de Bagatelas e Sofrimento Social: uma Interlocação com o pensamento winnicottiano. *Psicologia Revista*, 27(1), 35-56. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2018v27i1p35-56>
- Conceição, D. S., Andreoli, S. B., Esperidião, M. A., & Santos, D. N. (2018). atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2008-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(2). <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000200002>
- Conselho Nacional de Saúde (Brasil). (2012). Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília.
- Favero, E. T., Vitale, M. A. F., Baptista, M. V (2008). *Famílias de crianças e adolescentes abrigados: que são como vivem o que pensam o que desejam*. São Paulo: Paulus.
- Jimenez, L., Adorno, R., & Marques, V. R. (2018). Drogas - Pra que te quero? Drogadição e Adolescência na Voz dos Socioeducadores. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34. <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e34412>
- Junior, A. A. P., & Silva, S. M. (2018). O Adolescente em Conflito com a Lei e a Tendência Antissocial: Compreensão e Intervenção à Luz da Psicanálise Winnicottiana. *Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade*, (17), 82-89. <http://dx.doi.org/10.17921/2176-5626.n17p82-89>

- Mastelari, T. B.; Pattarelli, S., C.; Branco, P. M. C. (2018). Contribuições winnicottianas para uma clínica psicanalítica diferenciada. *Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa*, 30(59), 129-131. Recuperado em setembro 04, 2019, de <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/155>.
- Ministério da Saúde (Brasil). (2010). *Ambiência*. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Editora: MS, Brasília.
- Ministério da Saúde (Brasil). (2011). Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Diário Oficial da União*, Brasília.
- Ministério da Saúde (Brasil). (2012). Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília.
- Ministério da Saúde (Brasil). (2015). *Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas*. Editora: MS, Brasília.
- Mishima-Gomes, F. K. T. (2011). *Obesidade feminina: considerações a partir do Psicodiagnóstico Interventivo*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. <http://dx.doi.org/10.11606/T.59.2011.tde-11082011-163936>.
- Mishima-Gomes, F. K. T.; Dezan, S. Z.; Barbieri, V. (2014). “Não pode!”: a função paterna e a obesidade infantil. *PSICO* 45(2), 176-186. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2014.2.13307>
- Miranda, M. A., Martins, M. S. (2009). *Maternagem: Quando o bebê pede colo*. São Paulo: Terceira Margem, 2.
- Novaes, J. D. V., Vilhena, J., Moreira, A. C. G., & Zamora, M. H. (2009). As crianças que ninguém quer: a clínica psicanalítica em uma instituição de portas abertas. *Arquivos brasileiros de Psicologia*, 61(1), 16-29. Recuperado em agosto 14, 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000100003&lng=pt&tlng=pt.
- Onocko-Campos, R. (2018). Comportamento antissocial nos jovens com sequela da privação: contribuições da clínica winnicottiana para as políticas públicas. *Interface*, 22(67), 1091-1098. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0315>
- Winnicott, D. W. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In D. Winnicott, *O brincar e a realidade* (J. O. A. Abreu, & V. Nobre, Trads., pp. 153-162). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1967).
- Winnicott, D. W. (1983). Da dependência a independência no desenvolvimento do indivíduo. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 79-87). Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1963).
- Winnicott, D. W. (1987). Alguns aspectos psicológicos da delinquência juvenil. In D. W. Winnicott. *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1946).

- Winnicott, D. W. (1994). A importância do setting no encontro com a regressão na psicanálise. In C. Winnicott, R. Sheperd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (J. O. A. Abreu, Trad., pp. 77-81). Porto Alegre: Artmed. (Originalmente publicado em 1964).
- Winter, T. R., Duvidovich, E. (2004). *Maternagem: uma abordagem preventiva em saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Yin, R. K. (2015) *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (5th ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Zimerman, D. E. (2009). *Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, Técnica, Clínica-Uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed.

4.3 Porta giratória no acolhimento de crianças e adolescentes usuários de drogas: desafios e manejos

Figura 8 – Cenas do filme Tempos modernos de Charles Chaplin (1936)



*“Tem dias que a gente se sente
Como quem partiu ou morreu
A gente estancou de repente
Ou foi o mundo então que cresceu
A gente quer ter voz ativa
No nosso destino mandar
Mas eis que chega a roda-viva
E carrega o destino pra lá”
(Roda viva – Chico Buarque)*

Resumo: O estudo teve como objetivo descrever características relacionadas ao fenômeno da porta giratória em uma Unidade de Acolhimento infantojuvenil e analisar o modo como o serviço maneja este fenômeno. Foi realizado estudo de caso qualitativo com análise de: oito entrevistas semiestruturadas com profissionais; 65 horas de observação participante com registro em caderno de campo; documentos do serviço; grupo focal com seis profissionais do Centro de Atenção Psicossocial infantil Álcool e Drogas. A partir da análise, foram construídos três temas: Vínculos rompidos: “*Se a família não se cuidar a gente não consegue*” (questões geracionais, vínculo familiar, adesão ao tratamento); Subfinanciamento: “*Eles fazem milagre com os recursos que têm*” (subfinanciamento estatal, preconceito e investimento privado); Políticas públicas: “*Esse problema não é meu*” (segmentação do cuidado, falta apoio comunitário e informação/preparo das instituições). Esses pontos constituem entraves no tratamento de crianças e adolescentes usuários de drogas e remetem ao fenômeno da porta giratória.

Palavras-chave: estudo de caso; droga (uso); tratamento; menor; políticas públicas.

A atenção em saúde mental de forma regionalizada para públicos específicos, como infantojuvenil e usuários de drogas, continua a ser um desafio no processo de reforma psiquiátrica brasileiro, dado por vazios assistenciais, subfinanciamento do setor público, dependência do setor privado, falta de regulação pelo Estado, entre outros (Macedo, Abreu, Fontenele & Dimenstein, 2017).

Uma opção de cuidado para a população infantojuvenil, apontada pela legislação, são as Unidade de Acolhimento infantojuvenil (UAi) instituídas no âmbito das Portarias nº 3.088/2011 e nº 121/2012, ambas do Ministério da Saúde, e ancoradas nas Leis Federais nº 10.216/2001 (que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental) e nº 8.069/1990 (que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente). O programa é uma associação entre o Ministério da Justiça e outros ministérios, como os da Educação e da Saúde e diz respeito à ampliação da capacidade de cuidado e atenção disponibilizados para os usuários dos serviços de saúde mental (Ministério da Justiça, 2013).

A UAi oferece acolhimento transitório e voluntário a crianças e adolescentes de 10 a 18 anos com necessidades decorrentes do uso de drogas, garantindo moradia, educação, convivência social e familiar, pautadas no direito ao convívio familiar e comunitário, assim como a ampliação de suas possibilidades de inserção social para a promoção de saúde mental e a construção de novos projetos de vida que objetivem sua autonomia e emancipação. Possui importância dentro do projeto terapêutico singular (PTS) elaborado para o adolescente em conjunto com família e CAPS, no sentido de evitar internações desnecessárias e favorecer o fortalecimento de ações de cuidado ao adolescente. (Ministério da Saúde, 2014).

Apesar dos avanços nacionais na estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) trazidos por programas como o *Crack, é possível vencer* (Ministério da Justiça, 2013) e do papel das UAis nesse contexto, ainda são observadas fragilidades estruturais que envolvem a articulação de serviços, sistematização de fluxo dos casos, falta de dados fidedignos e atualizados, necessidade de qualificação profissional, viés ideológico no entendimento da dinâmica do uso de drogas e do seu tratamento e número de serviços insuficientes em relação ao aumento das demandas (Passos, Reinaldo, Barboza, Braga & Ladeira, 2016).

Pimenta, Augusto, Guimarães e Cardoso (2017) relatam os desafios da experiência de trabalho em uma UAi destacando que, assim como a rede intersetorial para esse público, é um serviço que ainda está em construção e na busca de qualificação para atender a demanda crescente de adolescentes usuários de drogas. Os autores indicam problemas relacionados à dificuldade de entendimento sobre as funções do equipamento por parte da RAPS e até a falta de retaguarda para assistência a esse público. A desarticulação dos serviços pode promover um

cuidado fragmentado, sem o foco na reinserção social e na comunidade e que desconsidera a singularidade dos usuários. Essa configuração contribui para inserir o dispositivo no fenômeno conhecido como “porta giratória”, relativo a processos de institucionalização dessa população.

O fenômeno de porta giratória – “*revolving door*” – foi assim denominado no campo da psiquiatria e refere-se às frequentes re-hospitalizações de pacientes psiquiátricos. No contexto (pós)(des)institucionalização, torna-se importante identificar subgrupos de pacientes afetados por esse fenômeno (Golay, Morandi, Conus & Bonsack, 2019). No que diz respeito ao tratamento voltado à usuários de drogas, este fenômeno se faz presente quando o fluxo de crises permanece recorrente e está relacionado à lógica de que o usuário deve se adequar aos serviços disponíveis revelando uma rede insensível às necessidades individuais de cada usuário (Ministério da Saúde, 2015). Apesar da necessidade de compreender este fenômeno e os desafios postos para sua superação o que se verifica é a escassez de estudos nacionais envolvendo as implicações desse fenômeno na RAPS e ausência de consenso sobre critérios de definição no Brasil e no exterior (Zanardo, Moro, Ferreira & Rocha, 2018).

Diante deste cenário, são necessárias pesquisas que possam analisar diferentes aspectos relacionados ao fenômeno da porta giratória no tratamento oferecido a crianças e adolescentes usuários de drogas. Assim, este estudo teve como objetivo descrever características relacionadas ao fenômeno da porta giratória em uma UAi e analisar o modo como o serviço tenta manejar este fenômeno.

Método

Delineamento

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo de caso qualitativo. Esta é uma estratégia geralmente utilizada quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos que estuda, elaborando questões do tipo “como” e “porque” para investigar um determinado fenômeno social contemporâneo e complexo que ocorre na vida real. Devido às complexidades relacionadas ao que se pretende estudar, são utilizadas múltiplas fontes de coleta de dados para se investigar o caso (Yin, 2015).

Local

O estudo foi realizado em uma UAi localizada na região central de um município de médio porte (em torno de 600.000 habitantes) do interior do estado de São Paulo. A UAi foi fundada em 2014 e recebe adolescentes referenciados pelo Centro de Atenção Psicossocial

Infantil - Álcool e Drogas (CAPSiAD). Funciona 24 horas por dia, sete dias por semana, com 10 vagas para acolhimento transitório de caráter voluntário para crianças e adolescentes usuários de drogas com idade de 8 a 17 anos no momento da coleta. A UAi inicialmente foi implantada em um único espaço, onde já havia funcionado um asilo e uma casa de repouso. Com o tempo e a percepção de que se tornara extremamente institucionalizada, a UAi foi dividida em duas residências que se complementam no que diz respeito ao cuidado oferecido às crianças e aos adolescentes acolhidos. O acolhimento ficou em uma residência menor, com características mais próximas a um lar. Nesta residência, os acolhidos fazem suas refeições, dormem, fazem a higiene e brincam com maior intimidade entre si. As atividades burocráticas, oficinas artísticas, atendimentos individuais e grupais e grupos pedagógicos e terapêuticos foram transferidos para a segunda residência, horário de funcionamento das 8 às 17 horas, de segunda à sexta. Esta residência possui 50 vagas para atendimento de crianças e os adolescentes que estão acolhidos, que já passaram pelo acolhimento ou que estão em situação de risco, além de oferecerem atendimentos e grupos aos familiares. A equipe que atende as duas residências é composta por 15 profissionais, sendo uma coordenadora, duas psicólogas, duas educadoras sociais, uma faxineira, uma cozinheira, e oito monitores.

No município estudado, há um Centro de Atenção Psicossocial Infantil que atende apenas crianças e adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas (CAPSiAD). Atendendo às normativas do funcionamento da rede intersetorial presentes na Portaria n. 121/2012 (Ministério da saúde, 2012), esse CAPSiAD tornou-se o responsável por referenciar as crianças e adolescentes para a UAi, que os acolhe mediante decisão tomada pela equipe do CAPSiAD de referência. Entretanto, em virtude das situações de urgência e a fim de viabilizar encaminhamentos em qualquer horário, o município decidiu que diferentes serviços podem entrar em contato com a UAi e realizar encaminhamentos e, nesses casos, o CAPSiAD precisa ser notificado em até 48 horas e é corresponsável pela população acolhida.

Participantes

Participaram do estudo oito profissionais da UAi e seis profissionais do CAPSiAD. Na seleção dos participantes, foram convidados membros da equipe dos serviços, garantindo a variabilidade das funções exercidas e a proximidade com o cuidado dos acolhidos. Visando a preservação de suas identidades, eles serão identificados com nomes fictícios.

Instrumentos

Para o desenvolvimento do estudo de caso, foram utilizadas as seguintes técnicas de coleta de dados: 1) Entrevistas semiestruturadas com profissionais da UAi, com roteiro que abordava as concepções dos profissionais acerca das práticas desenvolvidas na UAi, entre elas, as atividades realizadas, avanços e impasses enfrentados na rotina, estratégias utilizadas para oferecer acolhimento humanizado, socialização, integração familiar, reinserção social, articulação com a rede, dificuldades encontradas e melhorias possíveis; 2) Grupo focal: junto aos profissionais do CAPSiAD com roteiro que contemplava questões sobre as modificações na RAPS do município após a implantação da UAi, fluxo de encaminhamentos, articulação do cuidado, potencialidade e limites da UAi e melhorias possíveis; 3) Análise documental: foram analisados os projetos de implantação, memorial descritivo de atividades, plano de trabalho e relatório de atividades anual referente ao ano de 2018; 4) Caderno de campo: foram anotadas situações relacionadas aos objetivos do estudo durante as 65 horas de observação participante.

Procedimentos

A coleta de dados foi realizada durante dez meses, nas duas residências que compõem a UAi. A pesquisadora acompanhou a rotina da residência onde acontece o acolhimento, frequentando-a com periodicidade semanal em diferentes dias e horários. Também participou de oficinas e atividades desenvolvidas pelos profissionais técnicos. Foram observadas reuniões realizadas entre as equipes do CAPSiAD e UAi. As entrevistas com os profissionais da UAi foram realizadas durante a observação participante. O grupo focal com profissionais do CAPSiAD foi realizado em horário pré-agendado, em um dia de reunião de equipe. As entrevistas e o grupo focal foram audiogravadas em gravador digital, mediante anuência dos participantes. A participação na pesquisa foi voluntária e precedida por informações e esclarecimentos aos participantes sobre os objetivos e procedimentos do estudo com leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todos os participantes antes do início das entrevistas. Houve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº 72999417.0.0000.5407), respeitando-se todos os aspectos éticos para desenvolvimento de pesquisas com seres humanos estabelecidos pela Resolução n. 510 (2016).

A análise de dados de estudos de caso consiste na busca por padrões, *insights* e conceitos que pareçam promissores por meio da categorização e combinação dos dados (Yin, 2015). A estratégia analítica utilizada considerou tratar os dados sem proposição teórica *a priori* para desenvolver descrições do caso com o propósito de associar os dados a conceitos de interesse. A análise do caderno de campo contribuiu para descrição do contexto do estudo, da rotina

institucional e das vulnerabilidades sociais dos adolescentes inseridos no acolhimento. Os documentos do serviço foram analisados compatibilizando-os ao que preconiza a Portaria nº 121/2012, a fim de compreender como o serviço cumpre o que é estabelecido pelas diretrizes governamentais, como é realizado o financiamento da instituição e seu histórico de implantação.

A técnica utilizada para análise das entrevistas semiestruturadas e grupo focal foi a análise temática reflexiva, proposta por Braun e Clarke (2013). Essa análise tornou possível organizar e descrever as informações de modo detalhado, auxiliando na interpretação destes. A pesquisadora realizou transcrição integral das entrevistas individuais, assim como do grupo focal e familiarizou-se com os dados efetuando leituras repetitivas. A codificação foi elaborada pela organização dos dados em três colunas, a primeira contendo a entrevista na íntegra, a segunda contendo uma síntese relacionada aos objetivos do estudo e a terceira com os grupos de significados identificados na entrevista. Com isso, foram construídos temas relacionados aos objetivos do estudo, que transmitissem a ideia central dos códigos e organizassem os conceitos relacionados. Os temas foram discutidos, revisados e ampliados juntos a uma juíza que realizou análise das entrevistas semiestruturadas. Os potenciais temas foram construídos pela primeira e terceira autora após imersão nos códigos e discussão. A partir da análise, foram identificados três temas abrangentes denominados: 1) Vínculos rompidos: “Se a família não se cuidar a gente não consegue”; 2) Subfinanciamento: “Eles fazem milagre com os recursos que têm”; 3) Políticas públicas: “Esse problema não é meu”.

Resultados e discussão

Foram relatados pelos profissionais ciclos de ir e vir entre os adolescentes e a instituição estudada, compreendidos, neste estudo, pelo fenômeno da porta giratória, que serão melhor explorados e discutidos nos seguintes temas:

Vínculos rompidos: “Se a família não se cuidar a gente não consegue”

Um dos fatores que contribuem para o fenômeno da porta giratória, segundo os profissionais, é a falta de vínculo familiar e a dificuldade de integração da família ao tratamento. Sublinha-se a importância do apoio social e familiar para a redução deste fenômeno (Zanardo et al., 2018). Para Maria, o ciclo de ir e vir dos acolhidos sofre grande influência do contexto familiar: “*Ele ficou nesse ciclo de ir e vir e a mãe dele usava [drogas] mais que ele, então você*

imagina a situação desse menino. Quando ele sai da unidade, vai pra onde? Vai fazer o que? Então, acaba ficando na rua.” (Maria)

O relato destaca a recorrência de histórias marcadas pela desigualdade social vivida entre as gerações, de forma a tornar o horizonte geracional dessas famílias profundamente marcado por um ciclo de repetições. Alguns entrevistados comentaram sobre a trajetória de exclusão e de sofrimento das famílias atendidas como processos de violação de direitos, o que dificulta sua integração nas atividades propostas pelos serviços.

Não é uma tarefa fácil, porque é uma questão geracional mesmo, né? São famílias com histórico de terem sofrido negligência, de terem sofrido algum tipo de abuso, de não terem tido acesso a todos os direitos que cabia. Então já vem com histórico muito difícil, né? (Helena)

Para Arenari e Dutra (2016), as trajetórias de exclusão se reproduzem pela formação de uma socialização precária no contexto familiar, o que acarretaria na ausência de disposições fundamentais para uma conduta bem-sucedida na vida social futura. Além de prejudicar a apropriação de recursos necessários para participar como pessoa no conjunto da vida social nas esferas do ensino formal e do trabalho. No entanto, os autores afirmam que a socialização primária precária não possui a capacidade de determinar o destino dos indivíduos, sendo que as instituições possuem papel fundamental na confirmação ou não dessa trajetória.

É importante compreender o contexto das famílias e o imaginário social em relação ao tratamento oferecido para usuários de drogas influenciado por um modelo asilar voltado para a cura (abstinência) com práticas baseadas no isolamento que refletem no afastamento da família no processo de cuidado, proporcionando redução dos vínculos familiares (Silva & Oliveira, 2018). Para Sandra, os entendimentos das famílias sobre o atendimento constituem um ponto chave e há dificuldade de compreender o caráter voluntário do acolhimento:

A maioria é encaminhado, então não tem muito aquela coisa de demanda espontânea de querer ir para o acolhimento. Por serem encaminhados, muitos entendem que é nossa obrigação fazermos eles permanecerem lá, só que na própria triagem já é colocado a questão da política de redução de danos e do caráter voluntário, então já entra no acolhimento ciente, só que algumas famílias não entendem isso, né?

O discurso de expectativas frustradas dos profissionais em relação ao papel das famílias aparece também de outras formas. Segundo alguns entrevistados, as famílias, muitas vezes,

colocam a responsabilidade pelo cuidado exclusivamente a cargo das instituições, demonstrando dificuldades em compreender a necessidade de manter contato permanente com o filho. Isso poderia interferir no processo de retorno dos adolescentes ao convívio familiar e comunitário, que deveria ser modificado. Para Sofia, o acompanhamento do familiar é parte fundamental desse processo de reconstrução e fortalecimento do vínculo:

Para reinserir o menino é preciso que a gente não mude só o menino, mas tudo em volta dele precisa ser mudado, precisa ser ajudado, tanto que a gente também precisa atender as famílias, a gente atende cada família de cada adolescente por que não adianta só pôr o menino na UAi e que ele volte pra tudo que ele estava vivendo antes.

A partir de entrevistas realizadas com famílias atendidas em grupo em um CAPSad, Orth e Moré (2008) verificaram a ideia de que apenas o integrante da família que tinha problemas com uso de drogas precisava de tratamento e que o problema, que se estendia por anos, deveria ser resolvido de forma imediata. Desse modo, seria necessária a conscientização da família de que, além do adolescente, ela também precisa de cuidado e transformação:

Tem família que não adere de jeito nenhum e a gente vai fazendo busca ativa, visita na casa, tenta ganhar a confiança da família, por que a maioria deles é muito desconfiado. A gente se faz presente na vida da família pra família entender que nós não estamos aqui pra cuidar só do fulaninho, por que se a família não se cuidar a gente também não consegue, né? Eles vão entendendo que na verdade nosso movimento é a ideia de transformar a família como um todo pra receber esse adolescente de volta. (Helena)

Segundo Belotti, Fraga e Belotti (2017), a não adesão dos familiares ao tratamento pode estar associada a diferentes fatores: busca por tratamentos e soluções rápidas, entendimento da internação e abstinência como única alternativa de tratamento refletindo o discurso hegemônico biomédico; falta de informação da família sobre modelo de atenção psicossocial. A integração familiar na UAi é proporcionada pelo atendimento individual e grupal da família realizado por uma psicóloga, visita domiciliar dos profissionais técnicos ao local de residência das famílias, saídas autorizadas dos adolescentes para ficarem com as famílias aos finais de semana e feriados, visitas das famílias aos sábados quando os adolescentes por algum motivo não podem sair do acolhimento e contato telefônico realizado quinta-feira entre adolescentes e familiares: “Quando nós percebemos que a família tem resistência a gente insiste bastante nas saídas autorizadas, nas visitas pra poder reconstruir esse vínculo entre o adolescente e o familiar porque ele também não pode morar com a gente pra sempre.” (Simone)

Os profissionais relatam que promovem a integração da família ao serviço por meio de diferentes estratégias, além das atividades rotineiras, como: doação de verduras e cestas básicas para a família, de modo a trazê-los ao serviço; atendimento domiciliar; auxílio no transporte e tratamento de outros membros. De acordo com Maria, essa é uma necessidade para realmente alcançar a família: *“Para estruturar esse vínculo, por exemplo, tem uma mãe que a gente atende três filhos dela frequentam aqui. A gente assumiu consulta médica dela, de levar, buscar. . . Ela também é usuária, a gente acompanha ela no CAPSad.”*

Além disso, os profissionais do serviço notaram que os responsáveis, muitas vezes, não tinham com quem deixar seus outros filhos e levavam estes para a reunião de família. Assim, a fim de garantir a participação, o serviço elaborou um grupo específico, denominado “grupo de prevenção”, para crianças e adolescentes membros da família. Durante a observação participante, percebeu-se que nele são tratadas, pela psicóloga, temáticas sobre escola e socialização, com flexibilidade para as demandas que aparecem no decorrer de atividades como desenho, pintura e jogos.

Pesquisas apontam que o acolhimento efetivo se baseia na ampliação de vínculos e para isso, torna-se central o desenvolvimento de novos mecanismos de atuação com busca diária por estratégias criativas que abordem questões que vão além da doença e que considerem as demandas singulares e necessidades reais de cada família (Lisbôa, Brêda & Albuquerque, 2016). As informações aos familiares sobre a proposta de tratamento dos serviços substitutivos, da rede e do funcionamento do modelo de atenção psicossocial emergem nesse contexto de importância do apoio destes ao usuário (Silva & Oliveira, 2018).

Subfinanciamento: “Eles fazem milagre com os recursos que têm”

A fala da profissional Lorena, do CAPSiAD utilizada para denominar este tema: *“Eles fazem milagre com os recursos que têm, eu acho que eles deviam ter mais apoio.”* sintetiza os aspectos do financiamento que contribuem no fenômeno da porta giratória, como o subfinanciamento estatal, busca por investimento privado e preconceito das empresas pela temática. A Portaria n. 121/2012 institui incentivo financeiro para implantação da Unidade no valor de R\$ 70.000,00, transferido aos fundos de saúde estatal, municipal ou distrital e custeio mensal de R\$ 30.000,00 para UAI. Porém, esta verba mensal só garante aproximadamente 85% do financiamento da UAI investigada, como comenta Helena:

A UAi vamos supor uns 85% é mantido pelo governo federal, então eles passam o valor pra gente. Aí uma parte da verba vem de uma Fundação, a gente escreveu o projeto pra eles e fomos contemplados. Também é mantido pelo empresário que fundou a instituição e pelos eventos que a gente realiza de pizza, bazar, bingo...

Segundo Macedo et al. (2017), existiam 69 unidades de acolhimento adulta e infantojuvenil no Brasil no ano de 2017, considerando que a previsão era a abertura de 574 unidades até 2014, isso corresponde a 12% do que foi anunciado. As mudanças que podem ser observadas no contexto atual brasileiro relacionadas à construção de políticas públicas sobre álcool e drogas demonstram a predominância do discurso hegemônico (moral e biomédico) ao enfatizar o financiamento das internações em detrimento das estratégias de redução de danos enquanto paradigma de cuidado (Araujo, 2018).

A partir da análise documental, foi identificado que a instituição busca investimento de empresas privadas com a adequação de projetos às propostas de cada edital de financiamento. Porém, estes geralmente abrangem um quadro reduzido de funcionários, com período de execução de um ano. As duas residências da UAi são financiadas em parte por instituições privadas, parte pública e parte por ações desenvolvidas pela própria instituição.

Nessa perspectiva, percebe-se o enfraquecimento do papel do Estado e das estratégias públicas destinadas a essa temática, algo que está presente na conjuntura sócio histórica de planejamento, financiamento e execução de políticas públicas voltadas para o tratamento à população com problemas decorrentes do uso de drogas no Brasil. Nessa área, prevalecem atuações de iniciativas privadas, filantrópicas e não governamentais (Costa, Ronzani & Colugnati, 2017). Segundo a profissional Sofia: *“Se a gente tivesse mais essa entrada, a própria população mesmo, não é só o público, é o privado mesmo, porque é muito mais fácil esperar do privado do que do público infelizmente.”*

Existe também uma dificuldade notada pela equipe de conseguir investimentos privados; segundo Helena, as empresas têm receio e preconceito em fazer parceria com a demanda atendida pela instituição: *“Falar que você trabalha com adolescente usuário de droga, ninguém ou quase ninguém quer fazer esse link da empresa com a causa, né? É muito difícil justamente porque o senso comum não olha para eles como mereciam ser olhados.”*

Frente à ameaça de fechamento da instituição por falta de recursos, os profissionais dispendem muito tempo realizando ações que visam reverter em recursos, como venda de alimentos (feijoada e pizzas), realização de bazar com roupas e objetos doados, busca por

parcerias e doações. Para Simone, esse tempo gasto para conseguir verba atrapalha a dedicação dos profissionais ao tratamento dos adolescentes:

Nossa maior dificuldade é a questão financeira que demanda muito tempo e atenção de toda a equipe, tanto na busca de doação, quanto em vendas e arrecadação de dinheiro. Muitas vezes a gente acaba se perdendo um pouco nessa demanda e esquecendo um pouco da demanda dos meninos.

Outra limitação do serviço ligada ao financiamento é a ausência de profissionais. No momento da coleta de dados não havia assistente social e terapeuta ocupacional na equipe. Além disso, várias oficinas foram desativadas por falta de recursos. Os profissionais do CAPSiAD comentaram sobre o movimento de terceirização da saúde e sua influência no financiamento, salários e garantias profissionais:

O fato de ser uma ONG já é problemático em termos de política, né? Então, é muito provável que os profissionais lá ganhem menos, trabalhem horas a mais, não tem uma estabilidade no emprego. Aí faz feijoada e faz pizza, porque eu acredito que só o repasse não dá, né? Então deveria ser um serviço municipalizado, mas a gente tá passando por uma terceirização de serviços, né? (Manuela)

A instituição ser uma ONG também aparece como uma questão problemática devido à ausência de critérios de seleção rígidos. Os profissionais geralmente são contratados por indicação sem ter experiência com a demanda atendida. Assim, acabam reiterando um movimento de constante necessidade de aprendizado na prática sobre como atuar nessa área, de forma a exigir a preocupação frequente da equipe referente à capacitação profissional.

Políticas públicas: “Esse problema não é meu”

Nesse tema, são trazidos aspectos que os profissionais mencionam relativos à rede de cuidados que acarretam no fenômeno da porta giratória, promovendo a institucionalização e segmentação do atendimento, tais como a falta de articulação da rede, falta de preparo das instituições e falta de conhecimento dos profissionais da rede sobre o funcionamento da unidade. A falta de apoio da comunidade é mencionada muitas vezes, seja dos equipamentos da rede, que evitam receber adolescentes encaminhados pela unidade, seja das pessoas da vizinhança e sociedade como um todo: “Se a gente tivesse essa participação da sociedade eu

acho que a gente poderia ajudar muito mais e o engraçado é que a gente ajudaria a própria sociedade, né?” (Sofia)

Estudo realizado por Acioli, Barreira, Lima, Lima e Assis (2018) aborda a aceitação pela vizinhança e pela escola como problemáticas fundamentais que comprometem a inclusão e frequência dessas crianças em lugares distintos devido a rejeição das pessoas. Segundo Maria, aspectos ligados ao preconceito e vitimização dos adolescentes em ambiente escolar dificultam sua inserção e contribuem também para a evasão escolar:

Eles são vistos dentro da escola com bastante preconceito, só deles dizerem que estão em uma unidade de acolhimento. Outros meninos não têm condições de ir pra escola por que estão em uma situação de risco, com problema no bairro onde eles estavam. A escola acaba sendo um lugar de risco para eles também e os que a gente consegue inserir a maioria deles não fica.

A escola deveria ser um ambiente de pertencimento para os estudantes, tendo em vista que é um contexto fundamental para o desenvolvimento de crianças e adolescentes com reconhecida importância na construção de habilidades, valores e identidade, formação educacional e cidadã, portanto existe a necessidade de concretização de ações intersetoriais para viabilizar a inserção e permanência na escola, principalmente de jovens usuários de drogas (Galhardi & Matsukura, 2018).

Esses resultados também foram descritos por Pimenta et al. (2017) que mencionam as dificuldades encontradas na UAi relacionadas à inserção e à permanência dos adolescentes na escola e resistência/negligência da rede de urgência e emergência provocando um isolamento das especialidades, com respostas pontuais, breves e desarticuladas. Fernanda comenta sobre dificuldades relacionadas ao aparato médico: “*A gente tem dificuldade com a parte de psiquiatria, por que no CAPS não tem um psiquiatra pra atender os meninos e também quando a gente vai levar tinha que ter uma prioridade por que eles são muito agitados, né? Não conseguem ficar esperando.*”

Existem ainda desafios apontados pelos profissionais da UAi, relativos a ações intersetoriais associadas ao aparato médico, tais como a ausência de psiquiatra no CAPSiAD no período da coleta de dados, dificuldade de acesso e acompanhamento em atendimentos médicos, o que dispende tempo da equipe para articular o cuidado com esses serviços. Ainda é incipiente o movimento de aproximação entre os equipamentos de diferentes níveis de complexidades da RAPS e de diversas áreas, portanto, seria fundamental investir na educação

permanente dos profissionais para que sejam atendidas as diversas demandas dos usuários de drogas, promovendo encontros produtivos com a rede e evitando o atendimento de modo fragmentado em um único serviço (Ribeiro, Gomes, Eslabão & Silva, 2018).

Outra questão mencionada trata sobre o acesso ao tratamento, que ocorre na maioria das vezes a partir de ações protagonizadas pelo poder Judiciário, o que pode indicar uma ineficiência do setor Saúde e/ou existência de complexas situações e impedimentos de caráter social (Conceição, Andreoli, Esperidião, & Santos, 2018). Segundo os profissionais, cerca que 95% dos adolescentes que frequentam o serviço estão ligados ao judiciário de alguma forma, com isso é possível verificar a alta interferência do judiciário nesses serviços. Simone comenta ainda que o judiciário possui papel também no auxílio na articulação com a rede, pois eles enviam relatórios mais rapidamente e fazem a comunicação com outros serviços:

As pessoas ficam jogando a bomba um para o outro: “Esse problema não é meu”. Nós trabalhamos com o adolescente, fizemos toda a nossa parte e precisa dar alta, precisa que algum órgão faça o acompanhamento da família pra poder receber esse adolescente de volta e os órgãos não se comprometem. Muitas vezes a gente precisa recorrer ao juiz, pra determinar como medida e poder se cumprir aquilo.

É relevante questionar a função do judiciário em articular a rede de atenção psicossocial e de seu envolvimento no cuidado e nas decisões dessa problemática. Para Serena, profissional do CAPSiAD, é prejudicial quando os profissionais do judiciário interferem nas decisões e se sobrepõem aos profissionais da saúde:

Às vezes chega papel falando: “Encaminho para avaliação para internação”. Ele não é da saúde, não sabe se é isso, tinha que encaminhar pra tratamento primeiro e aqui avaliar se vai pra internação, qual vai ser o tipo de tratamento. Então não só na saúde, mas o judiciário ele faz esse papel de se sobrepor aos técnicos.

Para Pimenta et al. (2017), existe um desconhecimento sobre as funções exercidas pela UAi e certas demandas do judiciário contribuem para o entendimento da UAi como um fim em si mesmo e não um dispositivo parte de um projeto terapêutico. É necessário uma juridicização engajada militante que promova a garantia de direitos e dignidade. Caso contrário, corre-se o risco da judicialização da saúde mental promover a institucionalização, estigmatização e medicalização da conduta (Rocha, Silva & Asensi, 2018).

Sofia comenta que o judiciário, muitas vezes, encaminha adolescentes que são considerados “difíceis” com a promessa de que a rede atuará conjuntamente para desenvolver o cuidado, mas, com o tempo, as modificações propostas e estratégias conjuntas se perdem e cada serviço acaba segmentado em suas especificidades: *“Aí vem com toda aquela coisa de ‘Não, os serviços vão andar juntos’ faz aquela reunião e todo mundo comparece. Mas na hora que a gente precisa e mesmo marca algumas reuniões que se 2 ou 3 serviços vão...”*

Enquanto não forem formuladas estratégias de cuidado em conjunto com implementação de fluxogramas, existe a tendência dos vínculos entre serviços serem superficiais e fragmentados. É preciso que a rede reconheça a diversificação da demanda dessa população assegurando um cuidado que ultrapasse o foco na patologia e no uso de drogas, e que vá ao encontro de ações que estimulem a autonomia e cidadania dos sujeitos atendidos (Costa, Ronzani & Colugnati, 2017). Para que exista uma rede atuante, os profissionais precisam ter a capacidade de se conectarem às pessoas inseridas em outros equipamentos e espaços da comunidade (Ministério da Saúde, 2015). Helena relembra que a rede é constituída de pessoas que precisam se comunicar, caso contrário a porta giratória continuará:

A rede não funciona entre serviços, funciona entre pessoas. Eu percebo que tem muito jogo de empurra-empurra: “É da saúde, então não é da assistência, é do CAPSi, então não é do CAPSiAD”. Então, a rede como um todo não funciona, mas a assistente social da internação que comprou a briga do caso faz a rede funcionar.

Para a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) adequado, existe a necessidade da atuação de diversas áreas, além da saúde, uma vez que as necessidades particulares são incapazes de serem atendidas por um único serviço. A importância do PTS está na capacidade de nortear os processos e caminhos de atendimento intersetorial na RAPS (Ministério da Saúde, 2015). Segundo Helena, o ideal seria planejar o PTS no momento de entrada do adolescente no serviço, junto com a família, mas na prática, o serviço exerce ações pontuais relacionadas às necessidades e às demandas diárias observadas: *“A gente vai meio que apagando incêndio mesmo para tentar garantir alguns acessos, sabe? Tá com a matrícula da escola atrasada, vamos atrás, quer fazer escolinha de futebol, vamos atrás.”*

A construção do PTS também deveria ser realizada junto à equipe do CAPSiAD, porém, segundo Sueli eles não formulam um documento oficial devido à dinamicidade das demandas atendidas: *“As coisas que acontecem com eles são bem mais rápidas do que a gente consegue escrever num papel. Então a gente tem reunião toda terça e combina uma coisa, quarta mudou tudo. Aí é telefone, whatsapp, passa lá.”*

A utilização de mídias sociais emerge como uma ferramenta importante ao se levar em conta a rapidez da dinâmica institucional. Este uso vai ao encontro das orientações no guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas que indica o uso de meios de comunicação rápidos e fóruns de discussão como estratégias eficientes para o trabalho com população usuária de drogas (Ministério da Saúde, 2015). Ainda foram ressaltadas potencialidades relacionadas ao vínculo entre adolescentes e profissionais da UAI, o cuidado territorializado com adolescentes e famílias, a proximidade física entre os equipamentos que possibilita discussões de caso e articulação de estratégias.

Assim, para contribuir na inibição do fenômeno da porta giratória, é importante pensar em estratégias que melhorem o vínculo entre os diferentes serviços da rede, bem como qualificar o atendimento a problemas de saúde mental (Zanardo et al., 2018). A compreensão da importância de políticas públicas intersetoriais que considerem os contextos que permeiam o uso de drogas e garantam acesso a serviços envolvendo comunidade/famílias/usuários foi um avanço para o estabelecimento de políticas realistas que visam prevenção, promoção e redução de danos sociais e individuais (Passos et al., 2016). São necessárias estratégias inventivas e fortalecimento intersetorial para que a articulação do cuidado seja efetiva, já que está é uma temática desafiadora e atual que ainda é recente e fragilmente estruturada.

Considerações finais

A utilização de múltiplos instrumentos de coleta propiciou a produção de informações que permitem observar o tema tratado sob diferentes vértices com o intuito de obter subsídios para a construção de políticas públicas voltadas ao cuidado de crianças e adolescentes usuários de drogas. Existem pontos de entrave constatados no tratamento dessa população que remetem ao fenômeno da porta giratória. Para descrever esse fenômeno e analisar os possíveis manejos elaborados pelo serviço e pela RAPS foram construídos temas que se relacionam aos aspectos familiares, de financiamento e políticas públicas.

Questões geracionais e de desconhecimento do serviço por parte dos familiares foram relatadas pelos profissionais como promotoras da falta de vínculo familiar e da baixa adesão ao tratamento. Na perspectiva dos profissionais, a família precisa ser amparada com informações para compreender que as propostas de tratamento da UAI implicam no acolhimento provisório e na permanência voluntária por parte dos adolescentes, assim como, informada sobre o funcionamento da RAPS, para que possam ser preparadas para reconhecer que fazem parte do processo de cuidado oferecido pelas instituições.

Outra questão relevante associada ao fenômeno da porta giratória refere-se ao subfinanciamento público relacionado ao recente planejamento e implantação de políticas públicas voltadas a essa população. Situação que acarreta na busca por verba privada e doações para o serviço, esbarrando no preconceito das instituições privadas para desenvolver parceria com esta temática. A falta de apoio social e o preconceito da sociedade e instituições também são apontados nas políticas públicas, bem como, a judicialização da saúde e a falta de acessibilidade à serviços e equipamentos como a escola. Esse fenômeno continuará ocorrendo caso não exista uma corresponsabilização e interlocução contínua do cuidado para reduzir as barreiras de acesso, sobreposição de ações entre os serviços e descontinuidade do tratamento (Ministério da Saúde, 2015).

Sugere-se pesquisas futuras que incluam os familiares e adolescentes como participantes, para observação do fluxo e trajetória destes nos equipamentos da rede de cuidado e os modos como esses sujeitos interpretam os aspectos envolvidos no fenômeno da porta giratória. Também se faz importante analisar o funcionamento das UAis em outros locais do país para investigar aspectos relativos tanto à regionalização do cuidado e aspectos que apareceram neste estudo que se repetem na estruturação mais ampla do fenômeno da porta giratória relacionado ao atendimento das crianças e adolescentes usuários de drogas.

Referências

- Acioli, R. M. L., Barreira, A. K., Lima, M. L. C., Lima, M. L. L. T., & Assis, S. G. (2018). Avaliação dos serviços de acolhimento institucional de crianças e adolescentes no Recife. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(2), 529-542. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.01172016>
- Araujo, C. N. P. (2018). *Sentidos construídos com familiares de usuários de drogas sobre a internação involuntária ou compulsória*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Arenari, B., & Dutra, R. (2016). A construção social da condição de pessoa: premissas para romper o círculo vicioso de exclusão e uso problemático do crack. In J. Souza, (Org.), *Crack e exclusão social* (pp. 191-208) Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Belotti, M., Fraga, H. L., & Belotti, L. (2017). Família e atenção psicossocial: o cuidado à pessoa que faz uso abusivo de álcool e outras drogas. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 25(3), 617-625. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR0988>
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: Sage.

- Conceição, D. S., Andreoli, S. B., Esperidião, M. A., & Santos, D. N. (2018). Atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2008-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(2), e2017206. <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000200002>
- Costa, P. H. A., Ronzani, T. M., & Colugnati, F. A. B. (2017). “No papel é bonito, mas na prática...” Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. *Saúde e Sociedade*, 26(3), 738-750. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170188>
- Galhardi, C. C., & Matsukura, T. S. (2018). O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(3), e00150816. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00150816>
- Golay, P., Morandi, S., Conus, P., & Bonsack, C. (2019). Identifying patterns in psychiatric hospital stays with statistical methods: towards a typology of post-deinstitutionalization hospitalization trajectories. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01717-7>
- Lisbôa, G. L. P., Brêda, M. Z., & Albuquerque, M. C. S. (2016). Ruídos do processo de trabalho e o acolhimento da família na atenção psicossocial em álcool e outras drogas. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 12(2), 75-83. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i2p75-83>
- Macedo, J. P., Abreu, M. M., Fontenele, M. G., & Dimenstein, M. (2017). A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 155-170. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017165827>
- Ministério da Justiça (2013). *Cartilha Crack, é possível vencer. Enfrentar o crack. Compromisso de todos*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde (2015). *Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Autor.
- Orth, A., & Moré, C. (2008). Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. *Psicologia Argumento*, 26(55), 293-303.
- Passos, I. C. F., Reinaldo, A. M. S., Barboza, M. A. G., Braga, G. A. R., & Ladeira, K. E. (2016). A rede de proteção e cuidado a crianças e adolescentes do município de Betim/MG e os desafios do enfrentamento ao uso abusivo de crack, álcool e outras drogas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 11(3), 583-601.
- Pimenta, N., Augusto, R., Guimarães, I. M., & Cardoso, C. (2017). Desafios psicossociais em uma Unidade de Acolhimento Infante Juvenil [Resumo]. In ABRAPSO Editora (Org.), *Caderno de resumos, XIX Encontro Nacional da ABRAPSO* (p. 1594). Porto Alegre: ABRAPSO.

- Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012.* (2012, 26 de janeiro). Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016.* (2016, 24 de maio). Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde.
- Ribeiro, J. P., Gomes, G. C., Eslabão, A. D., & da Silva, P. A. (2018). Contrassensos da rede de atenção psicossocial direcionada ao curso do adolescente usuário de crack. *Revista Enfermagem Atual*, 2018(86).
- Rocha, C., Silva, M., & Asensi, F. (2018). Juridicização engajada da adolescência: sobre um caso de internação psiquiátrica compulsória. *Saúde e Sociedade*, 27(1), 201-214. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170531>
- Silva, M. B., & Oliveira, J. A. P. (2018). Redução de danos no tratamento de álcool e outras drogas: uma prática possível para a família? *Psicologia e Saúde em debate*, 4(2), 25-41.
- Yin, R. K. (2015) *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (5ª ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Zanardo, G. L. P., Moro, L. M., Ferreira, G. S., & Rocha, K. B. (2018). Factors Associated with Psychiatric Readmissions: A Systematic Review. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 28, e2814. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-4327e2814>

“O neguinho vinha vindo, do que vinha rindo?
 O pesadelo do sistema, não tem medo da morte
 Dobrou o joelho e caiu como um homem
 Na giratória, abraçado com o malote.
 Eu falei porra, eu não te falei? Não ia dar.
 Pra mãe dele, quem que vai falar quando nós chegar?
 Um filho pa' criar, imagina a notícia
 Lamentável, vamo' ae, vai chover de polícia. . .
 Hoje eu sou ladrão, artigo 157,
 A polícia bola um plano, sou herói dos pivete”
 (Eu sou 157 - Racionais MC's)

5. DISCUSSÃO

As ações promovidas por instituições voltadas ao cuidado de crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade social são marcadas, historicamente, por práticas tutelares que estimulam a institucionalização e isolamento dessa população (Oliveira, 2015). Essas práticas de controle ainda estão em curso, seja por encaminhamentos realizados pela Fundação CASA ou internações involuntárias e compulsórias em hospitais psiquiátricos, instituições que historicamente refletem a psiquiatrização, criminalização e violação de direitos de crianças e adolescentes (Tãno & Matsukura, 2019).

No cenário atual é tolerado que os indivíduos sejam apagados, literalmente ou simbolicamente, pelo afastamento do campo visual no confinamento institucional, desligando a televisão ou matando pessoas de categoria social baixa. Assim a eliminação e o combate ganham aos poucos sustentação na sociedade (Carreiro, 2003). A problemática da droga passou a ser vista como uma ameaça coletiva e a resposta mais rápida do que eficaz é a retirada, a exclusão e a invisibilização dessas pessoas em instituições específicas de controle dos consumidores de drogas. Trava-se uma luta com o mundo das drogas, com os traficantes alienados socialmente, países produtores, zumbis usuários de crack, como se fosse algo externo à cidade, mas que na realidade é intrínseco ao sistema atual, produzido pela própria sociedade. Sendo assim, faz-se necessário escutar esse fenômeno para compreender como gerimos nosso destino coletivo (Fernandes, 1995). No contexto brasileiro de guerra às - pessoas que usam - drogas, refletir sobre essa problemática é um ato revolucionário e necessário para o planejamento de políticas públicas mais éticas.

Grande parte das vivências dessa população configuram-se como despersonalizantes (discriminação, opressão e exclusão) provocando sofrimento, já que ser banido da condição humana é um padecimento radical para seres sociais. O sofrimento social merece ser examinado por todos aqueles que se interessam por transformações sociais que se comprometam com o humanismo personalizado nas instituições (Aiello-Vaisberg, 2017).

Neste sentido, o sofrimento social pode ser entendido não apenas como um conceito, mas também uma forma de intervenção e transformação social. Este abrange diversas experiências de angústia, dor, trauma, transtornos e injustiças resultantes de forças (políticas, econômicas e institucionais) que alteram decisivamente a experiência humana, não focalizando em sua dimensão individual, mas como uma experiência social com determinantes mais amplos, já que problemas pessoais e sociais costumam possuir uma relação estreita (Kleinman, Das, & Lock, 1997).

Segundo Carreiros (2003) indivíduos que experimentam o processo de desfiliação social têm maiores chances de experimentar o sofrimento social, ou seja, violências simbólicas geradoras de sentimentos que desqualificam os sujeitos e deixam marcas psíquicas com pouca ou nenhuma visibilidade social, visto que, inscrevem-se no interior das subjetividades sem serem compartilhados coletivamente. Essa autora denomina como invisibilidade do sofrimento o processo de silenciar afetos provenientes da exclusão social compartilhada por instituições e sujeitos.

Nesse sentido, o tráfico de drogas possui uma lógica complexa que se constitui sobre um modelo que enaltece a força física, o poder das armas e a virilidade. Traficantes renomados surgem como poderosas figuras de identificação heroica pelo seu prestígio, respeito e dinheiro geradores de poder e reconhecimento (Carreiro, 2000). Essa identificação pode ser presenciada na observação participante quando uma criança ao pintar um desenho escreve o número 157 e folhas de maconha ao lado.

Com a ausência de suportes institucionais justos e éticos, jovens encontram na violência uma forma de linguagem e um modo de produzir respostas às repressões e injustiças sociais. Os mecanismos de defesa relacionados à lógica da virilidade invalidam qualquer expressão de sentimentos vinculados à humilhação, desonra ou não reconhecimento. Os indivíduos movidos por esta lógica se mostram destemidos, buscam construir atos considerados heroicos, e desejam ser reconhecidos assim para manter valores grupais de coragem e convivência com o perigo. Qualquer membro do grupo que se mostre fragilizado é hostilizado e deve sentir-se humilhado por ter apresentado sentimentos como medo e vergonha (Carreiro, 2003). Como comenta o monitor Rafael:

Onde é o bairro que o moleque mora, eles falam que é quebrada. Eles crescem num meio que é difícil tirar eles desse mundo, ele até sai desse mundo, só que a cabecinha dele tá lá. Que nem o menino que veio aqui hoje, ele tem vários irmãos, o pai já falecido e ele tem que saber sobreviver lá naquele mundo dele, falar na gíria, falar que nem

malandro, não ter medo, apesar de que por dentro deve morrer de medo. E no que vem pra cá, quando ele sente confiança e não tem ninguém pra zoar da cara dele, vem como criança, quer ser feliz, quer ter outra vida, mas é resistente por dentro porque lá onde ele vive tem que ter essa armadura. (Rafael)

Essa defesa pode ter função de auxiliar na socialização e proteção, mas também pode ser prejudicial pelo distanciamento dos sentimentos e pelo processo de afunilamento da identidade. Esse processo tende a ocorrer no contexto de uso de drogas quando a vivência de múltiplas exclusões sociais (família, escola, trabalho) produz uma espécie de desconexão existencial dos indivíduos das esferas sociais, afunilando sua existência aos papéis relacionados ao pouco que sobrou em termos de vida social. (SENAD, 2016).

Sobre essa cristalização dos papéis, geralmente o usuário de drogas e o traficante são, em sua maioria, indivíduos desqualificados socialmente, sem escolarização, com histórico familiares de exclusão social, sem trabalho formal e competência laboral específica, membro de uma classe social baixa, excluído da cidade, com estigma de marginal (Fernandes, 1995). Esses indivíduos não encontram uma inscrição positiva nas instituições (educação, escola, saúde, trabalho) que os marcam de forma negativa, estabilizando lugares sociais considerados inúteis pela sociedade (Carreteiro, 2000). A profissional Maria comenta sobre a complexidade dos adolescentes acolhidos terem outras perspectivas devido às múltiplas exclusões sociais:

(...) ele era usuário, mas ele vendia muito, então assim, ele não tem família, teve uma época de uma situação, que a mãe encontrou ele na rua e não reconheceu como filho, paquerou ele. Aí ele ficou maior de idade e a gente não pode mais atender, por que a portaria não permite. Começamos a dar um suporte um pouco mais de longe depois que ele fez 18 anos. Mas assim, agora ele tá preso, por que ele foi pego com droga e deu como tráfico. Então assim, eles não tem muita perspectiva, entendeu? Quando sai da unidade de acolhimento, a maioria deles não tem nem pra onde ir.

O afunilamento da identidade se reflete de forma decisiva na redução dos horizontes temporais e o uso de drogas acaba sendo uma tentativa de fugir de uma vida sem esperança e sem futuro, já que a capacidade de planejar o próprio futuro acaba sendo um privilégio de classes. Questão que pode ser alterada se o indivíduo conta com recursos, incentivos sociais, chances e experiências reais de inclusão que permitam a pluralização da identidade. Assim, as instituições sociais podem operar na reconstrução da própria noção de futuro, tendo em vista que cada contato do sujeito com estas pode abrir um nova possibilidade de trajetória (Arenari

& Dutra, 2016). Essa questão é trazida pelos profissionais, no sentido de ser complexo trabalhar na reinserção socialmente se o sujeito se rotula sem outras possibilidades de ser. Não que inexista uma perspectiva de futuro, mas até que ponto essa perspectiva reproduz uma condição de tutela e assujeitamento.

A experiência de exclusão social tende a rebaixar as expectativas de inclusão que os indivíduos cultivam para si mesmos restringindo a confiança e o desejo de experimentar e viver criativamente. Por isso é importante pensar na construção de espaços intermediários onde os sujeitos não se sintam fazendo parte de uma massa de desqualificados, mas acolhidos em suas singularidades, de forma que possam também transformar aquilo que esperam de si mesmos e para si mesmos, restaurando o sentimento de confiança e construindo novas simbolizações dos sofrimentos sociais. (SENAD, 2016; Carreteiro, 2003). Sobre isso Sofia comenta que: *“Porque a maioria chega aqui com a auto estima lá embaixo, mas que ele pode ser muito mais do que ele pensa que pode. . . Que ele pode vir a confiar no ser humano e nele mesmo.”*

A UAI como prática não-tutelar de acordo com as disposições legais de seu caráter transitório e voluntário coloca em discussão a urgência de acolher e não aprisionar as populações ditas desviantes (Oliveira, 2015). Desse modo, é imprescindível possibilitar novas formas de sociabilidade para crianças e adolescentes que permitam o sentimento de pertença a um grupo social com acesso ao convívio familiar e à educação, dando conta de responder às demandas relacionadas aos fatores sociais e garantindo os direitos dessa população. Sobretudo, no que diz respeito ao uso de drogas, é necessário um olhar cuidadoso que proporcione acolhimento, escuta e vinculação, de modo a apontar novas possibilidades de projetos de vida (Brasil, 2014).

Essa problemática exige tanto transformações estruturais de ordem política e social para lidar com determinações sociais, geradoras de sofrimento, como intervenções que operem no resgate da personalidade humana com iniciativas de cuidado que possam contribuir para a alteração dos campos relacionais que atualizam as condições macrossociais (Aiello-Vaisberg, 2017).

Nesse sentido, para Buccini e Tulha (2011), sujeitos que foram pouco maternados e com vivências em um ambiente que não foi suficientemente bom para seu desenvolvimento, podem ter dificuldades para estabelecer relações de confiança e segurança. Sabe-se que crianças podem sofrer situações de violência, maus tratos, negligência e abusos. Entretanto, é necessário cuidado para não efetivar um posicionamento acusatório sobre as famílias, deixando de considerar situações traumáticas que ocorrem em esferas sociais distantes da relação mãe-filho,

gerando efeitos de despersonalização e desumanização, ao longo de toda a vida (Aiello-Vaisberg, 2017).

Cabe ressaltar, que não se pretende culpabilizar, neste estudo, a família e a mulher por uma falha individual, mas sim ressaltar a importância do ambiente e da maternagem suficientemente boa no desenvolvimento, visto que, as vulnerabilidades sociais podem afetar nesse processo e ter relações com o uso de drogas, ou seja, refletir sobre esses fatores é considerar o contexto histórico e a falta de suporte conjugal, comunitário e social nesta questão (Narvaz & Koller, 2006).

Dentro da perspectiva das políticas públicas atuais, os serviços de saúde mental infantojuvenis devem assumir função social e política que extrapole o fazer meramente técnico na área da saúde. Para isso, é fundamental se pensar em estratégias amplas que incluam políticas intersetoriais para além da saúde (cultura, educação, esporte e lazer, assistência social). Isso significa que a atenção psicossocial dessa população deve levar em conta a criança e o adolescente como sujeitos integrais com direito à participação e inclusão em sua comunidade, possibilitando ações emancipatórias, a partir de uma avaliação contextualizada e singular do sujeito e das relações que estabelece, a fim de se evitar equívocos no entendimento e na condução dos casos e, conseqüentemente, na avaliação do cuidado necessário (Brasil, 2014).

Neste sentido, o acolhimento na UAI possui uma questão social que intenta afastar, temporariamente, os adolescentes de contextos específicos e ambientes hostis onde estão vulneráveis, para assim, aproximar de outros lugares sociais, contribuindo na promoção do acesso a serviços de saúde, promovendo atividades artísticas, esportivas, suporte terapêutico, além de, construir rotinas e articular cuidado com a escola, família como um processo, para reduzir os danos causados pelas drogas e vulnerabilidades sociais. A intenção dos profissionais não é a tutela e o afastamento do indivíduo da sociedade produzindo uma institucionalização, pelo contrário, os profissionais buscam aproximar os acolhidos de novas realidades e reconstruir vínculos. Quando os profissionais se relacionam com os adolescentes de modo respeitoso, eles são posicionados como sujeitos de direitos e seres humanos com dignidade, tornando-se possível a construção de novas formas de se perceberem e se posicionarem.

Então, nesse sentido assim, até de dar esse respaldo da pessoa saber que ela tem um lugar, dela conseguir fazer novas formas de vínculos que não só aquela de violência, que não só aquela de biqueira, que não só aquela de drogas, que ela continue usando drogas, só que ela sabe que ela pode estudar e usar drogas, que ela saiba que ela não precisa vender, não precisa necessariamente trabalhar numa biqueira, né? Que ela

pode ter o trabalho dela ali, usar a droga dela, ir nos eventos dela, ter o dinheiro dela né? Que tem cultura, que ela pode tocar um instrumento, né? Que ela pode fazer uma terapia, ela pode contar de tudo isso. Enfim, fazer essa troca, pra mim só disso já tá valendo, né? Só disso não, de tudo isso (Serena).

Assim, os profissionais buscam desenvolver recursos com a elaboração de estratégias que potencializem a capacidade de agir dos acolhidos frente as vulnerabilidades sociais preparando o adolescente para sua saída. Mas uma questão levantada repetidas vezes no decorrer da pesquisa foi: essas crianças e adolescentes tem para onde voltar quando saem do acolhimento? Mesmo que sejam desenvolvidas estratégias de cuidado que contribuam para ressignificar vivências, perspectivas, lugares sociais e possibilidades de ser, se o cuidado institucional for voltado apenas para o usuário de drogas, acaba sendo um cuidado temporário e não permanente. Dado que ele voltará para o mesmo ambiente de antes. Nesse ponto, é explorada a extrema necessidade de fortalecimento da rede de cuidado e da integração da família ao tratamento.

Existem avanços no que diz respeito a considerar os determinantes sociais na área da saúde, pois a estruturação da RAPS e dos equipamentos do modelo psicossocial podem fornecer um cuidado mais ampliado, problematizando ações de psiquiatria, entretanto ainda é frequente a presença de constantes encaminhamentos, resquício de uma lógica que responsabiliza a saúde por questões políticas, transformando problemas sociais em patologias (Tãno & Matsukura, 2019).

Observam-se vazios de diferentes ordens que envolvem a criação de protocolos de atendimento e encaminhamento dos casos, além de uma legislação que ora protege e ora responsabiliza sem considerar os aspectos psicossociais das famílias desassistidas (Passos, Reinaldo, Barboza, Braga, & Ladeira, 2016). Segundo os profissionais entrevistados, os serviços da rede não possuem articulação, comprometimento, continuidade e comunicação, para Sandra a rede precisa se fazer atuante:

Porque tem alguns casos que a gente encaminha e não tem retorno, faz conferência de caso pra ter uma posição, uma luz e não consegue: “Já que vocês estão com ela, então vocês fazem o que vocês acharem melhor”. E a gente não quer isso, a gente quer que tomem as medidas cabíveis, mas a gente não consegue muito espaço.

Dessa forma, a ampliação desses serviços e adequação para atendimento dessa demanda específica se faz necessária, assim como, o fortalecimento da articulação entre os setores através

da organização da RAPS, a fim de garantir atenção integral às crianças e adolescentes usuários de drogas (Conceição et al., 2018).

A rede existe para pensar nas diversas estratégias possíveis de suporte às necessidades dos usuários. Caso a lógica de atendimento seja inversa, de que o usuário que deve se adequar ao que o serviço oferece, como horários, ofertas terapêuticas massificadas, o fluxo das recorrentes crises permanecerá reincidindo. É o conhecido movimento da “porta giratória”. Isso não quer dizer que os serviços devem dar resposta a toda e qualquer necessidade do usuário, mas sim encontrar dentro da rede o serviço adequado para tal. O reconhecimento e a corresponsabilização do que compete a cada área, serviço, equipe, trabalhador permite a desburocratização do acesso e a resolutividade dos serviços de “portas abertas”, de baixa exigência e redutores de danos. É necessária a sensibilização dos vários atores e a interlocução contínua para diminuir as barreiras de acesso, assim como evitar a descontinuidade do cuidado e a sobreposição de ações. (Brasil, 2015, p. 61)

As escolas são as principais instituições sociais e de circulação de crianças e adolescentes, mas sabe-se dos desafios presentes na inclusão e permanência de jovens em processo de sofrimento, daí a necessidade de aprimorar relações intersetoriais que potencializem o acesso nesta instituição para, com isso, serem possíveis transformações nas trajetórias de patologização desses indivíduos (Tãno & Matsukura, 2019). Sofia comenta que:

Um dos problemas às vezes são as escolas, porque quando vem da gente, eles já sabem que é um adolescente talvez problemático, muitas das vezes problemático. Isso já cria um olhar diferente, uma coisinha desse tamanho já vira uma coisa desse tamanho. Não por falta de profissionalismo da escola, mas os nossos meninos são muito vitimizados, então o olhar pra eles já é diferente.

Ressalta-se a importância de estar atento aos riscos de negligência à educação de crianças e adolescentes que estejam em acolhimentos, situação de rua, medida socioeducativa de internação, entre outras situações de vulnerabilidade social (Brasil, 2014). Quanto a isso, Simone comenta sobre a necessidade de constante contato com a escola:

Nós conversamos com a escola, já ocorreu de transferência de escola pra alguma outra que a gente tem uma parceria melhor. As reuniões são constantes com as escolas, porque a gente tenta se manter informada de tudo que está acontecendo. Agora entrou na equipe uma pedagoga pra ter essa conversa melhor com as escolas.

Outra problemática, tratada pelos, está ligada às deficiências do aparato médico, já que o CAPSiAD, neste momento, estava sem psiquiatra e os profissionais da UAi tinham que agendar consultas em serviços que não eram específicos para essa população com grandes filas

de espera. Maria, educadora social, conta sobre o caso de um menino que está sendo medicado e não possui acompanhamento:

Ele é um menino assim, ele já foi diagnosticado, ele precisa de medicação e tudo. E a gente precisou fazer todo esse movimento de ir na secretária da saúde pra poder ser atendido no CAPSad, só que assim, foi atendido lá, o médico receitou e nem marcou retorno. (Maria)

Não tem acompanhamento? (Entrevistadora)

Não! Então assim, infelizmente, daqui uns dias a gente vai precisar fazer todo esse rebuliço de novo pro menino poder voltar, por que minimamente se ele ta sendo medicado ele tem que ser acompanhado, né? Não da deixa lá o menino tomar 500 remédios e vamos ver no que dá, né? (Maria)

Também ocorre dos adolescentes suspenderem o uso dos medicamentos prescritos durante as saídas autorizadas, quando são suspensos ou saem do acolhimento por vontade própria. A equipe do CAPSiAD ressalta lacunas em equipamentos para internação, pois existe ausência de locais confiáveis e territorializados para internação no próprio município. A ausência de acompanhamento psiquiátrico e a descontinuidade no tratamento são questões complexas, principalmente se tratando de crianças e adolescentes que fazem uso de outras drogas.

Pôde-se notar, a partir da observação participante, como as crianças e adolescentes acolhidos são diagnosticados e medicalizados com algum transtorno psiquiátrico, principalmente, depressivo. Isso levanta o questionamento: até que ponto existe uma medicalização do sofrimento social de crianças e adolescentes usuários de drogas? Muitas vezes a medicalização é utilizada como uma ferramenta no serviço, mas até que ponto essa ferramenta realmente auxilia os acolhidos? E como saber se não estamos hiper-medicalizando o sofrimento social, como forma de tratamento, de jovens que usam drogas?

Se na verdade pensarmos no papel cada vez mais central que os fármacos, como produtores do “bem-estar”, vêm ocupando como principal técnica da assistência médica – entre eles os psicofármacos que têm sido amplamente prescritos para uma demanda que envolve um “sofrimento social” contemporâneo – vamos ver que o consumo técnico passa, cada vez mais, a fazer parte da vida. Mas nesse caso, longe de pensar apenas em uma continuidade entre técnica/ natureza/ medicamentos/ cultura, vamos verificar que essas prescrições envolvem conflitos e relações de poder de classe, gênero ou etnia na sociedade; também problemáticos são os efeitos desses dispositivos na produção de subjetividades (Adorno, 2014, pp. 10-11).

Os movimentos de idas e vindas dos adolescentes pelos equipamentos da rede, entendido neste estudo como fenômeno da porta giratória, ocorrem por diversos motivos: violação de regras do acolhimento, idade estipulada para fim do tratamento, decisões judiciais, entre outras, que alteram decisivamente a resolutividade do trabalho de reinserção social, assim como, prejudicam a continuidade do trabalho protetivo, causando rupturas no estabelecimento do vínculo (Botelho, Moraes, & Leite, 2015).

A falta de conhecimento dos equipamentos e fluxos da RAPS também contribuem para a segmentação do cuidado e sua superação dependerá, entre outras ações, da qualificação dos profissionais, do matriciamento em saúde mental na atenção básica e do estabelecimento de um fluxograma organizativo dos serviços, visando o atendimento da população usuária de drogas (Ribeiro, et al., 2018). Estes são obstáculos intrínsecos ao estabelecimento de uma rede compartilhada e horizontalizada de cuidado ao qual a população tem direito, mas esperar que estes objetivos sejam atingidos para então desenvolver ações coerentes pode diminuir o engajamento profissional nesse processo (Tãno & Matsukura, 2019).

São notáveis os avanços da RAPS, na constituição de uma rede de vínculos e parcerias estabelecidas entre saúde e outros setores. Ainda assim, estamos presenciando ações contraditórias, higienistas e eugenistas como as internações compulsórias de crianças e adolescentes em situação de rua e usuários de drogas, indo contra diretrizes dignas e democráticas, e mesmo o ECA e a Lei nº 10.216 (Passos et al., 2016). Ainda sendo necessários esforços para avançar em direção a uma sociedade que melhor tolera e integra os sem-teto, os pacientes que abandonam cuidados ou recusam cuidados e outros que vivem à margem da sociedade (Golay et al., 2019).

O uso de drogas historicamente é pensado a partir de uma lógica binária estereotipada: normalidade-transgressão, ordem-desordem, droga-dependência, dependência-exclusão, tráfico-delinquência, delinquência-áreas urbanas degradadas. Um questionamento válido é: Quem define o que é desviante? É necessário saber como são construídos os diversos discursos relacionados a essa problemática, pois as modalidades discursivas sobre um objeto são determinantes nas práticas sociais desenvolvidas com finalidade interventiva (Fernandes, 1995). Os diferentes discursos constroem realidades que podem restringir ou amplificar possibilidades de ações, dessa forma discursos reducionistas, podem definir posições, cristalizações e direcionar ações excludentes e estigmatizantes sobre os usuários. Ao relativizar e desconstruir certas visões hegemônicas sobre essa questão, pode-se pensar em práticas que considerem a cidadania, a autonomia, responsabilização e os direitos humanos de pessoas que consomem os diferentes tipos de substâncias (Corradi-Webster, 2013).

O estigma atribuído aos usuários de drogas, a ilicitude do uso e a inclusão no tráfico, são fatores que reforçam a exclusão social desses indivíduos, impedindo sua plena participação social. Portanto, um dos objetivos do paradigma da redução de danos como um método clínico-político de ação no território inserido na perspectiva da clínica ampliada é resgatar o usuário em seu papel autorregulador, de forma a incentivar a mobilização social em suas ações de prevenção e tratamento, intervindo na construção de redes de suporte social (Brasil, 2003). As consequências dessa forma de olhar o fenômeno das drogas pode levar a construção de tratamentos que impliquem a sociedade nessa problemática, utilizando-se da rede de serviços, família e a comunidade em que esse indivíduo se insere, para reduzir danos e produzir ações de promoção da saúde e prevenção. Segundo Helena a função do acolhimento é reduzir danos a partir da construção do vínculo, do respeito e da empatia:

Sempre que me perguntam: “Tem resultado?” Tem resultado, eu acho que não é o resultado que a população no geral, a sociedade no geral espera... Ainda mais trabalhar com criança e adolescente dentro dessas vivências tão hostilizadas e tão sem garantia de direito. A gente trabalha com a política de redução de danos, né? E a gente entende que além de reduzir danos em relação ao uso de drogas, mas reduzir danos no dia a dia desses meninos já é um resultado. Trazendo para eles como esse pode ser você e não só o menino que apanha da polícia na rua, que é onde a gente consegue criar vínculo e essa questão do afeto sempre muito envolvida que a gente consegue perceber que eles passam a se olhar minimamente de uma forma diferente, né? Possibilidades de vida, um leque maior. (Helena)

Esse processo implica uma mudança de perspectiva que considera as pessoas que usam drogas como cidadãos de direitos e sujeitos políticos. Esse novo paradigma ético, clínico e político abre um novo campo de possibilidades clínicas, políticas e existenciais. Um dos desafios atuais para reduzir os danos sociais e individuais é a construção de redes de produção de saúde que incluam os serviços de atenção do próprio Sistema Único de Saúde e demais dispositivos da RAPS, como estratégia ampliada de clínica que tem ofertas concretas de acolhimento e cuidado para pessoas que usam drogas (Passos & Souza, 2011). É imprescindível que as políticas públicas qualifiquem os sujeitos de forma a preservar sua memória social e individual, sem humilhar e homogeneizar populações, afinal estas lidam com sujeitos e devem enfatizar ações baseadas na sensibilidade à experiência do outro com base na ética da diferença (Carreteiro, 2003).

O Estatuto da Criança e Adolescente traz diversos direitos que não são garantidos em sua integridades nos serviços e na rede de cuidado, portanto, faz-se necessário reconhecer as reais demandas dessa faixa etária, inclusive relacionadas ao uso de drogas, para estabelecer tratamentos que garantam o cumprimento das diretrizes da atenção psicossocial a crianças e adolescentes, a saber: reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos; acolhimento universal, identificando-se as necessidades e propondo-se as intervenções necessárias; encaminhamento implicado e corresponsável, por meio da identificação do serviço mais adequado e acompanhamento do caso até que o atendimento se realize; construção permanente da rede e da intersetorialidade, com atuação baseada no território; avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de saúde mental (Brasil, 2014).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa buscou compreender como uma unidade de acolhimento do interior de São Paulo vem oferecendo cuidado a crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar. Vale enfatizar a relevância de estar junto aos profissionais na linha de frente, realizando uma pesquisa *com* e não *sobre* a instituição, de forma a propiciar a protagonização das falas e vivências dos participantes para refletir questões em conjunto com a universidade.

Os resultados da pesquisa demonstraram que os adolescentes acolhidos estão suscetíveis a diversos problemas relacionados à pobreza, a exclusão social e violações de direitos que são agravados pela fragilidade na execução das políticas públicas. As vulnerabilidades sociais vivenciadas pelos acolhidos provocam intenso sofrimento social e perpassam situações de exclusão social, violência, conflito com a lei, situação de rua e relação familiar. Nesse sentido, o manejo institucional promovido por práticas profissionais ligadas ao conceito de maternagem, ao acolher e oferecer sustentação emocional, possibilita que o adolescente encontre o outro, sintase visto em suas necessidades e, assim, desenvolva a segurança, confiança e autoestima necessárias para o convívio social. A análise dos resultados enfatizou a importância de um ambiente estruturado, estável e acolhedor para atender esses adolescentes, assim como a necessidade de um olhar particularizado e empático, para possibilitar a ampliação de perspectivas dos adolescentes e a construção de novas formas de se relacionar, a partir do diálogo e do manejo da agressividade. Entretanto, foram constatados pontos de entrave que contribuem para a ocorrência do fenômeno da porta giratória como: questões geracionais e de desconhecimento do serviço por parte dos familiares relatadas pelos profissionais como promotoras da falta de vínculo familiar e da baixa adesão ao tratamento; subfinanciamento público relacionado ao recente planejamento e implantação de políticas públicas voltadas a essa população, situação que acarreta na busca por verba privada e doações para o serviço, esbarrando no preconceito das instituições privadas para desenvolver parceria com esta temática; falta de apoio comunitário e o preconceito da sociedade e instituições também foram apontados, bem como, a segmentação do cuidado, falta de informação e preparo das instituições, a judicialização da saúde e a falta de acessibilidade à equipamentos como a escola.

Um dos limites deste estudo foi entrevistar apenas profissionais do serviço, sem englobar adolescentes e familiares. Entretanto, a observação participante realizada auxiliou a ampliar as compreensões sobre a temática estudada e minimizar este limite. Além disso, existe

a limitação de tempo para explorar as vivências institucionais, algo que foi manejado pela utilização de distintos instrumentos de coleta.

Este estudo traz contribuições para a compreensão de fatores que são importantes na construção de políticas e equipamentos de cuidado a crianças e adolescentes usuários de drogas visando práticas que consideram as vulnerabilidades sociais, sem homogeneizar as demandas populacionais e reflitam sobre o sofrimento social. O cuidado deve abranger desde atenção às necessidades básicas, construção de rotina, criação de vínculos, e auxílio no manejo da agressividade. Existe a necessidade de desenvolver práticas criativas que contemplem as singularidades de crianças e adolescentes acolhidos na UAI, levando em conta as vulnerabilidades sociais. Caso contrário, corre-se o risco do cuidado ser revertido em novas formas de vulnerabilidades ocasionadas pela institucionalização, medicalização, controle social, criminalização e patologização da pobreza. A territorialização do cuidado é fundamental para conseguir lidar com os aspectos da exclusão social, já que a proximidade possibilita, por exemplo, a reinserção na escola e acompanhamento das demandas com reuniões entre os profissionais. Além disso, a família precisa ser amparada com informações para compreender que as propostas de tratamento da UAI implicam no acolhimento provisório e na permanência voluntária por parte dos adolescentes, assim como, informada sobre o funcionamento da RAPS, para que possam ser preparadas para reconhecer que fazem parte do processo de cuidado oferecido pelas instituições. Também é imprescindível o fortalecimento da articulação da rede de cuidados, já que a maternagem no contexto institucional acaba sendo um trabalho protetivo temporário, e outros equipamentos precisam continuar a prover estes elementos de maternagem. Assim como, uma implantação mais expressiva dessas unidades e maior financiamento público.

Sugerem-se pesquisas futuras que analisem a prática do cuidado e funcionamento destas instituições em diferentes localidades do país para investigar tanto à regionalização do cuidado, como aspectos deste estudo que se repetem na estruturação mais ampla do fenômeno da porta giratória relacionado ao atendimento das crianças e adolescentes usuários de drogas. Assim como, investigações que contemplem os adolescentes e familiares como participantes da pesquisa para que seja possível observar o fluxo e trajetória destes nos equipamentos da rede de cuidado e os modos como esses sujeitos interpretam os aspectos envolvidos no fenômeno da porta giratória. Também são necessárias investigações que avaliem como a função de maternagem é continuada após a saída do adolescente do equipamento de acolhimento. Além de pesquisas que desenvolvam propostas de intervenção com grupos de maternagem tanto para familiares e profissionais e estudos de avaliação nesses serviços.

7. REFERÊNCIAS

- Abramovay, M., & Castro, M. G. (2002). Jovens em situação de pobreza, vulnerabilidades sociais e violências. *Cadernos de Pesquisa*, (116), 143-176. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742002000200007>
- Adorno, R. C. F. (2014). Consumos de Saúde e os Corpos Vulneráveis na Sociedade Brasileira [Editorial]. *Saúde Sociedade São Paulo*, 23(1), 7-11. doi: 10.1590/S0104-12902014000100100
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2017). Estilo Clínico Ser e Fazer: Resposta Crítico-Propositiva a Despersonalização e Sofrimento Social. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 37(92), 41-62.
- Anaya, F. (2004). *Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a contribuição do CERSAM de Belo Horizonte-MG*. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br>.
- Araujo, C. N. P. (2018). *Sentidos construídos com familiares de usuários de drogas sobre a internação involuntária ou compulsória*. (Dissertação de mestrado) Programa de Pós-graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado de <http://www.teses.usp.br>.
- Arenari, B., & Dutra, R. (2016) A construção social da condição de pessoa: premissas para romper o círculo vicioso de exclusão e uso problemático do crack. In J. SOUZA (Org.), *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas.
- Assis, J. T., Barreiros, G. B. & Conceição, M. I. G. A. (2013). A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(4), 584-596. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142013000400007>.
- Basaglia, F. A. (1985). *A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Bastos, F. I. P. M., & Bertoni, N. (2014). *Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais?* Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ.
- Bezerra, C. G., & Dimenstein, M. (2011). O fenômeno da reinternação: Um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Mental*, 9(16), 303-326.
- Bittencourt, L. (2009). Considerações sobre o consumo de drogas dos adolescentes em conflito com a lei e/ou privados de liberdade. Trabalho apresentado no Seminário “Mais Juventude Na Saúde: Vamos Falar Disso? Adolescentes Em Conflito Com A Lei”. Brasília, DF.

- Botelho, A. P., Moraes, M. C. M. B., & Leite, L. C. (2015). Violências e riscos psicossociais: narrativas de adolescentes abrigados em Unidades de Acolhimento do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 7-16. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014201.18112013>
- Brasil. (2003). *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). *Cartilha Crack, é possível vencer. Enfrentar o crack. Compromisso de todos*. Brasília, DF: Ministério da Justiça.
- Brasil. (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: Sage.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Brown, M. (2002). *Eu sou 157* [Racionais MC's]. In Nada como um dia após o outro dia [CD e LP]. São Paulo: Cosa Nostra.
- Buarque, C. (1967) *Roda Vida*. In Chico Buarque de Hollanda – Volume 3 [LP]. São Paulo: RGE.
- Buarque, C. (1972). *Partido alto* [MPB – 4]. In Cicatrizes [LP]. Rio de Janeiro: Philips
- Buccini, G. S., & Tulha, M. L. P. A. (2011). Maternagem: estratégia de prevenção em saúde para formação de sujeitos saudáveis. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 6(20), 203-206. [https://doi.org/10.5712/rbmfc6\(20\)257](https://doi.org/10.5712/rbmfc6(20)257)
- Carlini, E. A., Noto, A. R., Sanchez, Z. M., Carlini, C. D. A., Locatelli, D. P., Abeid, L. R., & Moura, Y. D. (2010). *VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.
- Carreiro, T. C. (2003). Sofrimentos sociais em debate. *Psicologia USP*, 14(3), 57-72.
- Cavalcante, M. B. P. T., Alves, M. D. S., & Barroso, M. G. T. (2008). Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Escola Anna Nery*, 12(3), 555-559. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000300024>
- Chaplin, C. (1936). *Tempos modernos* [Película]. Los Angeles: United Artists.
- Clemente, A., Lavrador, M. C. C., & Ramanholi, A. C. (2013). Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de

- novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES. *Revista Polis e Psique*, 3(1), 80-99.
- Conceição, D.S., Andreoli, S. B., Esperidião, M. A., & Santos, D. N. (2018). Atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2008-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(2). <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000200002>
- Corradi-Webster, C. M., Esper, L. H., & Pillon, S. C. (2009). A enfermagem e a prevenção do uso indevido de drogas entre adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(3), 331-334. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000300016>
- Corradi-Webster, C. M. (2013). Consumo de Drogas: Considerações sobre a Clínica no Contexto do SUS. *Saúde & Transformação Social*, 4(2), 14-20, 2013.
- Crives, M. N. S., & Dimenstein, M. (2003). Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um programa público. *Saúde e Sociedade*, 12(2), 26-37. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902003000200004>
- Dias, S. L. M. (2012). Do prazer à dor: a trajetória de buscas e perdas no universo da dependência química. In M. T. Melo, F. J. Spanhol, & M. I. Argenta. (Orgs.), *O complexo universo da dependência química* (pp. 16-23). Palmas: Editora UNITINS.
- Doido, C. (2006). *Ainda há tempo*. In *Ainda há tempos* [CD] São Paulo: Skyblue music.
- Duarte, P.C.A.V., Stempliuk, V.A., & Barroso, L.P. (2009). *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília, DF: Secretaria Nacional Sobre Drogas, Ministério da Justiça.
- Erikson, E.H. (1987). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Estudos Técnicos* (CNM. v. 7). (2015). Brasília, DF: Confederação Nacional de Municípios. Recuperado de [https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Estudos%20Tecnicos%20-%20Volume%207%20\(2015\).pdf](https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Estudos%20Tecnicos%20-%20Volume%207%20(2015).pdf).
- Fernandes, L., & Ramos, A. (2010). Exclusão social e violências quotidianas em bairros degradados: etnografia das drogas numa periferia urbana. *Toxicodependências*, 16(2), 15-27. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-48902010000200003&lng=pt&tlng=pt.
- Fernandes, L. (1995). O sítio das drogas: etnografia urbana dos territórios psicotrópicos. *Toxicodependências*, 1(2), 23-33. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56439/2/84118.pdf>.
- Ferreira, D. M. G., Araujo, A. C. C., Silva, C. C., Pereira, E. M. G., Fernandes, L. L. A., Silva, N. I. O., . . . Gonçalves, A. B. (2014). A unidade de acolhimento infanto-juvenil (uai) e a residência integrada de saúde no município de Iguatu/Ceará: novos processos

- de trabalho [Resumo]. *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, (Suppl. 3). (Trabalho apresentado no 11º Congresso Internacional Da Rede Unida. Fortaleza, CE).
- Fraser, M. T. D., & Gondim, S. M. G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 14(28), 139-152. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2004000200004>
- Galduróz, J.C.F., Noto, A.R., Fonseca, A.M., Carlini, C.M., & Oliveira, L.G. (2007). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País-2005. São Paulo: Páginas & Letras.
- Gergen, M. M. & Gergen, K. J. (2011). Qualitative inquiry: Tensions and transformations. In N. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The sage handbook of qualitative research* (4th ed.), Thousand Oaks, CA: Sage.
- Golay, P., Morandi, S., Conus, P., & Bonsack, C. (2019). Identifying patterns in psychiatric hospital stays with statistical methods: towards a typology of post-deinstitutionalization hospitalization trajectories. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01717-7>
- Gomes, J.C. (2015). *Demanda de atendimentos para crianças e adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSiAD) do interior de São Paulo*. (Relatório de Iniciação Científica). São Paulo, SP: FAPESP.
- Gondim, S. M. G. (2002). Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 12(24), 149-161. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2002000300004>
- Guareschi, N. M. F., Reis, C. D., Huning, S. M., & Bertuzzi, L. D. (2007). Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 7(1), 17-27. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812007000100003&lng=pt&tlng=pt.
- Junqueira, R. M. P., & Duarte, E. C. (2012). Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. *Revista de Saúde Pública*, 46(5), 761-768. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000500001>
- Kleinman, A., Das, V., & Lock, M. (Eds.). (1997). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Klimt, G. (1905). *As Três Idades da Mulher*. [Óleo sobre tela] Roma, Itália: Galleria Nazionale d'Arte Moderna.
- Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990, 16 de julho). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, seção 1.

- Lei n. 10.216 de 06 de abril de 2001 (2001, 09 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, seção 1.
- Lyons, E., & Coyle, A. (2007). *Analysing qualitative data en psychology*. London: SAGE Publication.
- Macedo, J. P., Abreu, M. M., Fontenele, M. G., & Dimenstein, M. (2017). A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 155-170. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017165827>
- Martins, M. C., & Pillon, S. C. (2008). A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(5), 1112-1120. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500018>
- McNamee, S., & Hosking, D. M. (2012). *Research and social change: A relational constructionist approach*. New York, NY: Routledge.
- Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., Olschowsky, A., & Machado, M. S. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 159-164. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100021>
- Minayo, M. C. S. (2011). Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In M. C. Minayo, S. F. Deslandes, & R. Gomes (Orgs.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. (28a ed., pp. 61-77). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Mombelli, M. A., Marcon, S. S., & Costa, J. B. (2010). Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(5), 735-740. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500007>
- Muza, G. M., Bettiol, H., Muccillo, G., & Barbieri, M. A. (1997). Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I - Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Revista de Saúde Pública*, 31(1), 21-29. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000100005>
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2006). Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. *Psicologia & Sociedade*, 18(1), 49-55. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822006000100007>
- Neves, A. G. S. (2018). *As políticas públicas de álcool e outras drogas no Brasil: uma análise da construção políticas de 1990 a 2015*. (Tese de Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25762>
- Noto, A. R., Galduróz, J. C. F., Nappo, S.A., Fonseca, A. M., Carlini, C. M. A., Moura, Y. G., & Carlini, E. A. (2003). *Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas Entre*

Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas.

- Oliveira, A. D. (2015). *Os recusados: uma experiência de moradia transitória infanto-juvenil no campo da saúde mental*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Católica de São Paulo, São Paulo.
- Oliveira, C. D. (2009). *Uma genealogia do jovem usuário de crack: mídia, justiça, saúde, educação*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Recuperado de <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/6896>
- Orth, A., & Moré, C. (2008). Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. *Psicologia Argumento*, 26(55), 293-303.
- Osório, L. C. (1989). *Adolescente hoje*. Porto Alegre: Editora Artmed.
- Passos, E. H. & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Revista Psicologia & Sociedade*, 23(1).
- Passos, I. C. F., Reinaldo, A. M. S., Barboza, M. A. G., Braga, G. A. R., & Ladeira, K. E. (2016). A rede de proteção e cuidado a crianças e adolescentes do município de Betim/MG e os desafios do enfrentamento ao uso abusivo de crack, álcool e outras drogas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 11(3), 583-601.
- Pereira, L. C., Jesus, I. S., Barbuda, A. S., Sena, E. L. S., & Yarid, S. D. (2013). Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção. *Revista Bioética*, 21(2), 365-374. <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000200021>
- Pimenta, N., Augusto, R., Guimarães, I. M., & Cardoso, C. (2017). Desafios psicossociais em uma Unidade de Acolhimento Infante Juvenil [Resumo]. In ABRAPSO Editora (Org.), *Caderno de resumos, XIX Encontro Nacional da ABRAPSO* (p. 1594). Porto Alegre: ABRAPSO.
- Portaria n. 336 de 19 de fevereiro de 2002 (2002, 20 de fevereiro). Estabelece as modalidades de serviços nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) definidas por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. *Diário Oficial da União*, seção 1.
- Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011, 26 de dezembro). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, seção 1.
- Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012. (2012, 26 de janeiro). Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*, seção 1.

- Prado Filho, K., & Lemos, F. C. S. (2012). Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil. *Revista Semestral do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar*, 2(1), 45. Recuperado de <http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/59>.
- Reis, D. C., Almeida, T. A. C., Miranda, M. M., Alves, R. H., & Madeira, A. M. F. (2013). Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(2), 586-594. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200016>
- Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. (2016, 24 de maio). Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde.
- Rocha, C., Silva, M., & Asensi, F. (2018). Juridicização engajada da adolescência: sobre um caso de internação psiquiátrica compulsória. *Saúde e Sociedade*, 27(1), 201-214. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170531>
- Rock, E. (2002). *A vida é desafio* [Racionais MC's]. In Nada como um dia após o outro dia [CD e LP]. São Paulo: Cosa Nostra.
- Rodrigues, E. T., Kaminice, L. M., Paranhos, M. B., Kil, A. K. A., Silvestre, C. M., & Voss, T. H. (2013). Prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas entre adolescentes. *Em Extensão*, 12(1), 121-128. https://doi.org/10.14393/REE-v12n12013_rel07
- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707-717. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300027>
- SENAD. (2016). Aberta: Portal de formação a distância sujeitos, contextos e drogas. Eixo 1: Políticas e Fundamentos. Recuperado de <http://www.aberta.senad.gov.br>
- Souza, J. (2016). A doença da humilhação. In J. Souza (Org.), *Crack e exclusão social* (pp. 29-38). Brasília, DF: Ministério da Justiça e Cidadania.
- Spink, M. J. (Org.). (2004). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (3a ed.). São Paulo, SP: Cortez.
- Stake, R. E. (2000). Case studies. In Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (Orgs). *Handbook of qualitative research*. (2nd ed). Thousand Oaks: Sage.
- Tãno, B. L. & Matsukura, T. S. (2019). Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(1), e290108. Epub June 19, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290108>
- Tavares, B. F., Béria, J. U., & Lima, M. S. (2004). Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Revista de Saúde Pública*, 38(6), 787-796. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000600006>

- Ti, L.; Kerr, T. (2014). The impact of harm reduction on HIV and illicit drug use. *Harm Reduction Journal*, 11(7).
- Trad, L. A. B. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 777-796. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo, SP: Atlas.
- Ventura, M. M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista SOCERJ*, 20(5), 383-386, 2007.
- Wild, T.C. (2006). Social control and coercion in addiction treatment: towards evidence-based policy and practice. *Addiction*, 101(1), p. 40-49. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01268.x>
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (5ª ed.). Porto Alegre: Bookman.
- 10 facts on adolescent health*. (WHO Report 2008). (2008). Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/index.html.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRIGIDO AOS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTOJUVENIL

- Qual sua profissão?
- Como chegou até a unidade?
- Quais atividades desenvolve?
- Gostaria que você me contasse como é um dia típico na unidade.
- A partir da sua experiência, quais avanços e impasses são enfrentados na sua rotina de trabalho?
- O que acha que ajuda no cuidado aos adolescentes?
- O que acha que não ajuda?
- Quais as estratégias e ações do serviço para oferecer acolhimento humanizado e colaborar para o processo de socialização dos usuários? Quais dificuldades encontra e como lida com estas dificuldades?
- Como a unidade busca integrar a família no tratamento? Quais dificuldades encontra e como lida com estas dificuldades?
- Quais estratégias da unidade para a reinserção social dos usuários? Quais dificuldades encontra e como lida com estas dificuldades?
- Quais as articulações da unidade com a rede intersetorial? Quais dificuldades encontra e como lida com estas dificuldades?
- O que você acha que poderia melhorar no cuidado oferecido? Que condições seriam necessárias para viabilizar estas melhoras?

APÊNDICE B - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL DIRIGIDO AOS PROFISSIONAIS DO CAPSIAD

- O que mudou depois do surgimento da UAi?
- Como eram os encaminhamentos antes da UAi?
- A quantidade de vagas é suficiente?
- Qual a sua visão a respeito da UAi?
- Quais as diferenças em relação a outros tipos de acolhimento?
- Quais as potencialidades do serviço?
- Quais os limites da unidade?
- Como a unidade se articula com a RAPS e o CAPSiAD?
- O que você acha que poderia melhorar no cuidado oferecido? Que condições seriam necessárias para viabilizar estas melhoras?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO IRIGIDO AOS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTOJUVENIL

Meu nome é Julia Corrêa Gomes, sou psicóloga e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa sobre a “Articulação do cuidado a crianças e adolescentes usuárias de drogas: estudo de caso em uma unidade de acolhimento”. A pesquisa é coordenada pela Prof^a Dr^a Clarissa Mendonça Corradi-Webster, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (USP). Sabemos que o tratamento devido ao uso de drogas é um percurso difícil. Uma das formas de tratamento é o acolhimento em instituições. Nosso objetivo é compreender como uma unidade de acolhimento do interior de São Paulo vem articulando o cuidado a crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar. A presente carta tem como finalidade explicar as características dessa pesquisa e lhe convidar para participar dela. Irei te fazer algumas perguntas sobre este tema e pedimos sua autorização para gravarmos esta conversa, para garantir que as informações tenham melhor qualidade e fidedignidade. Gostaríamos de esclarecer que: seu nome será mantido em sigilo; as informações que você nos der serão confidenciais e serão usadas apenas para este estudo; estas informações poderão ser publicadas e/ou apresentadas com objetivo científico, entretanto, não será possível identificar as pessoas envolvidas. Sua participação é voluntária, sem nenhum tipo de pressão, isto é, você não é obrigado a participar deste estudo e se desejar em qualquer momento não participar mais, sua decisão será respeitada. Não há previsão de riscos em participar deste estudo. Entretanto, caso a entrevista mobilize sentimentos você poderá interromper a entrevista a qualquer momento, no qual poderemos conversar sobre os mesmos, caso essa seja a sua vontade. A única coisa que lhe pedimos é o tempo para responder a entrevista. Prevemos que o tempo de duração da entrevista será entre 30 minutos à uma hora. Caso alguma dúvida ou mal estar apareça estaremos disponíveis para ajudar. As informações que você nos der serão muito úteis para compreendermos como a Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil de Ribeirão Preto vem articulando o cuidado a crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar. Com esta pesquisa espera-se obter mais subsídios para a construção de políticas públicas voltadas ao cuidado de jovens usuários de drogas. Se você concordar em participar da pesquisa, queremos esclarecer que: a) você é livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza; b) você pode deixar de participar da pesquisa em qualquer momento e não precisa apresentar justificativas para isso. c) não haverá nenhuma forma de reembolso de dinheiro para esta participação, já que você não terá nenhum gasto. Se você quiser mais esclarecimentos referentes aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, Avenida Bandeirantes, 3900, CEP: 14040-901- Ribeirão Preto - SP - Brasil - bloco 01 - Prédio da Administração - sala 07 - Fone: (16) 33154811/ E-mail: coetp@listas.ffclrp.usp.br Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários. Este termo está em duas vias, uma ficará com você e outra com o pesquisador responsável. Estando de acordo:

Nome do Entrevistador

Assinatura do Entrevistador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Se precisar de algum outro tipo de esclarecimento sobre o estudo, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável: Nome: Julia Corrêa Gomes - Mestranda do Departamento de Psicologia Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP Tel: (16) 981162905/ E-mail: julia.correa.gomes@usp.br

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DIRIGIDO AOS PROFISSIONAIS DO CAPSIAD

Meu nome é Julia Corrêa Gomes, sou psicóloga e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa sobre a “Articulação do cuidado a crianças e adolescentes usuárias de drogas: estudo de caso em uma unidade de acolhimento”. A pesquisa é coordenada pela Prof^a Dr^a Clarissa Mendonça Corradi-Webster, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (USP). Sabemos que o tratamento devido ao uso de drogas é um percurso difícil. Uma das formas de tratamento é o acolhimento em instituições. Nosso objetivo é compreender como uma unidade de acolhimento do interior de São Paulo vem articulando o cuidado a crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar. A presente carta tem como finalidade explicar as características dessa pesquisa e convidar lhe para participar de um grupo focal realizado com os profissionais do CAPSiAS. Irei te fazer algumas perguntas sobre este tema e pedimos sua autorização para gravarmos esta conversa, para garantir que as informações tenham melhor qualidade e fidedignidade. Gostaríamos de esclarecer que: seu nome será mantido em sigilo; as informações que você nos der serão confidenciais e serão usadas apenas para este estudo; estas informações poderão ser publicadas e/ou apresentadas com objetivo científico, entretanto, não será possível identificar as pessoas envolvidas. Sua participação é voluntária, sem nenhum tipo de pressão, isto é, você não é obrigado a participar deste estudo e se desejar em qualquer momento não participar mais, sua decisão será respeitada. Não há previsão de riscos em participar deste estudo. Entretanto, caso a entrevista mobilize sentimentos você poderá interromper a entrevista a qualquer momento, no qual poderemos conversar sobre os mesmos, caso essa seja a sua vontade. A única coisa que lhe pedimos é o tempo para responder a entrevista. Prevemos que o tempo de duração da entrevista será entre 30 minutos à uma hora. Caso alguma dúvida ou mal estar apareça estaremos disponíveis para ajudar. As informações que você nos der serão muito úteis para compreendermos como a Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil de Ribeirão Preto vem articulando o cuidado a crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar. Com esta pesquisa espera-se obter mais subsídios para a construção de políticas públicas voltadas ao cuidado de jovens usuários de drogas. Se você concordar em participar da pesquisa, queremos esclarecer que: a) você é livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza; b) você pode deixar de participar da pesquisa em qualquer momento e não precisa apresentar justificativas para isso; c) não haverá nenhuma forma de reembolso de dinheiro para esta participação, já que você não terá nenhum gasto. Se você quiser mais esclarecimentos referentes aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, Avenida Bandeirantes, 3900, CEP: 14040-901- Ribeirão Preto - SP - Brasil - bloco 01 - Prédio da Administração - sala 07 - Fone: (16) 33154811/ E-mail: coetp@listas.ffclrp.usp.br. Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários. Este termo está em duas vias, uma ficará com você e outra com o pesquisador responsável. Estando de acordo:

Nome do Entrevistador

Assinatura do Entrevistador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Se precisar de algum outro tipo de esclarecimento sobre o estudo, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável: Nome: Julia Corrêa Gomes - Mestranda do Departamento de Psicologia Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP Tel: (16) 981162905/ E-mail: julia.correa.gomes@usp.br

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A FORMAÇÃO DE BANCO DE DADOS

Prezado participante,

Considerando seu consentimento em participar do projeto de pesquisa “Articulação do cuidado a crianças e adolescentes usuárias de drogas: estudo de caso em uma unidade de acolhimento” conduzida pela mestrandia Julia Corrêa Gomes com a orientação da Profa. Dra. Clarissa Mendonça Corradi-Webster, docente da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Este termo é para pedir sua autorização para que todas as informações coletadas na pesquisa por meio de entrevista possam ser transcritas e armazenadas em um banco de dados digital, por tempo indeterminado. Isto permite que os dados sejam analisados mais facilmente pelos pesquisadores e que novas pesquisas sejam feitas com os dados deste banco, ajudando a gerar novos conhecimentos sobre o cuidado de jovens usuários de drogas. Asseguramos que todas as informações prestadas e armazenadas são estritamente confidenciais, qualquer pesquisa e publicação envolvendo estes dados não incluirão nomes ou informações que possam identificá-lo, garantindo seu anonimato em todo o processo da pesquisa.

Caso deseje autorizar este processo, basta assinar este termo, mesmo que não deseje autorizar o armazenamento dos dados neste banco digital, ainda é possível participar da pesquisa desde que seja assinado o TCLE. Além disso, seu consentimento pode ser retirado em qualquer momento da pesquisa, não havendo nenhum prejuízo para você. Pode escolher também se quer ou não ser avisado de cada nova pesquisa utilizando estes dados, que para seu conhecimento, passará novamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP que pode ser contatado a qualquer a qualquer momento para esclarecimentos referentes aos aspectos éticos da pesquisa através do endereço: Avenida Bandeirantes, 3900, CEP: 14040901- Ribeirão Preto - SP - Brasil - bloco 01 - Prédio da Administração - sala 07 - Fone: (16) 3315-4811/ E-mail: coetp@listas.ffclrp.usp.br. Se precisar de algum outro tipo de esclarecimento sobre o estudo, você pode entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis pela pesquisa do Departamento de Psicologia da FFCLRP - USP: Prof^a Dr^a Clarissa Mendonça Corradi-Webster (clarissac@usp.br/ (16) 3315-0196), Mestranda Julia Corrêa Gomes (julia.correa.gomes@usp.br/(16)98116-2905).

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Clarissa Mendonça Corradi-Webster

Mestranda Julia Corrêa Gomes

Autorização para formação de banco de dados da pesquisa “Articulação do cuidado a crianças e adolescentes usuárias de drogas: estudo de caso em uma unidade de acolhimento”

Eu, _____, declaro que fui informado(a) dos objetivos e procedimentos do trabalho e autorizo o armazenamento dos dados em um banco de dados digital. Autorizo também a utilização destes dados em futuras pesquisas, desde que garantido o meu sigilo. Declaro que possuo uma via deste Termo que ora autorizo. Sei que a qualquer momento posso revogar este aceite, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

___/___/___

Data

Gostaria de ser avisado todas as vezes que os meus dados forem utilizados em futuras pesquisas

Contato: _____

Não gostaria de ser avisado quando meus dados forem utilizados em futuras pesquisas

ANEXO A – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Campus de Ribeirão Preto

Of.CEIP/FFCLRP-USP/104-dgfs.

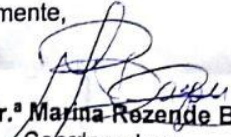
Ribeirão Preto, 20 de outubro de 2017.

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado "Articulação do cuidado a crianças e adolescentes usuárias de drogas: estudo de caso em uma unidade de acolhimento" foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 171ª Reunião Ordinária, realizada em 19.10.2017, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE nº 72999417.0.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas. De acordo com a Resolução nº466 de 12/12/2012, devem ser entregues relatórios semestrais e, ao término do estudo, um relatório final sempre via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,


Prof.ª Dr.ª Marina Rezende Bazon
Coordenadora


Ao(A) Senhor(a)
Julia Correa Gomes
Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP/USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (18) 3315-4811 Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 01 da Administração - sala 07
14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: ceetr@ffclrp.usp.br

ANEXO B – COMPROVANTE SUBMISSÃO ESTUDOS DE PSICOLOGIA (Campinas)

← → ↻ mc04.manuscriptcentral.com/estpsi-scielo ☆ 📄 | J

ScholarOne Manuscripts™ Julia Gomes ▾ English (US) ▾ Instructions & Forms Help Log Out

 Estudos de Psicologia (Campinas)

🏠 Home 📄 Author

Author Dashboard

Author Dashboard

1 Submitted Manuscripts >

[Start New Submission](#) >

[Legacy Instructions](#) >

[5 Most Recent E-mails](#) >

Submitted Manuscripts

To **check the status** of a submitted manuscript, click on "Submitted Manuscripts" in the area "Author Dashboard." All manuscripts you submitted **currently** under assessment are listed in this area. The manuscript status can be found below the column "Status".

Para **checar o status** de um manuscrito que você submeteu, clique em "Submitted Manuscripts" na área "Author Dashboard". Todos os manuscritos que você submeteu que estão sendo avaliados **no momento** estarão listados nessa área. O status do manuscrito pode ser encontrado abaixo da coluna "Status".

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
ADM: Matoso, Cristina	ESTPSI-19-0140	MATERNAGEM COMO FORMA DE CUIDADO INSTITUCIONAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS View Submission	09-Aug-2019	23-Sep-2019
<ul style="list-style-type: none"> • Awaiting EIC Decision • Awaiting Reviewer Scores 				

ANEXO C – COMPROVANTE SUBMISSÃO PSICOLOGIA & SOCIEDADE

The screenshot shows a web browser window with the URL `submission.scielo.br/index.php/psoc/submissions`. The page header includes the journal logo "Psicologia & Sociedade" and "Revista Psicologia & Sociedade" with a "30 ANOS" anniversary mark. The user is logged in as "juliagomes" and the language is set to "Português (Brasil)".

The main content area is titled "Submissões" and has tabs for "Fila" and "Arquivos". A search bar is present with the text "Minhas Submissões Designadas" and a "Nova Submissão" button. A single submission is listed:

227932	Julia Corrêa Gomes, Ana Paula Soares da Silva, Clarissa Mendonça Corradi-We...	Submissão
PORTA GIRATÓRIA NO ACOLHIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS ...		▼

1 de 1 submissões

Platform & workflow by OJS / PKP