GRASIELLA BUENO MANCILHA

**“A PERMANÊNCIA DE ADOLESCENTES EM CAPS AD – UM
OLHAR PARA A VULNERABILIDADE”**

SÃO PAULO

2015

GRASIELLA BUENO MANCILHA

**“A PERMANÊNCIA DE ADOLESCENTES EM CAPS AD – UM
OLHAR PARA A VULNERABILIDADE”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Área de Concentração: Cuidados em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana de Almeida Colvero

SÃO PAULO

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Mancilha, Grasiella Bueno

A permanência de adolescentes em CAPS AD: um olhar para a vulnerabilidade / Grasiella Bueno Mancilha. São Paulo, 2015.

126 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana de Almeida Colvero
Área de concentração: Cuidados em Saúde

1. Adolescentes. 2. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 3. Serviços de saúde. 4. Vulnerabilidade em Saúde

I. Título.

Nome: Grasiella Bueno Mancilha

Título: A permanência de adolescentes em CAPS AD – Um olhar para a vulnerabilidade.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A todos os encontros da minha vida
que me possibilitaram ser quem sou hoje!
E também pelos encontros que estão por vir,
possibilitando o novo e o movimento
– renovando a força e capacidade de regeneração
do (ser) humano!

AGRADECIMENTOS

Ao meu **Deus**, fonte da minha vida.

Aos meus pais **Inês e Dirceu**, pelo amor incondicional,
pelas orações e principalmente por acreditar no meu potencial.
Ao meu irmão **Guilherme**, pela preocupação.

Ao meu amor, marido, amigo e parceiro na e pra vida, **João Fábio**, pela escuta, cuidado e leituras
conjuntas. Nos momentos de dificuldade, por enxugar minhas lágrimas, e, nos momentos de
empolgação e alegria, sempre estava pronto
a me incentivar! Obrigada pelos compartilhamentos cotidianos!

À minha sogra **Erinalva**, pelas orações e carinho de sempre.

À orientadora Prof^a. Dr^a. **Luciana de Almeida Colvero**,
pela parceria durante nossas discussões teóricas e acadêmicas,
mas principalmente pelo crescimento diante dos compartilhamentos dos sentidos que nos movem a
continuar e a acreditar.

Às Professoras Dr^a. **Eroy Silva** e Dr^a. **Márcia de Oliveira**,
pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Às queridas **Bianca Alves** e **Laís Coutinho** pela “força” na transcrição das entrevistas, à **Michele
Baylon**, pelas autênticas contribuições e a todas as “meninas” do Grupo de Estudos e Pesquisa
Saúde Mental na Infância e Juventude – **Lany, Anna Carolina, Kamila, Carol Borges e Carolina**.

À amiga **Yone**, pelo carinho, pela compreensão e disponibilidade para discussões produtivas sobre o
tema e sobre a vida.

À equipe do curso SUPERA, principalmente à Prof^a. Dr^a. **Monica Parente Ramos** pela compreensão
das ausências nos momentos mais difíceis
e à **Ana Paula Briguet**, pessoa especial e iluminada.

Ao Prof^o. Dr^o. **José Ricardo Ayres** e ao Prof^o. Dr^o. **Marcelo Sodelli**
pela disponibilidade em me receber para uma conversa inspiradora e
muito significativa para fomentar as reflexões e sentidos
– acadêmicos e pessoais – deste trabalho. Muito, muito obrigada!

Aos profissionais do serviço de saúde especializado,
principalmente a **Kátia**, o **Camilo** e a **Etiene**.

Aos **adolescentes** participantes deste estudo, por me ensinarem e emprestarem suas falas, seus
sentidos e suas histórias. E foi com muito respeito que pude me aproximar destes “pedacinhos” de
suas histórias
e diante deles produzir este trabalho.

Gratidão, sentimento que reverbera em mim. Grata pelas oportunidades das construções,
reconstruções e desconstruções (sempre possíveis),
não só de conceitos e teorias acadêmicas, mas também dos sentidos e força gerados a partir desses
encontros singulares.

Obrigada por compartilharem comigo esta especial oportunidade
de concretizar o fechamento de mais um ciclo!

EPÍGRAFE

“Um trabalho tem sentido para uma pessoa quando ela o acha importante, útil e legítimo” e “O que não se regenera, degenera”.

Edgard Morin

Mancilha, G. B. A permanência dos adolescentes em CAPS AD – Um olhar para a vulnerabilidade. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2015.

RESUMO

As investigações sobre a adolescência nas últimas décadas trazem contribuições para além dos recortes da puberdade e desenvolvimento socioafetivo, ampliando a compreensão da adolescência como um fenômeno de construção histórica, social, cultural e relacional na contemporaneidade. A adesão ao tratamento por adolescentes usuários de álcool e outras drogas é apresentada pela literatura como um desafio. Entendemos que a permanência do adolescente no tratamento está relacionada ao entendimento deste enquanto sujeito que pode exercer sua autonomia no contexto individual, social e político e onde os profissionais são corresponsáveis pelo processo terapêutico. Consideramos o conceito de vulnerabilidade e de redução de danos como importantes na compreensão deste tema. **Objetivo:** Traçar o perfil sociodemográfico em relação com o uso de drogas dos adolescentes em atendimento no CAPS AD e analisar suas percepções sobre o tratamento recebido, identificando quais fatores eles apontam como os que facilitam a sua permanência nesse serviço. **Método:** Pesquisa descritiva exploratória. Foram realizadas entrevistas individuais com 12 adolescentes que frequentaram, no período da coleta de dados, o grupo de adolescentes do serviço especializado. Os dados foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo segundo Bardin e categorizados de acordo com os componentes da vulnerabilidade preconizados por Ayres. A análise foi realizada mediante o diálogo com o referencial teórico da vulnerabilidade em saúde, os princípios da redução de danos, redes de atenção psicossocial e reabilitação psicossocial. **Resultados:** Desvelamos graves vulnerabilidades envolvendo estes adolescentes, nos componentes individual, social e programático. Os adolescentes, em sua maioria, são do sexo masculino, com idade entre 14 a 19 anos; 75% se autodeclararam negros, possuem ensino fundamental incompleto e em evasão escolar (75%). Residem com seus familiares 8 adolescentes, sendo 6 deles pertencentes à família monoparental feminina e 4 estão acolhidos institucionalmente. Todos já foram poliusuários e fizeram o primeiro uso de droga aos 12 anos. A substância de preferência da maioria dos adolescentes foi a maconha, sendo também a mais utilizada pela primeira vez. Sobre as percepções do tratamento no CAPS AD, a maioria disse que é preciso ter “força de vontade” para permanecer e que esperam “ocupar e distrair a mente” com atividades mais atrativas como jogos lúdicos, gincanas, atividades externas e esportivas. O grupo de pares restrito pelo uso de drogas foi apontado como um dos fatores que mais dificultam a permanência no serviço. O componente social da vulnerabilidade, mesmo considerando que outros componentes estejam interligados e interdependentes, foi considerado como o mais marcante dos resultados dessa pesquisa, desvelando uma maior dificuldade para as (re)construções de projetos de vida para além de aspectos

relacionados somente ao uso ou não de drogas. **Considerações finais:** Mesmo que não tenhamos receitas prontas e protocolos sistematizados, vislumbramos importantes direções a serem seguidas diante do desafio da elaboração de ações redutoras de vulnerabilidades direcionadas aos adolescentes usuários de drogas que chegam ao CAPS AD. Estas ações, para potencializar a permanência destes adolescentes em CAPS AD, devem avançar no sentido de construções coletivas, fortalecendo propostas que façam mais sentido para os adolescentes, que sejam atrativas e despertem neles vontade de ficar, de fazer e de acontecer.

Palavras-chave: Adolescente; Transtornos Relacionados ao uso de substâncias, Serviços de Saúde; Vulnerabilidade em Saúde.

Mancilha GB. The permanence of adolescents at CAPS AD – A look at the vulnerability. [Dissertation]. Sao Paulo: Nursing School, University of São Paulo; 2015.

ABSTRACT

The investigations into the teens in recent decades bring contributions beyond the newspaper clippings of puberty and socio-emotional development, broadening the understanding of adolescence as a phenomenon of historical, social, cultural construction and relational in contemporary times. Adherence to treatment for teens users of alcohol and other drugs is show in literature as a challenge. We understand that the permanence of the teenager in a treatment is related to the understanding that this person can have autonomy in an individual, social and political context, and where the professionals are co-responsible for the therapeutic process. We consider the concept of vulnerability and reduction of damages as important to comprehend this theme. **Objective:** drawn the social demographic profile in relation to the use of drugs by teenagers in attendance at CAPS AD and analyze their perceptions about the treatment received, identifying which factors they point as those who facilitate their permanence in this service. **Method:** Descriptive exploratory research. Individual interviews were held with 12 teenagers who attended, during the period of data collection, the group of teenagers of the specialized service. The data were analyzed using content analysis technique according to Bardin, and categorized according to the vulnerability components recommended by Ayres. The analysis was carried out through dialog with the theoretical framework of vulnerability in health, the principles of harm reduction, networks of psychosocial care and psychosocial rehabilitation. **Results:** it was unveiled serious vulnerabilities involving these teenagers in individual, social and programmatic components. Teenagers, mostly, are male, aged 14 to 19 years; 75% self-declared black, have incomplete or truancy elementary school (75 percent). Reside with their families 8 teenagers, being 6 of them belonging to a feminine single-parent family, and 4 are in a foster care institution. All have already used more than one type of drug and their first consumption was at the age of 12. The substance of preference of most teenagers was marijuana, being also the most used for the first time. About the perception of the treatment at CAPS AD, most said it takes “willpower” to stay and they expect “occupy and distract the mind” with activities more attractive as playful games, competitions, outdoors activities and sports. The peer group restricted by use of drugs was pointed as one of the factors that make it difficult to stay more in the service. The social component of vulnerability, even considering that the other components are interconnected and interdependent, was regarded as the most outstanding of the results of this research, unveiling a higher difficulty for the (re) constructions of life projects apart from aspects related only to the use of drugs. **Final considerations:** Even not having ready recipes and systemized protocols, we glimpse important directions to be followed faced the challenges of elaborating actions reducing vulnerabilities targeting teens drug users who reach CAPS AD.

These actions, to increase the permanence of these teenagers in CAPS AD, should move towards collective buildings, strengthening proposals that make more sense for teens and are attractive to awaken in them the will to stay, and make it happen.

Keywords: Adolescent; Substance-Related Disorders; Health Services; Health Vulnerability.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Esquema 1	—	Adolescência, Droga e Sociedade: Contornos do objeto de pesquisa	27
Esquema 2	—	Adolescente usuário prejudicial de drogas e a vulnerabilidade	50
Esquema 3	—	Mapa do Município de São Paulo e suas regiões	52
Esquema 4	—	Planos de ações potencializadoras para a permanência do adolescente em CAPS-AD	94

LISTA DE SIGLAS

ADOLEC	Biblioteca Virtual de Saúde do Adolescente
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CJ	Centro da Juventude
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEAD	Grupo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IHRA	Associação Internacional de Redução de Danos
LA	Liberdade Assistida
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNAD	Política Nacional sobre Álcool e Drogas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SAMU	Serviço de Atenção em Urgência e Emergência
SINAJUVE	Sistema Nacional da Juventude
SMS-SP	Secretária de Saúde do Município de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	16
2	INTRODUÇÃO.....	19
2.1	AS CONCEPÇÕES SOBRE ADOLESCÊNCIA.....	19
2.2	O USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA – DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	21
2.3	POLÍTICAS PÚBLICAS, PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE AOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS.....	23
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	30
3.1	O ADOLESCENTE USUÁRIO DE DROGAS E OS DESAFIOS DO TRATAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	30
3.1.1	Diferentes conceituações: adesão X permanência.....	31
3.1.2	Características sociodemográficas e clínicas dos adolescentes.....	33
3.1.3	Características do tratamento oferecido.....	35
3.1.4	Relação com os familiares e responsáveis.....	36
3.1.5	Relação com os pares e rede de apoio.....	37
3.1.6	Relação e abordagem dos profissionais de saúde.....	38
4	OBJETIVO.....	43
5	TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	45
5.1	MARCO TEÓRICO.....	45
5.1.1	Vulnerabilidade e redução de danos (RD) no campo da saúde.....	45
5.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	51

5.2.1	Distrito de Itaquera.....	51
5.2.2	Caracterização do serviço: O Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas de Itaquera.....	53
5.3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA PESQUISA.....	54
5.3.1	Procedimentos éticos.....	56
6	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	58
6.1	COMPONENTE INDIVIDUAL.....	68
6.2	COMPONENTE SOCIAL.....	78
6.3	COMPONENTE PROGRAMÁTICO.....	92
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
8	REFERÊNCIAS.....	105
	APÊNDICE I: Roteiro de Entrevista.....	114
	APÊNDICE II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Responsáveis Legais.....	116
	APÊNDICE III: Termo de Assentimento aos Adolescentes.....	118
	ANEXO I Parecer Consubstanciado Comitê de Ética EEUSP.....	120
	ANEXO II Parecer Consubstanciado Comitê de Ética SMS-SP.....	123

1 – APRESENTAÇÃO

A elaboração e execução desta pesquisa são provenientes de conversas, vivências cotidianas no campo de trabalho em psiquiatria e em dependência química, fomentadas por reflexões acadêmicas com a orientadora e colegas durante a participação como aluna ouvinte nas disciplinas “Tópicos de Saúde Mental na Atenção Básica: Diretrizes da Política Nacional”; “Dimensões da Subjetividade no Cuidado em Saúde Mental” e “Saúde Mental e Religiosidade: Cotidiano de Cuidados das Subjetividades na Pós-Modernidade” e nos grupos de estudo e pesquisa Subjetividade em Saúde e Grupo de Estudos de Álcool e Outras Drogas – GEAD, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e como mestranda, cursando disciplinas correlacionadas ao tema e participando do Grupo de Estudos e Pesquisa Saúde Mental Infanto-Juvenil, junto à orientadora e colegas pesquisadores de áreas afins.

No trabalho prático como profissional atuante com adolescente usuário de drogas em modalidade de internação, uma das etapas de intervenção junto ao adolescente e seus pais ou responsáveis (quando existiam) consistia na sensibilização para a continuidade do tratamento em serviço comunitário, principalmente no CAPS AD, sendo orientados sobre a finalidade da internação de atendimento agudo, com o período previsto de 30 a 90 dias.

Outra etapa da intervenção, durante o período de internação do adolescente, estava relacionada ao estabelecimento de parcerias entre os profissionais da equipe do serviço de internação e os profissionais da rede de atenção psicossocial – CAPS AD, CAPS infantil, Unidade Básica de Saúde (UBS), Núcleo de medida socioeducativa (quando havia algum em conflito com a lei), entre outros.

Através das parcerias estabelecidas, visando à continuidade do tratamento nos CAPS AD da região onde vivia o adolescente, profissionais deste serviço visitavam o adolescente ainda na unidade de internação, buscando aproximação durante as visitas, com a finalidade da criação de vínculo.

Em outros momentos, o adolescente era acompanhado até o CAPS AD, para atendimentos individuais e grupais. O objetivo desta prática era dar início ao processo de construção de vínculo com os profissionais, com usuários do serviço e mesmo com o ambiente de convivência do CAPS AD.

Entretanto, dias ou poucos meses depois após a alta hospitalar, a equipe do serviço de internação recebia a informação de que o adolescente não havia ido ao CAPS AD, pois retomara o uso de drogas, estando, algumas vezes, em situação de rua. Com isso, muitas vezes um novo pedido de internação era necessário.

Diante desse funcionamento do serviço de internação como uma “porta giratória”¹, a cada nova internação retomava-se as intervenções de desintoxicação, avaliação a compreensão do que havia ocorrido no período pós-alta. Retomava-se o processo de sensibilização para a continuidade do acompanhamento no CAPS AD, visando à construção e ao fortalecimento de uma rede de apoio ao adolescente e sua família.

Durante as reuniões em equipe multidisciplinar, atuante no serviço de internação, diversas questões eram levantadas sobre este desfecho circular: *internação – desintoxicação – sensibilização para continuidade do tratamento – propostas terapêuticas – encaminhamento para o CAPS AD – intoxicação – reinternação*.

Diante da complexidade dos problemas que envolviam o adolescente e as suas necessidades de cuidado, o uso de drogas se tornava somente mais um dos motivos de ele estar ali. Mesmo distantes geograficamente das reais condições de vida que cercavam o adolescente, tornavam-se recorrentes os questionamentos dos profissionais sobre a ocorrência das recaídas e reinternações constantes de alguns adolescentes; também discutíamos sobre o que poderia ser melhorado para que este adolescente se vinculasse e fizesse a manutenção de seu tratamento em serviços comunitários, estando ou não abstinente. Essa discussão fazia ainda mais sentido quando tínhamos informação de que um dos adolescentes mantinha-se abstinente ou, mesmo após um ou mais *lapsos*, permanecia frequentando o CAPS AD.

Dentre as reflexões da equipe, havia muitos questionamentos: o que faz esse adolescente continuar frequentando o CAPS AD? O que o faz abandonar o tratamento? Como intervir efetivamente nesta realidade? Como identificar e acolher as singularidades de cada um deles? Como poderíamos aprender mais com os casos de sucesso e potencializar ações mais condizentes com as necessidades desse adolescente?

A partir das experiências na prática clínica, buscando explorar nosso campo problemático e delimitar o objeto desta pesquisa, foi realizado levantamento da literatura sobre a temática de interesse.

Abordaremos aspectos importantes acerca do adolescente usuário de drogas, como as concepções de adolescência, modalidades de serviços de saúde especializados em álcool e outras drogas, as facilidades e dificuldades do tratamento dirigido às necessidades dos adolescentes, além das principais políticas públicas direcionadas a esta população.

¹ **Porta-giratória:** processo de sucessivas internações, cerca de três ou mais admissões em um período de dois anos, no qual a pessoa alterna episódios agudos com internação e curtos períodos de estabilidade, quando fica na comunidade (RAMOS, GUIMARÃES E ENDERS, 2001; CARDOSO E GALERA, 2011).

2 – INTRODUÇÃO

2.1 – AS CONCEPÇÕES SOBRE ADOLESCÊNCIA

Na última década, os estudos que propõem investigar a adolescência apresentam diferentes concepções desse grupo populacional. Estas concepções contribuem para que a ampliação da adolescência, tradicionalmente definida enquanto uma fase do crescimento e desenvolvimento humano, passe a ser compreendida enquanto um fenômeno social construído histórica e culturalmente na contemporaneidade (LÉON, 2005; CATANI, 2008; PAIS, 2006; DAYRELL, 2003).

Porém, são predominantes aqueles que trazem as concepções sobre a adolescência como um período de instabilidade emocional, caracterizando-se como uma fase marcada por transformações físicas, psicológicas e sociais permeada por conflitos familiares, agressividade e transgressão. Essas características são trazidas principalmente pelo campo biomédico, sendo apoiadas por sinais e sintomas da puberdade, como as alterações hormonais, amadurecimento das características sexuais secundárias, e o paulatino desenvolvimento psicossocial, marcado por crises e conflitos com os pais, chamado por muitos de fase da “aborrecência” (LEAL E SAITO, 2008; MORAES, CHALEM E FIGLIE, 2010; SCIVOLETTO, 2008; VASTERS E PILON, 2011).

Ao explorar um pouco mais essas características, estudos ressaltam também a presença de comportamentos impulsivos, busca pelo prazer imediato e por vivências intensas que podem incitar no adolescente o sentimento de insatisfação e descontentamento com o corpo, além de estar mais propenso às experimentações, buscando através dessas a sensação de liberdade e identificações diante de seu espaço social e com os seus grupos de pares (MORAES, CHALEM E FIGLIE, 2010; VASTERS E PILON, 2011).

Ainda diante do que é difundido pela concepção biomédica, mesmo que esta considere diversas dimensões da adolescência, as analisa de forma superficial, trazendo ainda uma visão arraigada a estereótipos que tendem entender o adolescente ou a adolescência de forma homogeneizante, muitas vezes se detendo à visão de adolescente “problema”, como um sujeito em transição, valorizando pouco o momento presente e considerando-o sempre “um vir a ser” (LÉON, 2005).

A essa concepção soma-se a compreensão de adolescência por faixa etária, ou seja, delimitações cronológicas que são utilizadas principalmente para fins estatísticos e políticos (EISENSTEIN, 2005).

Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a adolescência entre 10 a 19 anos; já a Organização das Nações Unidas (ONU), entre 15 e 24 anos, englobando o termo jovem, *youth* em inglês. Para essas Organizações, os que estão na faixa etária de 20 a 24 anos são classificados como adultos jovens, no inglês *young adults*.

Na legislação brasileira, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), lei nº 8069 de 1990, considera o adolescente dos 12 aos 18 anos incompletos, podendo ser estendido até os 21 anos (artigos 121 e 142) (EISENSTEIN, 2005; BRASIL, 1990).

O recente Estatuto da Juventude, lei nº 12.852 de 2013, considera a faixa etária de 15 a 29 anos, sem deixar de considerar o ECA e a faixa etária considerada por este (BRASIL, 2013a).

A concepção da adolescência como construção histórica social avança no sentido de compreender o adolescente e a adolescência como um processo dinâmico, em que os seus modos de vida e expressão estão em constantes movimentos, necessitando-se, ainda, analisar o contexto histórico-social e os contornos de ser adolescente e jovem em uma sociedade contemporânea (LÉON, 2005; CATANI, 2008; PAIS, 2006; DAYRELL, 2003; FERREIRA et al., 2007; FAFFERMANN E FIGUEIREDO, 2006; MARQUES E QUEIROZ, 2012; OZELLA E AGUIAR, 2008; OZELLA, 2011).

Essas discussões acerca da ampliação da concepção de adolescência são trazidas principalmente por estudos descritivos nas áreas clínicas, antropológicas e comunitárias da sociologia e psicologia social, demonstrando que recortes etários não são suficientes, se considerarmos a complexidade que envolve os parâmetros biológicos e psicossociais característicos da adolescência (LÉON, 2005; CATANI, 2008; PAIS, 2006; DAYRELL, 2003).

Para a concepção histórico-social da adolescência, as diversas mudanças acontecem de forma interligada e interdependente, o que confere ao adolecer vivências singulares, bem distintas de tentativas homogeneizantes e universais desse momento da vida (OZELLA E AGUIAR, 2008; OZELLA, 2011).

Para o adolescente, a presença de situações novas, ou seja, aquelas que são muitas vezes experimentadas pela “primeira vez”, são vividas com muita curiosidade, intensidade e criatividade. Estas novas e diferentes experiências são vivenciadas de acordo com o que o seu meio social e cultural oferece, conferindo características singulares aos modos de ser e viver (VASTERS E PILON, 2011; LEAL E SAITO, 2008; SCIVOLETTO, 2008; SCIVOLETTO, 2011, SILVA E DE MICHELI, 2011).

Ao experimentar, o adolescente busca sentir se as vivências fazem sentido pra ele ou não; se não fizerem, ele descartará facilmente. Por isso muitos pais referem-se ao adolescente como alguém que não sabe o que quer ou que muda de ideia e opinião como se “trocasse de roupa”.

Contudo, se a vivência “encaixa”, ou seja, se desperta no adolescente o sentimento de pertencimento, de prazer e satisfação, ele terá muito mais chances de repeti-las.

Essas experimentações envolvem diversas dimensões da vida do adolescente, que vão desde escolher suas próprias roupas, seu estilo, músicas, ficar horas trancado no quarto sem serem perturbados pelos pais ou irmãos, até frequentarem festas, estar com amigos e experimentarem drogas (VASTERS E PILON, 2011; LEAL E SAITO, 2008; SCIVOLETTO, 2008; SCIVOLETTO, 2011, SILVA E DE MICHELI, 2011).

Esta concepção histórico-social da adolescência e seus modos singulares de ser e viver possibilita olhar para as diferentes adolescências, o que nos ajudando a pensar suas interfaces diante do fenômeno do uso de drogas.

2.2 – O USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA – DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Segundo as Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Crianças e Jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde (2010), a população de adolescentes e jovens, de 10 a 24 anos, no Brasil, é representada por cerca de 51.429.397 pessoas – 30,3% da população brasileira, sendo 35.287.882 adolescentes de 10 a 19 anos e 16.141.515 jovens com idades entre 20 e 24 anos (BRASIL, 2010).

Há interesse político, econômico e social em conhecer a realidade destes adolescentes e jovens, assim como o seu uso, abuso e dependência de drogas (BRASIL, 2010; UNICEF, 2011).

Segundo estudos epidemiológicos recentes, a exposição dos adolescentes à experimentação de drogas tem crescido nas últimas décadas, destacando que a idade de primeiro uso acontece em média aos 13 anos (GALDURÓZ et al., 2004).

Em 2010, realizou-se um estudo envolvendo 50.890 estudantes, com predomínio da faixa etária de 13 a 15 anos, que apontou uso na vida de maconha (5,7%) e destacou o uso na vida de álcool (60,5%) e tabaco (16,9%) como as substâncias com maiores índices de uso (CARLINI EA et al. 2010).

Nesse mesmo estudo de 2010, no Estado de São Paulo os dados apontam que, 4.073 estudantes, correspondente à mesma faixa etária nacional, fizeram o uso na vida de maconha, 5,1%; quanto ao uso de álcool, foram 60,4% e de tabaco 14,3%. Somente este último índice apresentou valor menor do que o nacional.

Na população de crianças e adolescentes em situação de rua, as drogas mais utilizadas por eles foram os solventes – tinner, cola e loló – (44,4%) e a maconha (40,4%). Esses resultados

apresentam um índice bastante elevado quando comparados com os encontrados entre estudantes (NOTO, SANCHEZ, MOURA, 2011; MOTA, RONZANI, 2013).

No último levantamento nacional realizado em 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal sobre o uso de crack, revelou-se que existem cerca de 370 mil pessoas que fazem seu uso de forma regular, pelo menos 25 dias de uso nos últimos seis meses. A caracterização do perfil sociodemográfico identificou que a maioria dos usuários são homens, não brancos, possuem em média 30 anos, solteiros e passam a maior parte do seu tempo em situação de rua. Durante a coleta de dados desse estudo, cerca de 50 mil adolescentes foram flagrados em cenas de uso (BRASIL, 2013b).

Os resultados da última Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE (2012) quanto ao uso de drogas entre os adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental (idade prevista entre 13 a 15 anos), em escolas públicas e privadas, apontou que 7,3% já usaram drogas ilícitas como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume ou ecstasy pelo menos uma vez na vida. Destes, 34,5% utilizaram maconha e 6,4%, crack. Não foi apresentada na pesquisa a porcentagem das outras drogas ilícitas como cocaína, loló, lança-perfume e exctasy. Referente ao uso atual, o estudo mostrou que 5,1% faziam uso de tabaco e 26,1%, de álcool (Brasil, 2013c).

O beber em binge (ato de consumir 5 ou mais doses em um mesmo episódio) têm sido uma das preocupações entre pesquisadores nacionais e internacionais.² O PeNSE (2012) aponta que 21,8% dos escolares já tiveram pelo menos um episódio de embriaguez, no qual eles podem se expor a situações de risco como relações sexuais desprotegidas e envolvimento em acidentes de trânsito.

Os dados epidemiológicos sobre o consumo de drogas entre os adolescentes em diferentes contextos, como na escola ou na rua, nos situam diante de um panorama geral representativo de um determinado tempo e espaço, sendo necessário somar a esses dados epidemiológicos uma contextualização qualitativa para a elaboração de políticas públicas mais condizentes com as necessidades desta população. De modo que apenas os dados quantitativos não explicitam as relações singulares do sujeito com as drogas e com o mundo que o cerca.

² Projeto “Balada com Ciência” coordenado pela Professora Zila Sanchez, da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP [citado 2015 abr. 10]. Informações no site: <http://www.baladacomciencia.com.br/>

2.3 – POLÍTICAS PÚBLICAS, PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE AOS ADOLESCENTES E USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS

No Brasil, as políticas públicas direcionadas à população de adolescentes e jovens, principalmente até a década de 80, eram ocasionais, frágeis e descontínuas, estando à mercê de serem ou não prioridades do governo em exercício (SOARES et al., 2009).

A visão da sociedade acerca do adolescente como o “adolescente-problema” foi historicamente construída através das concepções defendidas pelo “Código de menores”, de 1979, o qual era destinado apenas às crianças e adolescentes com condições marcadas pela pobreza, contribuindo para a marginalização e estigmatização desses. Essa visão era refletida em práticas igualmente segregadoras (BAYLON et al., 2014).

Houve esforços no sentido de modificar essa concepção. A partir de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente trouxe nova visão sobre o adolescente enquanto um sujeito de direitos e portadores de necessidades especiais (SOARES et al., 2009; FERNANDES, 2012).

Porém, ao longo de quase 25 anos desde sua promulgação, há muitas dificuldades para a implementação de mudanças significativas de mentalidade acerca das concepções reducionistas e homogeneizantes que apresentam a adolescência como uma fase problemática sem oferecer de fato garantia de direitos fundamentais como saúde e educação (EISENSTEIN, 2005; FERREIRA et al., 2007; SOARES et al., 2009).

A necessidade de superação da mentalidade do cuidado oferecido ao adolescente-problema é evidenciada fortemente na literatura. Segundo revisão integrativa acerca dos jovens usuários de álcool e de outras drogas e as diferentes modalidades de tratamento, as abordagens a esses adolescentes e jovens ainda centram suas práticas na substância/na doença e não no sujeito. Este é visto como “problemático”, continuando sem voz, ou seja, sem participação efetiva no seu próprio tratamento (SOARES et al., 2009; BAYLON et al., 2014).

Mas esse mesmo estudo também identifica esforços na tentativa de minimizar as discrepâncias entre os avanços no campo teórico, que vão além da concepção do adolescente-problema, pois visam ampliar a compreensão sobre a adolescência, propondo um olhar integral e humanístico, evidenciando que, para avançar em direção a este olhar integral e humanístico, é necessário considerar os aspectos subjetivos deste sujeito, reconhecer a dependência de drogas como um problema complexo e estimular a sua participação ativa nas decisões sobre seu tratamento (BAYLON et al., 2014; ALMEIDA, OLIVEIRA, PINHO, 2008).

Outro marco para ampliação da concepção da adolescência para além de um problema está nas propostas e diretrizes da Política Nacional de Cuidado Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2010), as quais estão em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo a universalidade, integralidade e equidade que devem estar articuladas às diretrizes da Política Nacional de Cuidado Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2006).

As políticas públicas aos usuários de álcool e de outras drogas por décadas estiveram marcadas pelo modelo proibicionista de “guerra às drogas” de influência norte-americana. Mas com a ascensão das discussões sobre o modelo de Redução de Danos, que se iniciou por meio de ações direcionadas aos usuários de drogas injetáveis, visando à minimização de prejuízos diante da epidemia de disseminação do vírus HIV, agregaram outras ações, sendo propostas diferentes estratégias para a abordagem dos usuários de álcool e de outras drogas, que não somente a abstinência dessas substâncias (FAFERMANN, FIGUEIREDO, 2006; SODELLI 2010a).

Assim, fomentaram-se formas mais críticas e reflexivas sobre o papel de usuário-criminoso, passando a encarar o uso de drogas não mais como caso de polícia e passível de encarceramento, mas para o papel de usuário-doente, o qual necessita de atenção e cuidados. As práticas de cuidado de saúde de que este usuário necessita devem ser elaboradas para além de um recorte moralizador (fraqueza de vontade ou falha de caráter) e biomédico (doente que precisa de medicações), devendo, no entanto, serem compreendidas por meio de demandas não só jurídicas e biológicas, mas também psíquicas e sociais. (SOARES et al., 2009; SODELLI, 2010a; SODELLI 2010b; SANTOS, SOARES, CAMPOS, 2010; MOTA, RONZANI, 2013).

Com a publicação da lei 11.343 em 2006, a Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (PNAD), avançamos na diferenciação entre o usuário e o traficante, cuja repressão deve ser direcionada ao tráfico e não ao usuário, que deverá ter garantias assistenciais de proteção, recuperação da saúde e reinserção social.

Na sociedade brasileira, os modelos de Redução de Danos e de Guerra às Drogas coexistem, sendo necessária a continuidade de esforços na perspectiva de superar a mentalidade proibicionista ainda hegemônica, principalmente a dos profissionais de saúde, gestores e outras áreas que atendem os usuários de álcool e de outras drogas (BRASIL, 2006; MOTA, RONZANI, 2013; SANTOS, SOARES, CAMPOS, 2010).

Para o cuidado integral preconizado pelas diretrizes da PNAD, também encontramos sustentação na lei 10.216 de 2001, que redireciona o modelo de atenção aos portadores de transtornos mentais, e também visa a garantir os seus direitos, incluindo-se aqui os usuários de

álcool e de outras drogas. Essa lei delimita o papel da internação contra a vontade do sujeito e preconiza que o tratamento seja realizado prioritariamente em serviços extra-hospitalares com ênfase em ações comunitárias (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006).

Este cuidado deve ser viabilizado por uma equipe interdisciplinar, que será corresponsável e construirá, com o usuário e seus familiares, um plano de cuidados que deverá contar com recursos diversos da comunidade, como educação, cultura e lazer (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

A proposta de construção de um plano terapêutico singular compartilhado entre os serviços da rede de atenção psicossocial (RAPS) estão descritos na portaria nº 3.088 de 2011. São os componentes da RAPS: as Unidades Básicas de Saúde (UBS); os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); o Serviço de Atenção em Urgência e Emergência (SAMU); a Atenção Residencial de Caráter Transitório; a Atenção Hospitalar; as Estratégias de Desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

Dos componentes da RAPS ressaltamos o papel dos CAPS, que é um serviço de nível secundário de saúde, que deve funcionar de acordo com a lógica territorial e compondo uma das portas de entrada no Sistema Único de Saúde – SUS.

O CAPS é destinado ao acompanhamento de pessoas que apresentam quadros de transtornos mentais de moderado a grave; possui papel de articulador da rede de cuidado psicossocial, oferecendo atendimento diário aos usuários, atendimento aos familiares ou cuidadores que estão envolvidos no cuidado e na convivência próxima destes, desintoxicação, ações terapêuticas com enfoque comunitário, visando à reintegração social, entre outras.

As ações esperadas dos CAPS, a definição de complexidade, modalidades (I, II, III, infanto-juvenil e álcool e drogas) e sua regulamentação são encontradas na portaria nº 336 de 2002. (BRASIL, 2002).

As experiências dos CAPS no Brasil se desenvolveram com mais consistência no final da década de 80, porém o espaço de cuidado em serviços comunitários especializados aos usuários de álcool e outras drogas – CAPS AD aconteceu somente a partir de 2000, evidenciando para nós que as experiências deste tipo de serviço são ainda mais recentes e por isso requerem acompanhamento cauteloso dos órgãos governamentais competentes, dos gerentes, profissionais da assistência e dos usuários deste serviço, buscando a construção coletiva de melhores e mais claros direcionamentos.

Os CAPS AD não contam com direcionamentos claros, tanto em âmbito federal quanto estadual ou mesmo municipal. Com referência ao atendimento de adolescentes e jovens, há

apenas diretrizes gerais (Portaria Nº 336), estando a critério de cada CAPS AD estabelecer as ações aos adolescentes e jovens.

Encontramos alguns direcionamentos ao atendimento da população de adolescentes e jovens na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2010), que dispõe sobre diretrizes referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde em 2013, com a promulgação do Estatuto da Juventude (BRASIL, 2013a), delineando tentativas de contemplar as necessidades dessa população.

Nesses documentos há a preocupação em analisar as condições sociodemográficas, escolares, de trabalho e de saúde dos jovens brasileiros, buscando conhecer melhor as especificidades dos adolescentes para planejar e implementar o cuidado, com ações mais direcionadas e interssetoriais que abordem temas que considerem os diferentes projetos de vida e as concepções da adolescência e juventude no plural (UNICEF, 2011; BRASIL 2006).

Assim, as Adolescências assumem contornos mais próximos de sua realidade social, cultural, econômica, e, conseqüentemente, as construções de cuidados a elas tendem a ser mais efetivas, ao se respeitar suas características específicas. Confirmamos, assim, a relevância do entendimento de novas abordagens ao adolescente.

O Estatuto da Juventude, lei 12.853 de 2013, dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e as diretrizes das políticas públicas de juventude e o funcionamento do Sistema Nacional da Juventude – SINAJUVE. Na seção V, artigos 19 e 20 acerca dos direitos à saúde do jovem, destaca-se a importância de as políticas públicas estarem voltadas às garantias dos princípios e das diretrizes do SUS, abordando que é necessária a inclusão de temas relativos ao consumo de álcool, tabaco e de outras drogas nos projetos pedagógicos dos diversos níveis de ensino. Esses artigos preveem a necessidade de capacitação de profissionais (em dimensão multidisciplinar) para lidarem com o tema, valorizam ações em rede para abordagem das questões de prevenção, tratamento e reinserção social dos jovens usuários e dependentes de drogas. Abordam também outras disposições que tangem temas como os principais agravos à saúde dos jovens, saúde sexual e reprodutiva, além da regulação de propagandas relacionadas ao álcool, contemplando, assim, temas importantes para a garantia e defesa da qualidade de vida dos jovens brasileiros de forma integral (BRASIL, 2013a)

Mesmo com esforços que preconizam a integralidade e as diretrizes para o trabalho com o adolescente, as políticas e os programas expostos ainda não conseguiram abarcar todas as dimensões interligadas e interdependentes que envolvem o adolescente que faz uso de álcool e de outras drogas.

Considerando tamanha complexidade do fenômeno do uso de drogas na adolescência, construímos o esquema abaixo, no qual destacamos elementos importantes envolvidos nesse fenômeno. Ressaltamos que não negamos todas as possíveis e diferentes interseções desses elementos que não aparecem na nossa introdução. Porém, diante dessa complexidade foi possível reconhecer os pontos de maior interesse desta pesquisa: a concepção histórico-social de adolescência; a relevância diante de dados epidemiológicos nacionais que envolvem os adolescentes e o uso de drogas; o panorama das principais políticas públicas e da rede de serviços de saúde responsáveis pela atenção psicossocial a essa população (destacamos os principais aspectos citados em vermelho).

Esquema 1 – Adolescência, Droga e Sociedade: Contornos do objeto de pesquisa.

Esquema elaborado pelas pesquisadoras

No sentido de avançar em nossa investigação, fizemos algumas perguntas com o intuito de refinar as informações diante do adolescente que faz uso prejudicial de drogas e que frequenta um serviço de saúde especializado.

Quando esse uso se torna problemático, o adolescente chega (de diversas maneiras) ao serviço especializado – CAPS AD. Como ele percebe o cuidado oferecido? Quais são suas respostas diante da necessidade de estar ou não naquele lugar? Ele irá aderir à proposta oferecida? O que faz o adolescente continuar frequentando o CAPS AD? Como os profissionais podem melhor identificar e acolher suas singularidades? Como aprender mais com os casos de

“sucesso” e potencializar ações mais condizentes com a realidade e do adolescente e que sejam atraentes e despertem o seu interesse?

3 – REVISÃO DE LITERATURA

3.1 – O ADOLESCENTE USUÁRIO DE DROGAS E OS DESAFIOS DO TRATAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

As contextualizações até aqui apresentadas, as questões formuladas, bem como as concepções que nos norteiam explicitam um campo temático repleto de desafios.

Para avançar na compreensão dos desafios do tratamento especializado oferecido ao adolescente usuário de álcool e outras drogas, realizamos uma revisão de literatura com o objetivo de identificar o acompanhamento de adolescentes usuários de drogas em serviços especializados e quais são os fatores associados à sua permanência ou abandono do tratamento nesses serviços.

Empreendemos o levantamento bibliográfico na base de dados ADOLEC (LILACS e MEDLINE) com as palavras: “adolescente”, “álcool e outras drogas”, “adesão” e “tratamento”, encontrando apenas duas dissertações de mestrado e somente uma delas abordando a adesão ao tratamento em CAPS AD, não especificamente aos adolescentes, mas a adesão de usuários adultos ao plano terapêutico.

Não encontrando nessa primeira pesquisa trabalhos que envolvessem especificamente a população de adolescentes, repetimos o levantamento com as mesmas palavras citadas acima na *BVS – Biblioteca Virtual de Saúde*. Foram utilizados alguns filtros da página para selecionar os achados de interesse, como possuir o texto completo disponível online; período de publicação entre 2009 e 2013, e os temas principais selecionados foram: centro de tratamento de abuso de substâncias, drogas ilícitas, alcoolismo, comportamento do adolescente, aceitação pelo paciente de cuidados de saúde. O limite da busca deveria conter “adolescente”.

A busca com esses filtros gerou 96 achados. Analisamos os títulos e procuramos as palavras “tratamento”, “adesão”, “não adesão”, “abandono”, “permanência” e “intervenções motivacionais” e, na língua inglesa, “*dropout*”, “*motivation*”, “*care*”, “*treatment*”, “*mental health service*”, “*treatment outcomes*” e “*treatment continuity*”.

Selecionamos 22 artigos para a leitura dos seus resumos, porém, quando fomos acessar as páginas correspondentes a cada um dos artigos, identificamos que sete artigos têm acesso restrito e em duas páginas ocorreram erro de acesso; assim, realizamos a leitura dos resumos de 13 artigos.

Durante a leitura dos resumos dos artigos, foi avaliado se o estudo abordava temática do tratamento oferecido aos adolescentes usuários de álcool e outras drogas e seu possível desdobramento, considerando diferentes abordagens, diferentes espaços (onde se dava esse

tratamento), as estratégias e apontamentos diante do desafio de permanecerem no tratamento e as características daqueles adolescentes que abandonavam ou não permaneciam no tratamento.

Após a leitura dos resumos, seguindo as características acima descritas, foram selecionados dez artigos para a sua leitura na íntegra, dos quais oito serão apresentados nesta revisão.

Concomitantemente a essa revisão foram realizadas buscas manuais em livros nacionais que são referência na temática sobre adolescência e sobre uso de drogas. Estes também compuseram o material para as leituras e elaboração do embasamento teórico e relevância desta pesquisa (MORAES, CHALEM, FIGLIE, 2010; SCIVOLETTO, 2008; MOTA, RONZANI, 2013).

A seguir, apresentaremos aspectos convergentes dos artigos analisados que contribuem para a definição do objeto desta pesquisa, são estes: diferentes conceituações: adesão X permanência; características sociodemográficas e clínicas dos adolescentes usuários de drogas; características do tratamento oferecido; relação com os familiares e responsáveis; relação com os pares e rede de apoio e relação e abordagem dos profissionais de saúde.

3.1.1 – DIFERENTES CONCEITUAÇÕES: ADESÃO X PERMANÊNCIA

Foi encontrado, quase que de forma unânime, que há tanto na prática clínica quanto nos artigos publicados um grande desafio relacionado à adesão ao tratamento por adolescentes usuários de álcool e outras drogas (VASTERS, PILON, 2011; MARINI, 2011; VASTERS, 2009; SCADUTO, BARBIERI, 2009; ARAÚJO et al., 2012; ALMEIDA, 2010).

Ressaltam um baixo índice de permanência dessa população no serviço de saúde comunitário ou mesmo detectam altos índices de reinternações em hospitais gerais ou em unidades especializadas, indicando também que há vários episódios de recaídas, e que estas também contribuem para o aumento do número de adolescentes que abandonam o tratamento (VASTERS, PILON, 2011; VASTERS, 2009; MOMBELLI, SILVA, COSTA, 2010; ARAÚJO et al., 2012).

Os desafios iniciam-se esbarrando em questões como a própria conceituação de adesão; existem divergências conceituais deste termo no tratamento de doenças crônicas (como diabetes e hipertensão arterial sistêmica); e, quanto ao tratamento da dependência de drogas, existem ainda mais dificuldades em defini-lo, pois esta é influenciada por diversos fatores, e uma parte dessa análise sobre o que seria um tratamento efetivo é subjetivo.

Assim, detectamos que os estudos analisados se preocupam em discutir essas diferentes conceituações sobre adesão, cujos autores buscam deixar claro ao leitor que conceituação será considerada por eles no estudo apresentado. Alertam também que essas divergências conceituais dificultam as comparações entre os estudos e seus resultados (VASTERS, PILON, 2011; VASTERS, 2009; SCADUTO, BARBIERI, 2009; ARAÚJO et al., 2012).

Quanto a essas divergências, existem aqueles que entendem a adesão como abstinência total, ou seja, a pessoa não consome álcool e outras drogas, e os que a entendem como qualquer mudança no padrão de uso da droga (como a redução da quantidade consumida), significando, esta última, também reflexões acerca do comportamento de uso e possíveis melhorias da qualidade de vida dos usuários.

Estudos demonstram que dependência de drogas é uma condição multifatorial com interações de diversas dimensões na vida da pessoa, pois impactam no trabalho, na escola, nos relacionamentos interpessoais, entre outras.

As considerações sobre se o tratamento oferecido trouxe mudanças para o indivíduo e para o seu comportamento diante do uso de álcool e de outras drogas dependerá do ponto de vista da pessoa atendida ou mesmo do profissional que o atende,. Isso gera divergência entre essas concepções (VASTERS, 2009; SCADUTO, BARBIERI, 2009; ARAÚJO et al., 2012).

Há palavras em artigos na língua inglesa que usam termos como **compliance** (traduzido como obediência) e **adherence** (traduzido como aderência), trazendo respectivamente os conceitos de abstinência total e redução de danos.

A maior parte dos estudos encontrados adota que a **adesão** deve ser entendida como uma mudança e reflexão sobre o padrão de uso da substância (redução ou mesmo abstinência de álcool e drogas), entendendo como “a decisão (ou mesmo encaminhamentos diversos) daqueles que procuram (acessam) um tratamento de saúde e buscam segui-lo, envolvendo também a relação entre pacientes e profissionais” (MARINI, 2011; VASTERS, 2009; SCADUTO, BARBIERI, 2009; ARAÚJO et al., 2012; ALMEIDA, 2010).

Somente um estudo brasileiro utilizou a aplicação de escalas, validadas no Brasil, mensurando a gravidade da dependência, sintomatologia depressiva e de qualidade de vida. Descreveu os fatores clínicos, demográficos e sociais dos usuários, buscando correlações estatísticas com a adesão ao plano terapêutico em CAPS AD. Apresentou que as características sociodemográficas e qualidade de vida não foram consideradas significativamente relevantes para a adesão e que, quanto aos pacientes que aderiram, estes tinham em comum comorbidade psiquiátrica, principalmente transtorno de humor, foram avaliados mais vezes pelo psiquiatra,

apresentavam menor gravidade nas áreas de dependência de álcool e drogas e na área sociofamiliar (MARINI, 2011).

O conceito de **permanência** é entendido como o oposto daquele que o paciente deve ser submisso, obediente (o mesmo do termo em inglês **compliance**) à orientação do profissional de saúde e como o maior responsável por sua adesão ao tratamento. Assim, o conceito de **permanência** é compreendido como a presença do adolescente no serviço de saúde, sendo entendido como um sujeito que poderá exercer sua autonomia e tendo profissionais de saúde como corresponsáveis pelo seu processo terapêutico e pela continuidade do tratamento (VASTERS, PILON, 2011; VASTERS, 2009). Esse conceito foi escolhido como o mais adequado para esta pesquisa.

O **abandono** ou **não permanência** no tratamento pelo adolescente é considerado quando ele não mais comparece ao serviço de saúde (VASTERS, PILON, 2011; VASTERS, 2009; ARAÚJO et al., 2012). O tempo de abandono ou não permanência não foi encontrado na literatura. Portanto, entendemos que a decisão deste depende da avaliação de cada gestão local.

3.1.2 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS ADOLESCENTES

As dimensões da vida do sujeito, apontadas na construção de uma maior compreensão da adesão ao tratamento, são também os aspectos relacionados às características pessoais como idade, gênero e escolaridade. Aspectos da composição familiar, do histórico de familiares com o uso da substância durante a vida e das condições sociais, econômicas e envolvimento com a justiça também compõem esse perfil.

Identificamos que há, no tratamento, predomínio de adolescentes do sexo masculino, faixa etária de 14 a 19 anos, solteiro, com ensino fundamental incompleto (baixo rendimento escolar), sem ocupação formal e com envolvimento com a justiça (VASTERS, PILON, 2011; VASTERS, 2009; MOMBELLI, 2010; MOREIRA, SILVA, MARTINS, 2009).

O perfil de alguns adolescentes de um estudo no Rio de Janeiro corrobora o descrito acima e descreve que os adolescentes estudados são oriundos dos segmentos pobres, da periferia das cidades, do sexo masculino, afastados da rede escolar e com poucas expectativas. Nesse mesmo estudo, em atendimento aos adolescentes em conflito com a lei e internados em unidade especializada, investigaram a trajetória desses jovens, com o objetivo de ampliar o entendimento diante do fenômeno do uso de drogas para além da responsabilização da família e do próprio

adolescente de consumi-las e sim como importantes marcadores sociais, econômicos e culturais permeados pela contemporaneidade, possibilitando e estimulando (naquele momento do internamento) que os adolescentes refletissem e construíssem novas possibilidades de cuidado, ampliando o olhar para além da abordagem histórica de repressão, internamento e medicalização do uso de drogas (MOMBELLI, 2010).

Ainda no contexto de internamento, em uma unidade especializada em hospital geral para desintoxicação de adolescentes, foram encontrados fatores que contribuíram para o abuso de drogas, como o acesso fácil às substâncias, o abandono escolar, o uso de drogas na família e falta de motivação no tratamento. A média de idade dos adolescentes sujeitos da pesquisa foi de 15 anos e com predominância do sexo masculino. Esses adolescentes, em sua maioria, usavam crack e maconha (maior parte deles associavam o uso das duas substâncias). Os seus familiares relataram que os adolescentes haviam iniciado o uso de drogas por substâncias lícitas como álcool e tabaco (CONNER, LONGSHORE, ANGLIN, 2009).

O mesmo estudo encontrou que a metade dos adolescentes estudados já havia realizado tratamento em outros espaços como outras internações hospitalares, em instituições não governamentais e ambulatorialmente. Houve um índice de reinternações de 27,1%, em um período de um a dez meses, desses adolescentes no mesmo hospital, o que nos permite inferir a dificuldade da manutenção do tratamento desse serviço comunitário e uma trajetória de vida marcada pela institucionalização (MOMBELLI, 2010; CONNER, LONGSHORE, ANGLIN, 2009).

Dentre as características para conhecer o perfil do adolescente usuário de álcool e outras drogas, é utilizada a classificação do padrão de uso, o qual permite que o profissional conheça qual o tipo, a quantidade e a frequência com que o sujeito consome drogas e, a partir desse dado, consequentemente dimensione os prejuízos relacionados a esse padrão. Este dimensionamento contribui para direcionar estratégias terapêuticas a cada um dos padrões de uso encontrados (VASTERS, PILON, 2011; VASTERS, 2009; ARAÚJO et al., 2012; CONNER, LONGSHORE, ANGLIN, 2009).

Para compor os dados do padrão de uso, também é importante que se aborde e se conheça a trajetória do mesmo, ressaltando pontos importantes como a ocasião e as circunstâncias do primeiro uso, os sentimentos e pensamentos que despertam a vontade de usar droga (VASTERS, PILON, 2011; VASTERS, 2009).

Há resultados que apontam que os adolescentes que permanecem mais no tratamento apresentam maior severidade no padrão de consumo de drogas (uso pesado). Os motivos atribuídos a essa maior permanência podem estar ligados ao fato de que muitos deles são

encaminhados pela justiça, ou seja, há obrigatoriedade desta frequência no tratamento (SCADUTO, BARBIERI, 2009).

3.1.3 – CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO OFERECIDO

O National Institute on Drug Abuse (NIDA) recomenda que o período de tratamento para se alcançar estabilidade no tratamento é de cerca de 90 dias. Porém, há dados que indicam que cerca de 50% dos adolescentes abandonam o tratamento em seis semanas (NIDA, 2015).

Considerando este dado, um dos estudos analisados comparou diferentes modelos de tratamento que possuem períodos diferentes de duração (entre 12-13 semanas e 5-6 semanas). Identificou-se que não houve diferença significativa entre esses diferentes períodos, defendendo-se, então, aquele com menor período e, assim, com menor custo-efetividade. (NIDA, 2015).

Os dados coletados pelo estudo foram obtidos pelos sites das instituições de saúde americanas, que realizavam seguimento até 90 dias dos adolescentes na comunidade. Concluem a dificuldade de criar protocolos baseados em evidência nessa área, devido à grande perda dos dados dos adolescentes quando estão na comunidade e sugerem que, para melhores estudos, precisariam de maiores financiamentos às pesquisas para conhecer as variáveis-chave que influenciam na continuidade do tratamento (CONNER, LONGSHORE, ANGLIN, 2009).

A aplicação de protocolos ou procedimentos baseados em evidência, utilizando principalmente intervenções motivacionais e cognitivas comportamentais, avalia os resultados buscando mensurar a efetividade do tratamento, por exemplo, fazendo um seguimento do adolescente após a saída de uma internação (GARNER et al., 2009; GARNER et al., 2010; RILEY et al., 2012).

Identificam que os adolescentes que saem da internação e possuem um acompanhamento sistematizado de acompanhamento na comunidade possuem maior período de manutenção do tratamento, em comparação com aquele que não recebeu esse acompanhamento após a alta hospitalar (GARNER et al., 2009).

Uma revisão de literatura se propôs a investigar como se dá no Brasil as principais formas de tratamento oferecidas aos jovens usuários de álcool e outras drogas nas diferentes modalidades, como internações em hospital geral, unidades especializadas, ambulatórios e comunidades terapêuticas. Essa revisão evidenciou a existência de uma grande heterogeneidade entre as propostas de tratamento e que, na maioria delas, as intervenções são direcionadas ao coletivo, não considerando as especificidades de cada jovem, além de serem fortemente

direcionadas pelo modelo biomédico, reforçando uma visão marcada por estereótipos e homogeneizações (BAYLON et al, 2014).

3.1.4 – RELAÇÃO COM OS FAMILIARES E RESPONSÁVEIS

O interesse em investigar a influência da família nos quadros de uso abusivo e dependência de drogas é marcante. Defendem que entender a composição e configuração familiar e se há membro da família com histórico de uso de drogas são informações importantes para a elaboração do plano terapêutico deste adolescente.

O conhecimento dessas variáveis permite também inferir se a família é um fator de risco ou proteção a este adolescente, bem como implementar ações no sentido de minimizar ou potencializar, respectivamente, esse papel da família (ARAÚJO et al., 2012; CONNER, LONGSHORE, ANGLIN, 2009)

A ausência de referência familiar ou mesmo a participação pontual de algum familiar ou responsável legal no tratamento do adolescente contribuem para a não continuidade do tratamento proposto. Porém, aquelas famílias que frequentam e apoiam o adolescente, mesmo que apresentem relações conflituosas em seu âmbito, contribuem para a permanência do mesmo no tratamento (VASTERS, PILON, 2011; VASTERS, 2009; ARAÚJO et al., 2012; CONNER, LONGSHORE, ANGLIN, 2009; ALMEIDA, 2010). Confirmando esses achados, os adolescentes que permaneceram no tratamento em CAPS AD relataram conflitos familiares e também identificaram mais esses conflitos. Assim, os autores sinalizaram que o fato de esses adolescentes permanecerem pode também estar associado a encontrarem no serviço de saúde um local de acolhimento, onde se sente apoiado (ARAÚJO et al., 2012).

Os serviços que oferecem tratamento ao adolescente devem oferecer atendimento aos seus familiares e cuidadores. Alguns procedimentos utilizados em metodologias americanas realizam sessões de atendimento com os cuidadores e familiares dos adolescentes, corroborando o aspecto de que o estímulo na participação e no envolvimento efetivo desses no tratamento é um importante fator de colaboração e potencialização da continuidade do tratamento de adolescentes usuários de álcool e outras drogas (GARNER et al., 2009; GARNER et al., 2010).

3.1.5 – RELAÇÃO COM OS PARES E REDE DE APOIO

A relação com os pares é encontrada como um importante fator que influencia o adolescente em seu primeiro uso de drogas (VASTERS, PILON, 2011; VASTERS, 2009; SCADUTO, BARBIERI, 2009; ARAUJO et al., 2012; ALMEIDA, 2010).

É destaque que, para o adolescente, o grupo de pares assume um importante papel na sua vida. Essa importância aumenta quando está aliada ao desejo de se desprender e se distanciar dos pais ou responsáveis.

Os adolescentes relatam que, ao estarem em um grupo em que os seus membros fazem uso de álcool e outras drogas, eles acabam também usando para serem aceitos. Assim o grupo de pares funciona tanto como um desencadeante para a experimentação, quanto um motivador para a continuidade do uso de álcool e outras drogas. É preciso destacar ainda que o envolvimento do grupo de pares no tratamento é de importância transversal e sinaliza a necessidade de ações estratégicas terapêuticas que envolvam o adolescente e um amigo como uma das formas de implementar ações que favoreçam a permanência do adolescente no tratamento (ALMEIDA, 2010).

A rede de relações sem ou com poucos amigos usuários de drogas contribui para a permanência do adolescente no tratamento especializado (VASTERS, PILON, 2011; VASTERS, 2009; SCADUTO, BARBIERI, 2009).

Os adolescentes, porém, que relatam ter mais amigos que fazem uso de drogas, que relatam ter muito “tempo livre” e que frequentam muitas festas estão mais expostos a situações que favorecem o uso de drogas e também dificultam a permanência do adolescente no tratamento. Os adolescentes acrescentam que a dificuldade no gerenciamento das emoções e dos conflitos aumenta a vontade pelo uso das drogas, pois é uma forma de “fugir” ou mesmo não pensar nas situações de conflitos vivenciadas (VASTERS, PILON, 2011; VASTERS, 2009).

Quanto a aspectos que potencializam a permanência dos usuários, verificou-se também que as ações articuladas em rede, ou seja, aquelas pessoas que durante o seu tratamento passaram por alguma intervenção que contou com participação de outros profissionais de diferentes serviços, permaneceram mais tempo no tratamento em comparação com aqueles que não participaram de tais ações durante sua permanência (ARAUJO et al., 2012).

3.1.6 – RELAÇÃO E ABORDAGEM DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Quanto à equipe de profissionais, eles delimitam a adolescência em três eixos principais: fase de desenvolvimento da identidade adulta e fase de crise, marcadas por mudanças corporais e psicológicas que podem ser vividas como conflitos; fase de aprendizado para lidar com limites, encarando novas exigências e regras que permeiam a convivência do adolescente com a sociedade, família e grupo de amigos, ressaltando que é necessário refletir que, diante da adolescência dos tempos atuais, é importante entender a influência dos papéis da sociedade e da família além das mudanças tecnológicas e valores que dificultam e geram sentimentos de insatisfação destes adolescentes com seu meio (SCADUTO, BARBIERI, 2009).

Esses eixos acerca das concepções de adolescência pelos profissionais analisam que, mesmo marcada pelas transformações biológicas, pela crise maturacional e pelos conflitos, os profissionais iniciam uma reflexão acerca do contexto histórico e social.

É importante conhecer a concepção dos profissionais acerca da adolescência e do adolescente, pois a relação entre profissional-usuário é um importante fator de influência (positiva ou negativa) no tratamento (sua permanência ou não permanência) deste adolescente (VASTERS, PILON, 2011; VASTERS, 2009; SCADUTO, BARBIERI, 2009).

Estudos demonstram que, se o adolescente percebe positivamente as habilidades terapêuticas do profissional e se sente vinculado a ele, isso contribui para a sua permanência no tratamento (VASTERS, PILON, 2011; VASTERS, 2009; SCADUTO, BARBIERI, 2009; ALMEIDA, 2010).

Por outro lado, as ações pautadas por discursos que massificam o adolescente reduzem as possibilidades terapêuticas, pois delegam aos adolescentes o rótulo de que são “difíceis”, “resistentes” e não aderem às propostas.

Assim sendo, avaliamos que, ao nos afastar desses discursos, poderemos ampliar as possibilidades de abordagens que potencializem a permanência do adolescente no tratamento. Esta reflexão nos levou à seguinte pergunta: O quanto os serviços de saúde especializados em álcool e drogas são atrativos para o adolescente?

Uma resposta a essa pergunta foi encontrada em um dos artigos analisados, visto que houve relatos em que os próprios profissionais entrevistados citam que é importante oferecer benefícios secundários para favorecer a adesão ao tratamento, como assistência médica para outros problemas de saúde, transporte gratuito entre a residência e o serviço de saúde, alimentação e cuidados pessoais, como formas de oferecer um espaço mais atrativo aos adolescentes.

Nesse mesmo estudo, um fator discutido como desfavorecedor da adesão é ter ambientes rígidos, hierarquizados e com foco em regras. Em contrapartida, sugere-se relação negociada das regras e expectativas quanto ao tratamento, e não como uma obrigação imposta aos pacientes (SCADUTO, BARBIERI, 2009).

Nesse sentido, há pesquisas que apresentam ensaios controlados de aplicação e avaliação de procedimentos que utilizam procedimentos cognitivos comportamentais e abordagens motivacionais, buscando medir (a partir de exposição a essas diferentes metodologias) a permanência dos adolescentes após receberem um determinado tratamento (GARNER et al., 2009; GARNER et al., 2010, CONNER, LONGSHORE, ANGLIN, 2009).

A utilização da abordagem motivacional constitui fator positivo para potencializar a adesão ao tratamento. A motivação pessoal para a permanência do adolescente no tratamento é vista como fundamental e apontada por estes como o “desejo de se tratar” (ALMEIDA, 2010).

Segundo Conner, Longshore e Anglin (2009), o sucesso do tratamento para a dependência de drogas é entendido como o desejo e mesmo a consciência (*insight*) de mudar a relação com a droga. Esse estudo analisa três principais dimensões para a motivação dos usuários para o tratamento, que são o reconhecimento do problema, o desejo de ajuda e a prontidão para a mudança.

Essas dimensões não estão sozinhas, elas são influenciadas por pressões externas, como o acompanhamento da família e a coerção do sistema de justiça criminal, situações estas que influenciam como os usuários acessam os serviços de saúde por diversos motivos. Conclui-se que o sucesso do tratamento depende da interação desses diversos elementos (VASTERS, PILON, 2011; VASTERS, 2009; CONNER, LONGSHORE, ANGLIN, 2009).

Essas interações são singulares e por isso variam de sujeito para sujeito. Porém, ao analisar esta população, observam-se tendências comportamentais, emocionais, cognitivas e ambientais que beneficiam os sujeitos a permanecerem, justificando a importância de estudos que investigam questões acerca de estratégias terapêuticas, como a da abordagem motivacional (CONNER, LONGSHORE, ANGLIN, 2009). Por meio dessa abordagem, o usuário será estimulado a refletir sobre a sua relação com a droga, quando reconhece seu comportamento relacionado ao uso de drogas como um problema e o quanto elas causam impacto nas pessoas que estão ao seu redor, como em seus filhos, cônjuges e pais, e os prejudicam. Diante da análise dessa problemática, o usuário terá uma “nova” percepção dos seus comportamentos e de sentimentos como culpa, medo, esperança, entre outros.

Assim, os usuários podem passar de um estágio de pré-contemplação (no qual não ocorre o insight dos prejuízos associados ao consumo de drogas), para contemplação (início do processo de compreensão dos prejuízos associados ao seu consumo de drogas).

Para a condução das estratégias de cuidado, o profissional de saúde poderá se valer de técnicas como representação de papéis, psicodrama, entrevista motivacional, testemunhos de outras pessoas durante a abordagem motivacional (CONNER, LONGSHORE, ANGLIN, 2009).

O comportamento de busca pelo alívio imediato de tensões (sentimentos incômodos ao usuário) poderá ser uma importante “matéria-prima” para ser trabalhada com os usuários durante o processo para a mudança das abordagens motivacionais

Destacamos também que a internalização da pressão externa (como o acompanhamento judicial de seu tratamento) foi vista como eficaz para motivar a mudança, pois o sujeito reconhece que há uma conexão entre o seu uso, seus problemas e as preocupações das pessoas a sua volta, buscando formas de estimular e motivar o usuário à reflexão (CONNER, LONGSHORE, ANGLIN, 2009).

A ampliação da percepção do uso de drogas pelo adolescente para além do moralismo, do recorte biomédico, medicalizador e repressor permite ampliar as possibilidades de abordagens aos adolescentes usuários de álcool e outras drogas. As práticas que buscam incluir e estimular a participação ativa do usuário no seu tratamento e a disponibilização da equipe para a escuta e compreensão das percepções do adolescente estão sendo valorizadas e até mesmo contempladas nas políticas públicas direcionadas à população de adolescentes e jovens. A permanência do sujeito no tratamento também deve ser avaliada como positiva quando consegue reduzir o envolvimento em atividades criminosas e efetuar mudanças em seu padrão de uso da substância (GARNER et al., 2009; GARNER et al., 2010, CONNER, LONGSHORE, ANGLIN, 2009).

Os estudos acerca da percepção dos adolescentes usuários de álcool e outras drogas em relação à sua permanência em tratamento especializado geram algumas respostas e direcionamentos às novas possibilidades de executar ações potencializadoras à permanência deste nos serviços de saúde. Ressaltamos alguns importantes motivos que podem estimular a permanência do adolescente no tratamento, como a estrutura física e o local de atendimento, a linguagem utilizada pelos profissionais, o repertório de atividades oferecidas, a visão anterior que possui sobre o tratamento e sobre o profissional que o recebeu quando chegou ao serviço (ALMEIDA, 2010).

Os artigos analisados e a literatura complementar confirmam o grande desafio da permanência desses adolescentes no tratamento, apresentam diversas formas e estratégias para

o cuidado aos adolescentes usuários de álcool e outras drogas. Reiteram serem muito incipientes as respostas dos diferentes tratamentos diante das especificidades dos adolescentes usuários de álcool e outras drogas. Sugerem em suas conclusões a necessidade de realização de trabalhos que contemplem a relação do tratamento especializado e as especificidades do adolescente.

Assim, nos propomos a investigar e refletir acerca de quem são os adolescentes usuários de drogas que frequentam um serviço comunitário especializado; conhecer quais suas percepções sobre o tratamento recebido em CAPS AD, procurando identificar quais fatores potencializam sua permanência nessa modalidade de tratamento.

4 – OBJETIVO

- Traçar o perfil sociodemográfico e a relação com o uso de drogas dos adolescentes de 15-19 anos, usuários de álcool e outras drogas que permanecem em atendimento em CAPS AD.
- Analisar as percepções desses adolescentes sobre o tratamento recebido, identificando quais fatores eles apontam como os que facilitam a sua permanência no CAPS III AD.

5- TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA

5 – TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA

5.1 – MARCO TEÓRICO

5.1.1 – Vulnerabilidade e Redução de Danos (RD) no Campo da Saúde

A Redução de Danos (RD), no Brasil, desde o início procurou elaborar ações estratégicas e políticas de oposição às de Guerra às Drogas. Considerando o processo histórico, também há diferenças de concepções sobre RD no Brasil e consequentemente nas repercussões nas práticas em saúde (SANTOS, SOARES, CAMPOS, 2010; SANTOS, MATTOS, FREI, 2014).

Dentre essas diferentes concepções, consideramos a RD como fundamentada em uma perspectiva crítico-social, assim como diante da concepção de adolescência adotada por esta pesquisa busca entender os diversos tipos de relação do sujeito com as drogas na contemporaneidade, como, por exemplo, uso da droga como forma de sociabilidade, como forma de suplantar fragilidades psíquicas, como forma de trabalho-tráfico, como forma de aliviar as tensões do cotidiano, entre outras (SANTOS, MATTOS, FREI, 2014; PETUCO, 2011), buscando, diante desse entendimento de como o sujeito se relaciona com a droga, não somente na ação da substância no organismo, mas também analisar o fenômeno do uso de drogas, integrando nessa compreensão a sua história de vida e a sociedade à qual faz parte, ampliando a consciência sobre seus sofrimentos e fragilidades (SANTOS, SOARES, CAMPOS, 2010; SODELLI, 2010c; SANTOS, MATTOS, FREI, 2014).

Assim, também em consonância com a Associação Internacional de Redução de Danos – IHRA (2015) define-se a RD como:

Promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intrassetorial, visando à redução dos riscos, as consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade.

Definindo como uma das diretrizes dessas práticas a importância de

Assegurar às crianças e adolescentes o direito à saúde e o acesso às estratégias de redução de danos, conforme preconiza o Sistema de Garantia de Direitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei n.º 8.069/1990) (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2015).

A RD é apresentada na Política Nacional sobre Álcool e Drogas, lei nº 11.343 (BRASIL, 2005), na qual, dentre outros, descreve-se que as atividades de atenção e reinserção social de

usuários e dependentes de drogas devem estar direcionadas por ações e estratégias de cuidados que “visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas”, incluindo no cuidado seus familiares, considerando um tratamento especial aos mais vulneráveis diante de suas necessidades específicas. O entendimento dos diferentes modos de viver dos sujeitos envolvidos no cuidado prescinde de julgamentos, culpabilizações e visão moralizadora (SANTOS, SOARES, CAMPOS, 2010; SODELLI, 2010a; PETUCO, 2011).

Assim, avaliamos que, para conduzir estratégias de cuidado condizentes com essas propostas, os sujeitos devem ser compreendidos como protagonistas do seu processo de tratamento e cuidado (AYRES, 2001; AYRES, 2004).

Durante o processo de acompanhamento, é importante oferecer espaços de escuta que estimulem e valorizem suas opiniões e esforços, no sentido de criar um plano de cuidado e ação negociado, flexível e condizente com o contexto vivenciado pelo usuário (AYRES, 2009; SOARES et al., 2008; MOTA, RONZANI, 2013; SOUZA, AMATO, SARTES, 2013; FERREIRA et al., 2007).

Assim, a abordagem de cuidados ao adolescente usuário de álcool e outras drogas, diante do modelo de Redução de Danos, deve preconizar formas flexíveis de cuidados, visando ampliar as chances de redução de danos associados ao uso de drogas. (BRÊTAS, 2010; BRASIL, 2006; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2015).

Para a execução do plano de cuidados que conta com a participação efetiva e ativa do usuário, acontece também com a mediação do profissional referência (aquele que acompanha mais de perto o usuário e sua família), apoiado pela equipe multidisciplinar. A relação terapêutica deverá estar pautada pela responsabilidade compartilhada e respeito entre todos os envolvidos no processo de cuidado (BRASIL, 2004).

É necessário explorar mais quais são as principais dificuldades e potencialidades deste cuidado na adolescência, como, por exemplo, entender como o adolescente percebe sua condição de saúde e sua relação com as drogas, principalmente diante da necessidade já detectada de tratamento especializado, explorando os fatores que, para ele, podem contribuir para a sua permanência no tratamento oferecido nesse serviço, buscando superar a lógica proibicionista e de fato implementar ações de cuidado e tratamento mais condizentes com as concepções até aqui apresentadas (SODELLI, 2010c; BAYLON, 2014; MOTA, RONZANI 2013; SOUZA, AMATO, SARTES, 2013; ALMEIDA, OLIVEIRA, PINHO, 2008; FAFFERMANN, FIGUEIREDO, 2006).

O entendimento das estratégias de atenção a usuários de drogas que consideram a RD, defendendo a ideia de que é muito importante reconhecer o sujeito como capaz de executar transformações em sua realidade, compreendendo que ele está cercado por condições sociais,

culturais e econômicas diversas, apresenta convergências importantes com o entendimento de vulnerabilidade no campo da saúde.

A utilização do termo vulnerabilidade está sendo difundida desde a década de 90, sendo resultado de esforços para entender as características da epidemia de AIDS no mundo, em que muitos estudiosos buscavam entender quais eram as características dos grupos de risco. Risco que, segundo Ayres (1999), refere-se às “[...] chances probabilísticas de susceptibilidade, atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da exposição aos agentes (agressores e protetores) de interesse técnico ou científico”.³

Naquele momento histórico, o esquadrinhamento dos grupos de risco – homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis – contribuiu para o isolamento e a estigmatização dessas pessoas, além de criar na população geral a falsa ideia de que, se não pertencesse a nenhum desses grupos, estaria longe da possibilidade de infectar-se. Porém, perceberam que conhecer e abordar estas pessoas não foi suficiente para evitar a propagação da epidemia (AYRES et al., 2009).

Para responder a essa inadequação, foi desenvolvido, como mais um dos esforços para conhecer as características da epidemia de AIDS, o conceito de comportamento de risco, ou seja, aqueles que, por exemplo, tinham práticas sexuais desprotegidas e compartilhavam seringas seriam pessoas que estariam mais expostas e que por consequência teriam maiores riscos de se infectar (AYRES et al., 2009).

Além de pensar em aspectos individuais de comportamentos de risco, também houve esforços em realizar maiores controles dos bancos de sangue e de disponibilizar insumos (seringas e agulhas) às pessoas usuárias de drogas injetáveis, abrindo assim um campo para atuação e reflexões na perspectiva da redução de danos. No caso do uso de drogas injetáveis, a pessoa poderia reduzir o dano se não compartilhasse seringas e agulhas, protegendo-se da infecção pelo HIV.

Mesmo pensando em comportamentos de risco, havia discussões que criticavam e questionavam que o sujeito deve ser o único responsável por seus comportamentos. Essas críticas vieram principalmente de organizações feministas que defendiam que nem sempre as mulheres tinham o poder de decisão sobre suas práticas sexuais (podendo ou não escolher sobre usar preservativo com seu parceiro), dependendo do contexto social e cultural em que estavam envolvidas (AYRES et al., 2009; PAIVA, PUPO, BARBOZA, 2006; SOUZA, MIRANDA, FRANCO, 2011).

³ Risco e Vulnerabilidade – Conceitos [internet] Brasília, 2012. [citado 2015 abr. 10]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/conceitos_de_risco_e_vulnerabilidade.pdf 32511.pdf

Assim, o termo vulnerabilidade, até então mais utilizado no campo dos direitos humanos – usado para designar pessoas ou grupos fragilizados jurídica e politicamente –, foi inserido no campo da saúde, buscando compreender que, diante das complexas e diferentes realidades vivenciadas pelos sujeitos, havia diversas formas de analisar o fenômeno do adoecimento, pois as diferentes dimensões individuais e coletivas se influenciam mutuamente (AYRES et al., 2009; BRÊTAS, 2010; SODELLI 2010b).

Deste modo, considera-se que as possibilidades de adoecimento dos sujeitos analisados a partir do entendimento da vulnerabilidade são resultantes de aspectos individuais, sociais e programáticos. O início das discussões da vulnerabilidade no campo da saúde aconteceu vinculado à epidemia de AIDS, porém “a proposta de vulnerabilidade é interessante; por isso é aplicável, rigorosamente, a qualquer dano ou condição de interesse para a saúde pública” (AYRES et al., 2009), como o do uso, abuso e dependência de drogas (SODELLI, 2010b).

O referencial teórico adotado por esse estudo e difundido por Ayres (2001) concebe o sujeito como sujeito-coletivo, por entender que o individual não prescinde do coletivo e está entranhado por ele, contemplando a necessidade de análise de aspectos sociais, culturais e econômicos que circundam esse sujeito.

Dito isso, iremos abordar os eixos da vulnerabilidade e suas conceituações, ressaltando que para a sua análise devemos avaliá-los de forma interdependente (AYRES et al., 2009; SODELLI, 2010b).

Componente Individual

Compreende condições próprias dos modos de vida do sujeito, considerando não somente o acesso à informação, mas também a capacidade que este tem de compreender (qualidade da informação) os possíveis prejuízos decorrentes de expor-se a determinadas situações e de adotar ou não atitudes protetoras, decorrentes de sua capacidade de avaliar criticamente as informações recebidas.

Quanto ao uso de drogas, procuramos analisar a capacidade de o sujeito conhecer os potenciais prejuízos decorrentes dos diferentes tipos de drogas, para que essa experiência seja qualitativa, desenvolvendo-se numa reflexão crítica de sua condição e que se transforme em ações protetoras (AYRES et al., 2009; SODELLI, 2010b).

Componente Social

Socialmente, os aspectos avaliados são relacionados às condições econômicas, às relações – de gênero e raciais, à escolarização, ao acesso a recursos materiais, à participação nas decisões políticas e a aspectos culturais. Este componente faz um importante apontamento em relação ao entendimento do processo de adoecimento como processos sociais.

A qualidade da informação e a capacidade de analisá-la criticamente e transformá-la em comportamentos protetores não depende só do indivíduo e está correlacionada com o aspecto social, ou seja, dependerá do acesso que o sujeito tem aos meios de comunicação, à escolarização, à disponibilidade de recursos materiais, à possibilidade de enfrentar barreiras culturais sem ser violentado e com viabilidade de proteger-se.

Quanto ao uso de drogas, analisaremos como é o acesso desses adolescentes aos serviços e seu grau de liberdade na expressão de suas emoções e pensamentos (AYRES et al., 2009; SODELLI, 2010b).

Componente Programático

Os aspectos da dimensão programática contemplam entender como as instituições – saúde, educação, cultura e lazer – estão garantindo que as pessoas tenham acesso e se apresentam contextos favoráveis que viabilizem proteção ao sujeito.

Quanto ao uso de drogas, a avaliação se dá diante da análise se há investimentos e financiamentos políticos-institucionais de programas referentes à prevenção, também serviços especializados a esta população e se as autoridades envolvidas estão comprometidas em acompanhar as ações interssetoriais (AYRES et al., 2009; SODELLI, 2010b).

Esquema 2 – Adolescente usuário prejudicial de drogas e a vulnerabilidade

Esquema elaborado pelas pesquisadoras.

Este esquema pretende ilustrar cada um dos componentes da vulnerabilidade, evidenciando alguns aspectos de cada um deles.

Assim, a detecção e avaliação das vulnerabilidades provém das análises dos seus três componentes interligados, buscando contemplar a complexidade do fenômeno de adoecimento na atualidade (BRÊTAS, 2010; AYRES et al., 2009).

A possibilidade da interligação de aspectos individuais, sociais e programáticos reconhece a complexidade e o caráter social do processo de saúde-doença e amplia as possibilidades de intervenções, encontrando mais um aspecto de convergência com a RD.

Nesse sentido, há muitos esforços para se repensarem as práticas de saúde, como é o caso da Estratégia Saúde da Família, Consultório na Rua, entre outras. Um dos desafios é superar o modelo biomédico, ainda hegemônico, o qual muitas vezes reflete práticas impregnadas por práticas desconectadas das condições sociais do sujeito atendido. Essas incorrem no risco de muitas vezes reduzirem o cuidado às ações técnicas, que focalizam a doença e seus aspectos estritamente biológicos (BRÊTAS, 2010; AYRES et al., 2009; PAIVA, PUPO, BARBOZA, 2006; BAYLON, 2014).

Não negamos a importância de todos os avanços dos conhecimentos técnico-científicos acerca das diversas doenças, como suas melhores formas de tratamento e cura (BRÊTAS, 2010; AYRES et al., 2009; SÁNCHEZ, BERTOLOZZI, 2007), mas, sim, buscaremos entender que, mais do que conhecer as análises epidemiológicas de risco, buscaremos interpretar a variabilidade de

dinâmica dos significados sociais do uso de drogas para os adolescentes participantes desta pesquisa.

Diante do exposto, a vulnerabilidade do/na adolescente/ adolescência em face do uso de álcool e outras drogas, foi adotada a perspectiva da vulnerabilidade e redução de danos, por considerarmos ser a concepção mais adequada às complexidades da multicausalidade dos quadros que envolvem o uso problemático de álcool e outras drogas, pois sinalizam os aspectos da necessidade de buscar compreender os sujeitos inseridos em contextos sociais, culturais e econômicos. Assim, os adolescentes descritos devem ser entendidos como sujeitos que “estão” mais vulneráveis e não “são” mais vulneráveis ao uso de drogas – em algum grau, de alguma forma e num certo ponto do tempo e espaço. Estar vulnerável não é sinônimo de incapacidade e sim de poder superar os fatores de risco que podem afetar o seu bem-estar (BRÊTAS, 2010; AYRES et al., 2009; SODELLI, 2010b).

5.2 – CENÁRIO DA PESQUISA

5.2.1 – Distrito de Itaquera

O Distrito de Itaquera é administrado pela Subprefeitura de Itaquera, que também é responsável pelos distritos de Itaquera, Cidade Líder, José Bonifácio e Parque do Carmo. A área total da região de Itaquera é de 54,3 km². A população é composta por 523.848 mil/habitantes e, destes, 87.082 mil/habitantes estão na faixa etária de 12 a 19 anos, correspondendo a 16,64% da população de Itaquera.⁴

Com o intuito de conhecer quais são os equipamentos que compõem a rede interssetorial dessa região do Município Paulista, elaboramos o esquema abaixo a partir de dados veiculados na página da Prefeitura Municipal de São Paulo.⁵

⁴ Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Coordenação das subprefeituras. Dados demográficos dos distritos pertencentes às subprefeituras [internet]. São Paulo; 2013. [citado 2015 abr. 5]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758.

⁵ Prefeitura Municipal de São Paulo. Assistência e Desenvolvimento Social. Município de São Paulo – Leste 2. [internet]. São Paulo; 2013. [citado 2015 abr. 5]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/o6_1400688043.pdf.
 Prefeitura Municipal de São Paulo. Diretoria Regional de Educação Itaquera. [internet]. São Paulo; 2013. [citado 2015 abr. 5]. Disponível em: <http://eolgerenciamento.prefeitura.sp.gov.br/frmgerencial/NumerosCoordenadoria.aspx?Cod=108700>

Esquema 3 – Mapa do Município de São Paulo e suas regiões

Esquema elaborado pelas pesquisadoras. Mapa do município de São Paulo disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/>

De acordo com pesquisa feita pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) em 2007, sobre o índice de vulnerabilidade juvenil em 25 distritos do município de São Paulo, Itaquera foi classificada como um distrito de classe média baixa, e que a população residente nessa região se concentra em áreas de vulnerabilidades, classificadas como: muito baixa (23%), baixa (36%), média (22%) e muito alta (12%). Nesta última, a população está exposta a condições de muita pobreza.

O índice de vulnerabilidade juvenil (IVJ) é representado por uma escala que varia de 1 a 5, sendo menor e maior grau respectivamente. O IVJ foi construído com base em índices de mortalidade por homicídios, frequência escolar e gravidez na adolescência a que estão expostos a população na faixa etária de 15 a 19 anos. Itaquera corresponde ao grupo de vulnerabilidade 4 (IVJ 4), correspondendo a uma grave vulnerabilidade. Essa realidade sinaliza a importância de melhor compreender o fenômeno do uso de drogas para esses adolescentes e jovens, os quais vivenciam essa realidade marcada pela vulnerabilidade social (SEADE, 2007).

Esses aspectos apresentados possibilitam ao leitor aproximar-se de algumas condições sociais em que estão inseridos os adolescentes participantes deste estudo, fomentando a discussão quando olharmos para as realidades singulares, também a partir da coletividade.

5.2.2 – Caracterização do serviço: O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III Itaquera

O CAPS AD Itaquera foi transformado da categoria II para III em dezembro de 2013. Nessa transição, o CAPS AD Itaquera também mudou de endereço.⁶ Este equipamento é referência para toda a população do distrito de Itaquera e se constitui como um dos pontos da rede de atenção psicossocial – RAPS.

A infraestrutura física é ampla, composta por recepção, posto de enfermagem, leitos para desintoxicação aguda, leitos de hospitalidade noturna, espaço de convivência, salas de grupos terapêuticos e oficinas, consultórios para atendimento individual, refeitório e cozinha. Para chegar até ao serviço, os usuários contam com a circulação de diversas linhas ônibus, além de estar próximo da estação de metrô Corinthians-Itaquera.

Dados fornecidos por profissional administrativo do CAPS III AD, em janeiro de 2015, nos informou que o serviço conta com uma equipe multidisciplinar composta por 59 profissionais nas seguintes funções: 01 Gerente, 01 Assistente Administrativo, 04 Auxiliares de Escritório, 09 Enfermeiros, 14 Técnicos de Enfermagem, 03 Assistentes Sociais, 02 Terapeutas Ocupacionais, 07 Psicólogos, 03 Médicos Psiquiatras, 01 Médico Clínico Geral, 02 Farmacêuticos, 02 Técnicos de Farmácia, 01 Educador Físico, 01 Orientador Social, 02 Redutores de Danos, 02 Oficineiras (profissional do Ensino Médio que executa atividades artesanais e lúdicas), 04 Auxiliares de Serviços Gerais e 01 Copeira.

As atividades terapêuticas oferecidas semanalmente são organizadas pela equipe e reavaliadas semestralmente. No momento da pesquisa, as atividades contemplavam: grupos terapêuticos específicos para dependência (álcool, outras drogas e tabaco), oficinas de artesanato (jornal, materiais recicláveis, mosaico e coral), atividades físicas (caminhada, alongamento, relaxamento, vivências corporais e esportes no Parque Raul Seixas), grupo de música, grupo de mulheres, grupo de saúde, grupo de homens, grupo de jogos de tabuleiro (dama, dominó, xadrez, pebolim e pingue-pongue), grupo de família em dois horários semanais, grupo melhor idade (pacientes com mais de 60 anos), grupo de psicodrama, grupo fundação casa (adolescentes que

⁶ Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria de Saúde. Saúde amplia CAPS AD em Itaquera [internet]. São Paulo, 2012. [citado 2014 março 10] Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=164134>.

estão internados na Fundação Casa), grupo de adolescentes e grupo aberto (no horário noturno para os usuários que trabalham).⁷

5.3 – TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório qualitativo. A pesquisa exploratória se inicia a partir de algum fenômeno de interesse, propondo-se a observar, descrever e investigar a natureza complexa dos fatores com os quais ele está relacionado. A pesquisa qualitativa visa a compreender a experiência humana como ela é vivida e utiliza dados narrativos e subjetivos obtidos através de procedimentos mais flexíveis, os quais se desenvolvem no campo de pesquisa (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004; BARDIN, 1997; MINAYO, 1992).

A aproximação da pesquisadora com o campo de pesquisa se deu através da sua participação no grupo de adolescentes. Este grupo foi indicado pela gerente do serviço como um espaço privilegiado para que a pesquisadora tivesse este primeiro contato com os adolescentes. A gerente também fez a mediação entre os profissionais responsáveis pelo grupo e a pesquisadora.

As participações no grupo de adolescentes e entrevistas individuais com os adolescentes aconteceram de agosto a novembro de 2014.

O grupo de adolescentes é um grupo aberto, com duração de uma hora e meia e acontece semanalmente. Participaram do grupo, nesse período, no máximo 09 e no mínimo 03 adolescentes, havendo grande rotatividade dos adolescentes no período que compreendeu a coleta de dados, participando 23 adolescentes no total. A participação no grupo de adolescentes, mesmo não sendo objeto desta pesquisa, foi muito enriquecedora, pois possibilitou a aproximação da pesquisadora com os adolescentes.

Os participantes foram escolhidos por conveniência. Todos os adolescentes que frequentaram o grupo de adolescentes no período em que a pesquisadora estava presente foram convidados a participar da pesquisa. Houve apenas um adolescente convidado que se recusou a participar do estudo, sendo respeitada a sua opinião pela pesquisadora. Participaram da pesquisa 12 adolescentes na faixa etária de 13 a 19 anos.

As entrevistas foram realizadas no próprio CAPS AD, em sala privativa para assegurar o sigilo e a confidencialidade. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e a pesquisadora

⁷ Relatado através de e-mail pelo profissional do CAPS III AD Itaquera.

utilizou um roteiro com perguntas abertas e fechadas, elaborado a partir de adaptação de roteiro já aplicado em pesquisa da área (VASTERS, 2009) (APÊNDICE I).

As entrevistas foram previamente agendadas com os adolescentes e foram realizadas cerca de trinta minutos antes ou depois da reunião do grupo de adolescentes. No início da entrevista, a pesquisadora apresentava o Termo de Assentimento (APÊNDICE II), o qual foi assinado pelos adolescentes.

Nesse momento, aos adolescentes desacompanhados foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que levassem aos pais ou responsáveis legais e trouxessem assinado no próximo grupo. Os adolescentes que chegavam acompanhados por familiar ou responsável legal foram esclarecidos pela pesquisadora sobre os objetivos da pesquisa e, diante de sua concordância, assinaram o TCLE (APÊNDICE III).

No caso de adolescentes que estavam em acolhimento institucional, o TCLE foi entregue ao profissional do abrigo que os acompanhavam, para que ele entregasse ao gerente do serviço em questão e, no próximo grupo, devolvesse assinado à pesquisadora.

Durante a entrevista, buscou-se estabelecer um clima mais informal e flexível ao adolescente, tentando deixá-lo o mais à vontade possível para falar sobre o tema proposto. Contudo, o roteiro direcionou a entrevistadora, no sentido de produzir uma maior quantidade de informações relacionadas ao tema de interesse da pesquisa, possibilitando-lhe realizar os direcionamentos necessários para contemplar os itens do roteiro semiestruturado (BONI, QUARESMA, 2005; CAMPOS, 2004).

Entretanto, durante muitas entrevistas, a pesquisadora encontrou algumas dificuldades por parte dos adolescentes na compreensão das perguntas realizadas, além de prejuízos na qualidade da comunicação e expressão por parte dos adolescentes sujeitos desta pesquisa. Estes apresentaram discursos empobrecidos, sendo muitas vezes obtidas respostas lacônicas e monossilábicas, o que requereu um grande esforço da pesquisadora para estimular a expressão de seus pensamentos e sentimentos.

As entrevistas foram transcritas logo após a sua realização.

Após leituras flutuantes e exaustivas do material – os discursos dos adolescentes –, a pesquisadora agrupou, em grandes temas, elementos semelhantes das diferentes entrevistas (BARDIN, 1997), por exemplo, contexto em que descreviam a situação que envolveu o primeiro uso de drogas, momentos que falavam da família, de quando sentiam mais vontade de usar drogas, momentos que diminuía a vontade de usar drogas, atividades diárias, o que mais achavam que atrapalhava no tratamento no CAPS AD, entre outros.

Esse material repleto de sentidos possibilitou à pesquisadora a construção de pequenas histórias de cada um dos adolescentes e paralelamente também foram descritas as características do perfil sociodemográfico dos participantes.

A decodificação dos sentidos dos conteúdos (BARDIN, 1997; MINAYO, 1992) foi um processo complexo, que exigiu bastante atenção da pesquisadora. Foram muitas tentativas de aproximação e distanciamento dos dados tanto em discussões grupais quanto em momentos solitários da pesquisadora para a tessitura dessa colcha de retalhos, alinhavando os principais sentidos atribuídos pelos adolescentes sobre possíveis pistas acerca de como se sentiam na vida e quando estavam no CAPS AD.

O recurso para a construção de esquemas gráficos ilustrativos, que são apresentados durante a apresentação da dissertação, foi muito importante para nos ajudar a visualizar melhor o material de que dispúnhamos. Esses esquemas serviram na condução dos caminhos que elegemos os mais singulares desta pesquisa, considerando-se o seu objetivo.

O conteúdo do discurso foi atribuído em categorias de acordo com os componentes da vulnerabilidade: individual, social e programático, segundo Ayres. Para a análise do conteúdo categorizado, além do referencial teórico da vulnerabilidade, consideramos os princípios da redução de danos, redes de atenção à saúde e reabilitação psicossocial.

5.3.1 – Procedimentos Éticos

Esta pesquisa considerou a resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil, sendo avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (ANEXO I) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de São Paulo (ANEXO II).

6 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Diante de realidades complexas das histórias de vida destes adolescentes que apresentam diversos fatores intrincados, formando um emaranhado de sentidos e mutuamente influenciados, conhecer o contexto em que as histórias são construídas, considerando aspectos sociais, culturais e econômicos, é uma das formas que possibilitam a ampliação do entendimento do fenômeno do uso de drogas pelos adolescentes na sociedade contemporânea. Esse caminho se torna potencialmente produtivo, pois busca ampliar as possibilidades de nos aproximar de aspectos importantes na vida desses adolescentes usuários de drogas.

Apresentaremos brevemente as histórias de cada um dos adolescentes participantes desta pesquisa, com o intuito de que através deste relato haja uma maior aproximação dos seus modos de viver.⁸

Foi através também do exercício de captar e registrar essas pequenas histórias que as pesquisadoras puderam olhar minuciosamente para as histórias contadas por esses adolescentes.

Os breves registros das histórias de vida dos participantes descrevem algumas características sociodemográficas e clínicas quanto ao uso de drogas, as configurações familiares e alguns aspectos das suas relações com o seu grupo familiar e com outros grupos de referência – como seu grupo de pares, bem como aspectos relacionados ao atendimento no serviço de saúde especializado.

Utilizaremos nomes fictícios para preservar o anonimato dos participantes.

Carlos, 17 anos, magro, cerca de 1,80m de altura, presença de alargador em ambas as orelhas, usa boné e prefere roupas escuras, possui diversas tatuagens pelo corpo, as que me chamaram mais a atenção são duas delas, um controle de videogame no antebraço esquerdo e um morcego no pescoço. Segundo relato da equipe, apresenta uma síndrome genética que impacta em sua autoimagem.

Postura encurvada, fisionomia pouco expressiva, discurso empobrecido, responde com monossílabos ou frases curtas as perguntas feitas, sendo necessário muito esforço da pesquisadora para estimulá-lo a falar mais durante a entrevista; por vezes até é preciso repetir de diversas formas a mesma pergunta para que as entenda.

⁸ Modos de Viver: são avaliadas as características pessoais (gênero, idade, cor, estado civil) e os hábitos de uma pessoa relacionados à sua alimentação e nutrição, atividades diárias, lazer, exercício da sexualidade, uso de álcool e drogas, atividades físicas, etc. Todos esses aspectos devem ser entendidos através de uma visão que considere o contexto cultural, social e econômico (CAMPOS, BARROS, CASTRO, 2004).

Carlos diz que já entregou panfletos, mas que atualmente não exerce nenhuma atividade remunerada. Terminou o supletivo da 5ª e 6ª séries do Ensino Fundamental no meio deste ano e desde então está sem estudar. Refere que faz tratamento em instituição psiquiátrica desde pequeno, “não lembro direito, minha mãe que conta”. Realizava acompanhamento em um hospital-escola de São Paulo, e há cerca de dois anos é acompanhado pelo CAPS infantil. Esteve internado por outras questões mentais em hospitais psiquiátricos, não sabe dizer exatamente o porquê, mas nega que tenha sido pelo uso de drogas. A mãe, no momento em que convidei e solicitei permissão para que seu filho participasse do estudo, disse que Carlos tem esquizofrenia. Ele é o filho mais novo de três irmãos. A mãe é provedora principal da casa. Carlos diz que recebe um auxílio governamental – “tenho meu benefício”. Carlos não conheceu o pai, que abandonou a família quando ele ainda era pequeno, reside com a mãe e com dois irmãos mais velhos, bem próximos ao CAPS AD. Foi encaminhado ao CAPS AD pelo CAPS infantil, pois fez uso de cocaína e álcool há um ano. O primeiro uso aconteceu em uma balada com amigos, diz que pediu para experimentar. Relata que fica o dia todo em casa, joga videogame e fica no computador, principalmente numa rede social virtual “batendo papo” com desconhecidos, diz que os assuntos dessas conversas são na maioria das vezes sobre videogame. Tem poucos amigos, mas diz que “meu amigo [com quem saí para usar drogas] tem *uma pá* de outros amigos”. Refere que consumiu drogas no máximo em dez ocasiões, mas em uma dessas ele comprou [cocaína] e usou em casa, e quando estava intoxicado tentou se matar, “cortei os pulsos”, e diz que depois desse episódio ficou quatro meses sem sair de casa, pois sua mãe não o deixava. O adolescente relata pensamentos ruins na cabeça e que se sente sozinho, e é nessas horas que sente mais vontade de usar drogas.

Clarice, 14 anos, baixa, olhar desconfiado e postura algo esquiva. Durante os grupos de adolescentes, me aproximei dela, o que facilitou para o dia da entrevista e para diminuir a resistência inicial. Autocuidado preservado, cabelo preso, lápis preto nos olhos e roupas curtas (blusa curta e decotada e short curto). Relata que reside com a mãe, que é diarista e trabalha muito, quase não se veem e se falam muito pouco, porém a relação com ela é “boa”. Quando pergunto se a mãe sabe do seu uso de drogas, diz que “ela não gosta, mas não pode falar nada”. Tem mais três irmãos, duas irmãs e um irmão. As irmãs são casadas e uma delas tem um filho; diz que estão “bem”, mas denota não saber maiores detalhes nem parece manter maior proximidade com essas irmãs. Relata que o irmão de 18 anos esteve preso e que é usuário de drogas e no momento está fugindo da polícia. A adolescente diz que nunca desempenhou nenhuma atividade remunerada. Está sem estudar há quase um ano, “não tinha muita amizade

com os pessoal lá. Aí eu ficava sozinha, aí eu parei”. Iniciou o uso de drogas aos 12 anos, quando experimentou lança-perfume em uma balada; já saía à noite com as amigas para baladas e diz “Mas quando eu tinha 12 anos, não parecia que eu tinha essa idade, parecia que eu tinha um pouco mais, aí já ajudava [a entrar em baladas]”. No mesmo ano usou maconha e diz que “se apegou”. A maconha é a sua droga de preferência, diz que “sentir a brisa da maconha relaxa!”. Quanto ao uso de lança e de álcool, usa esporadicamente, refere que a bebida alcoólica faz mal para seu estômago. Quanto ao padrão, consome cerca de 2-4 cigarros de tabaco por dia e “ah, maconha, [fumada] sem limite”. Fala da dificuldade de conseguir dinheiro para obter a droga, “quando não tem dinheiro, tem que ficar sem”, porém nega envolvimento em atividades ilícitas ou prostituição. O local que mais usa a droga é na pracinha perto de sua casa, onde vários colegas “colam” para fumar “uns” [baseados]. Clarice denota insatisfação e incômodo com suas atividades diárias e apresenta uma rotina bastante empobrecida; diz ficar em casa o dia todo – limpa a casa, ouve música e assiste à televisão, e à noite frequenta a pracinha do lado da sua casa, onde consome maconha com amigos. Não atribui perda ou prejuízo em sua vida relacionada ao uso de maconha, somente após certa insistência da pesquisadora disse que se sente irritada com qualquer coisa quando não faz uso de maconha e também percebe que às vezes esquece algumas coisas.

Vitor, 13 anos, cerca de 1,80 de altura, comportamento bastante pueril e postura desconfiada. Durante a entrevista, a pesquisadora precisou estimulá-lo para responder as questões, colaborou. Vitor possui dificuldade de situar os acontecimentos cronologicamente. Reside com a mãe, não conheceu o pai e é filho único. A mãe está desempregada e faz “bicos” como diarista para complementar a renda familiar. Diz que os dois vivem também do seu benefício, mas não sabe dizer qual é o benefício que recebe. Vitor diz que nunca desempenhou nenhuma atividade remunerada. Relata que, na situação de primeiro uso, achou um cigarro de tabaco jogado na rua, “tirei a coisa, boleei e fumei”, se escondeu no banheiro de sua casa, sozinho quando tinha sete anos. Relata que uma prima que estava em sua casa sentiu o cheiro de cigarro, lhe tirou do banheiro e lhe deu uns tapas. Quanto ao seu desempenho escolar, relata prejuízos, diz que ia para a escola intoxicado e ficava muito agressivo, chegando a bater em diversos colegas. Relata que usou “um monte de coisa, menos crack”, e a droga de sua preferência é a maconha. Durante cerca de quatro anos fez uso quase que diário de diversas drogas. Diz que brigava muito com sua mãe, ela batia nele e chegou a agredi-la e por esse episódio foi para a Fundação Casa; não fala muito desse período. A mãe procurou o CAPS AD, que o encaminhou para uma unidade de internação especializada. Diz que ficou internado por “quase um ano” e

desde que recebeu alta (há 45 dias) está abstinente. Nega desejo de usar drogas e que desde que parou “agora eu estou mais feliz, não estou usando mais droga”, diz que sua mãe está desconfiada de que ele realmente parou de usar drogas, diz que quando vem sozinho pro CAPS AD e chega a sua casa, ela cheira suas mãos e sua boca. No momento, refere que é atendido no CAPS infantil e no CAPS AD, foi levado por sua mãe e também continua tendo acompanhamento judicialmente. Diz que o que mais gosta no CAPS é jogar pebolim. Está frequentando a escola, mas diz ter dificuldade de acordar cedo e por isso tem faltado bastante. Atribui a sonolência às medicações que está fazendo uso desde que saiu da internação. Refere que fica mais dentro de casa, pois na pracinha que gosta de jogar futebol fica um monte de “nóia”, aí “minha mãe não deixa”.

Lara, 15 anos. Essa entrevista foi particularmente difícil, pois a adolescente não se sentiu muito bem durante a sessão, porém dizia para não parar. A adolescente encontra-se abrigada há dois anos, desde o falecimento da mãe, relata que acha que seus parentes, padrasto e avó não quiseram ficar com ela pelo seu uso da droga. Sobre sua aproximação com as drogas, diz que, quando criança, ia com sua mãe, que era usuária de drogas, comprar a substância na “biqueira”. A situação de primeiro uso foi aos 12 anos com outros usuários de drogas num campinho de futebol perto de sua casa, local em que também costumava ir com sua mãe para pegar drogas. Sua droga de escolha é o crack e diz “(...) e aí depois eu pulei [da maconha] pro crack, que era a droga que minha mãe usava na frente do meu irmão e na minha frente”. Refere três irmãos, com os dois mais velhos de 19 e 20 anos não tem contato e o mais novo, de nove anos, ela verbaliza gostar muito dele, porém o vê pouco e denota ficar entristecida quando diz isso. Todos os irmãos são de pais diferentes. Diz que seu pai faleceu quando ela era recém-nascida. Está frequentando a escola, diz que há cerca de quatro dias pulou o muro da escola e usou crack com um amigo e que havia feito um “trato” com ele, que se ela vendesse a droga na escola, ela poderia consumir sem pagar. Diz estar no CAPS contra a sua vontade e que preferia voltar para a “clínica”, uma unidade de internação especializada em que ficou por sete meses. Disse que na clínica ela não precisa ver “os colegas fumando” e que lá têm pessoas que ela gosta e seria bom “passar um tempo lá”, e acrescenta que o CAPS AD é “fraco”, pois não tem internação. Lara demonstra-se pueril neste momento e diz que quer ser internada novamente. Ao final ela estava trêmula e dizendo estar com a visão turva. Chamei os profissionais do serviço, que prontamente lhe atenderam. Ao conversar com os profissionais, referem que a adolescente já apresentou episódios similares a este em outras ocasiões, sugerindo que a mesma simule parte desses sintomas.

Clara, 17 anos, asseada, vestes limpas e cabelos penteados. Está em abrigo desde os 13 anos. Refere ter sete irmãos, cinco mulheres e dois homens, e que seus pais se separaram quando eram pequenos. Após a separação, Clara diz que sua mãe retomou o uso de drogas que já havia feito na adolescência, “acho que ela se revoltou por meu pai ter abandonado nós”, “ela usava crack na nossa frente” e acrescenta que todos os seus irmãos também fazem uso de drogas. Relata que o pai faleceu recentemente e que a mãe vai visitá-la muito pouco no abrigo. A primeira droga que usou foi lança-perfume, tinha dez anos e estava na casa de uma amiga mais velha, que lhe ofereceu e desde então começou a usar vários tipos de drogas todos os dias. “Usei tudo, menos crack”, até que com 13 anos teve a sua primeira overdose e foi levada ao hospital e de lá para o acolhimento institucional, encaminhada pelo conselho tutelar. Dos seus irmãos, refere que um deles está preso, duas estão usando crack e destas uma está gestante e que tem uma que está com ela no abrigo, a única que no momento está abstinente. A adolescente diz que já trabalhou em uma loja de autopeças e em uma lanchonete, atualmente não exerce nenhuma atividade remunerada; porém, ao falar de como obtém a droga, diz que quando precisa vende droga para conseguir droga para seu consumo. Possui Ensino Fundamental completo. Clara faz uso atualmente de cocaína, sua droga de escolha, e tem ficado noites em bailes funks e em casa de amigas para usar a droga. Diz que há cerca de um ano foi transferida para esse novo abrigo e diz que “perdi muita gente que eu gostava”. O fato de que ela faria 18 anos após 30 dias da entrevista parecem repercutir em Clara gerando nela muitas incertezas e inseguranças. As falas de Clara referentes ao seu futuro são bastante frouxas, manifestando um discurso permeado por sentimentos de abandonos e desamparo. Dois dias após a entrevista, Clara foi encaminhada à internação especializada pelo CAPS AD.

Roberto, 17 anos. Reside com a mãe e um irmão que no momento estava preso por envolvimento com o tráfico de drogas. No mesmo terreno moram os avós maternos e um tio. Diz que o avô tem um bar e que à tarde fica com ele um pouco. Refere que já se envolveu com atividades ilícitas, mas nunca foi pego. Não desempenhou nenhuma outra atividade remunerada. Diz que parou de estudar, pois foi internado. A mãe é cabeleireira e a que compõe a renda familiar. Roberto relata que fez o uso de maconha pela primeira vez aos 14 anos. Estava na rua com um amigo, e que a ocasião foi mais conveniente quando o seu irmão foi preso pela primeira vez, pois mesmo que este fizesse uso de drogas, não deixava que Roberto usasse, “ele ficava no meu pé, aí quando ele foi preso, eu usei”. Fez uso de álcool, lança-perfume, maconha e cocaína. Diz que chegou ao CAPS AD trazido por sua mãe e já havia tentando fazer tratamento no CAPS uma vez, mas recaiu e deixou de frequentar o serviço. Foi internado em uma unidade

especializada, ficou um mês e recebeu alta há três semanas. Desde então está frequentando o CAPS AD novamente e permanece abstinente. Diz que a sua motivação para permanecer sem usar drogas é ver sua mãe feliz. No CAPS AD diz que gosta das oficinas e jogos de tabuleiro e o que não gosta é de falar e de escrever. Diz que em casa assiste à televisão, joga videogame e acessa uma rede social virtual, mas que o que mais gosta é sair pra rua: “minha rotina antigamente era ficar na favela”, mas logo complementa “mas não posso”.

Michel, 15 anos, cerca de 1,60 de altura, asseado e gosta de usar boné. Michel é introspectivo, tem tom de voz baixo e é pouco comunicativo, por vezes parece que não está compreendendo o que é dito, sendo necessário repetir algumas vezes a mesma pergunta. Tive bastante dificuldade nesta entrevista. Michel relata residir com os pais e quatro irmãos mais novos. Uma irmã mais velha é casada e não mora com eles, porém refere ter contato frequente, pois esta irmã por algumas vezes o acompanhou até o CAPS AD. Nega uso de drogas por seus familiares. Diz que trabalha meio período como servente de pedreiro (ganha 50 reais por dia), à tarde vai para a escola e à noite sai para fumar maconha. Relata que o seu primeiro uso de drogas foi aos 13 anos na escola, de onde pulou o muro para baforar lança-perfume; logo depois, fez uso de maconha na rua com os amigos “lá de baixo” [favela]. Foi encaminhado ao CAPS AD pela escola, pois foi surpreendido fumando maconha no banheiro. Faz uso de maconha diariamente, cerca de dois baseados, diz que gosta de fumar antes e depois da escola. Nega qualquer prejuízo decorrente deste uso. Reconhece que o uso de lança-perfume interferiu na sua vida, pois estava baforando muito e a família começou a falar muito na sua cabeça.

Hugo, 15 anos. Refere que está abrigado desde os quatro anos de idade, com 13 anos morou com sua avó, porém “aprontou” muito e foi morar com a mãe, que logo foi presa. Está sem frequentar a escola há um ano. Diz que, no período em que morou com sua avó, eles “jogavam muito na sua cara” o seu uso de drogas e que essas brigas lhe davam muita raiva, as quais aumentavam ainda mais a vontade de usar drogas. Sua mãe é usuária de drogas, o adolescente diz: “Minha mãe usava muita pedra na minha frente”. Há cerca de dois anos, sua mãe foi presa, pois foi surpreendida tentando levar drogas para dentro da cadeia. Diz que seu pai não tem condições financeiras de cuidar dele e das irmãs mais novas. Têm quatro irmãos, duas mais novas e dois mais velhos (uma irmã e um irmão), todos ficaram abrigados. As mais novas (10) e (13) permanecem abrigadas. A mais velha (20) casou-se e mora no interior e seu irmão mais velho (22) também faz uso de drogas e está preso por assalto. Hugo diz ter se envolvido em atividades ilícitas (tráfico de drogas) durante dois anos, porém há cerca de um mês, por vontade

própria, solicitou ajuda ao juiz da Vara da Infância e Juventude, sendo então novamente abrigado e encaminhado ao CAPS AD decorrente deste acompanhamento judicial. Ao ser questionado sobre esse desejo de mudar, diz que quer ser um exemplo melhor para as suas irmãs mais novas e deseja uma vida melhor para ele e sua família. Nesse período, não viu mais sua mãe, mas, por intermédio dos profissionais do abrigo, disse que iria lhe escrever uma carta. Quanto ao uso de drogas, em sua primeira situação de uso, estava na rua com uns colegas que já faziam uso de drogas e que por curiosidade sentiu vontade e usou cocaína. Atualmente refere que está fazendo uso somente de tabaco, de 1 a 2 cigarros por dia. Não exerce nenhuma atividade remunerada no momento e não está estudando há 1 ano.

Ricardo, 19 anos. Reside com a mãe e dois irmãos mais velhos. É egresso de sua segunda internação em hospital especializado no interior paulista, onde ficou cerca de um mês e saiu há duas semanas. O jovem refere que há cerca de um mês seu irmão de 26 anos faleceu em seus braços durante uma discussão com outro irmão de 29 anos. Diz que esses dois irmãos têm histórico de uso de drogas, o de 26 anos fazia um uso pesado (principalmente nos últimos meses, devido a separação conjugal) e o de 29 anos usa cocaína esporadicamente. Diz que, após a perda do irmão, está pensando mais sobre o uso de drogas. Relatou que no dia anterior fumou maconha com um amigo, mas reconhece que tem pensado mais antes de usar e que parou com cocaína e lança-perfume, mas a maconha e o álcool estão mais difíceis de parar. Está frequentando um grupo de ajuda mútua Narcótico Anônimo (NA) e a igreja [vai com sua mãe] semanalmente desde que recebeu alta hospitalar [de onde pediu para sair], e isso tem ajudado a mudar sua rotina e evitar os amigos da “ativa”. Quanto às atividades diárias, gosta de ir à *lan house* e ouvir música [rap]; o restante do tempo fica em casa, evitando sair para a rua e se deparar com os amigos de uso. Iniciou acompanhamento no CAPS AD aos 17 anos, sendo encaminhado da obra social Dom Bosco, onde cumpria medida socioeducativa, decorrente de envolvimento com atividade ilícita [tráfico de drogas]. Nesta primeira tentativa de tratamento no CAPS AD, refere que gostava muito da oficina de percussão, pois gosta bastante de música. Ricardo recaiu e parou de ir ao CAPS AD, retornando ao serviço na ocasião da entrevista.

José, 17 anos. Adolescente asseado, usando roupas, boné e tênis de marcas [moda juvenil]. Comunicativo e com boa articulação das ideias. Refere ser proveniente de Minas Gerais e que mora em São Paulo desde pequeno com seus avós maternos, mãe e irmãos – gêmeos de cinco anos e uma menina de 11 anos. Não frequenta a escola há um ano. Sobre seu primeiro uso, diz que aos doze anos, tinha curiosidade, comprou maconha e fumou sozinho na rua: “(...) fui lá e

comprei, experimentei e depois daquele dia em diante nunca mais apaguei”. Há cerca de três anos, está envolvido com atividades ilícitas (tráfico de drogas) e que tem dias que chega a trabalhar até 24 horas, por isso não tem ficado em casa. Relata que sua família não aceita a sua ajuda financeira em casa, pois é um dinheiro “sujo”. O adolescente diz que alugou uma casa (e que seus familiares não sabem) e em alguns dias da semana fica lá com sua namorada, com a qual está há cerca de um ano. Ao falar sobre “sua” casa, diz se sentir muito bem lá, e que está tendo responsabilidades em manter financeiramente suas “coisas” que até então não teve oportunidade de desfrutar, como videogame e televisão a cabo, os quais classificam como “mordomias”. Segundo o adolescente, essas aquisições foram possíveis a partir da sua atividade ilícita, que, mesmo “não digna” e “provisória”, tem-lhe proporcionado. Iniciou o tratamento no CAPS AD há dois anos, levado por sua mãe. Diz que deu muito trabalho na escola e já foi expulso por quatro vezes, decorrente de mau comportamento. Desde essa época, foi acompanhado pelo Conselho tutelar. Em suas primeiras idas ao CAPS AD, diz que foi bastante acolhido e que ouvir o relato de pessoas que tinham mais prejuízos na vida decorrente do uso de drogas lhe fez pensar em seu consumo. Diz que não é “dependente” e que faz uso de maconha em algumas situações, como para aumentar o apetite e quando tem dificuldade de dormir, e diz: “(...) Mais pra relaxar mesmo, como se fosse um remédio que qualquer outra pessoa tomasse”. Porém, não diz sobre a quantidade e que está abstinente das outras drogas [cocaína]. Nega internações. Quanto à manutenção do uso de drogas, diz “Era a única diversão que a gente sabia. Entendeu? Era o que a gente sabia, o que a gente via e o que a gente gostava. Era a influência que a gente tinha”. Quanto ao futuro, diz querer ter uma família e um “emprego digno”.

Lucas, 16 anos. O adolescente é bastante comunicativo e por vezes prolixo. É amistoso, colaborativo e receptivo durante a entrevista. Reside com seus pais e irmãos. Nega o uso de drogas por algum de seus familiares. Está sem frequentar a escola há seis meses. O seu primeiro uso de drogas aconteceu em uma balada, estava com os amigos e diz que usou também para “pegar” as meninas. Diz que seus pais se surpreenderam quando descobriram que estava usando drogas e que achavam que ele havia iniciado o uso há pouco tempo, mas ele já estava usando desde os doze anos. Relata envolvimento com atividades ilícitas [tráfico de drogas] e tem conflito com a lei decorrente dessa atividade. Está em cumprimento de liberdade assistida (LA) com acompanhamento judicial. Além do CAPS AD, frequenta o núcleo de medida socioeducativa, onde também participa de atividades terapêuticas e oficinas. Diz que há duas semanas está em “internação domiciliar”, que foi sugerida por uma médica de outro serviço especializado de São Paulo; a proposta foi feita a ele e ao seu pai. Lucas diz que tem ficado a maior parte do tempo em

casa e frequentado a igreja semanalmente com os seus pais. Durante a semana sai acompanhado apenas para ir ao CAPS AD e ao Núcleo. Reconhece que o apoio familiar ajuda-o na manutenção da sua abstinência, pois não se sente preparado para presenciar seus amigos usando drogas na sua frente.

Vagner, 16 anos. Atualmente está em uma casa de passagem [abrigo provisório], pois está sendo ameaçado de morte na região onde reside. Sua família reside na zona sul da capital paulista. Residia com sua avó materna, com sua mãe e mais cinco irmãos – quatro meninos (17, 13, 11 e 07) e uma menina de 14 anos. Tem um irmão falecido, que, se estivesse vivo, teria 25 anos (não relatou o motivo de sua morte). Dos familiares paternos, refere que todos ingeriam bebida alcoólica, inclusive seu pai (bebia e fumava maconha), além de tios, primos e irmão que também fazem uso de drogas. Sobre a situação de primeiro uso de drogas, aos oito anos, estava em sua casa e seus pais estavam brigando, quando seu pai agrediu fisicamente sua mãe, o mesmo jogou um cigarro de maconha no chão, ele pegou – mas não sabia o que era –, então ele e seu irmão mais velho [que sabia o que era] fumaram juntos e “daí eu gostei e continuei fumando”. Desde então, fez uso de diversos tipos de drogas como cocaína, lança-perfume, tinner, balinha [exctasy] e docinho [LSD]. Sua droga de preferência e a que tem mais dificuldade de parar, a maconha. Está há um mês sem estudar, fazia supletivo da quarta e quinta séries do Ensino Fundamental. Relata que já trabalhou em lanchonete, lava-rápido, posto de gasolina e guardador de carros. Tem histórico de conflito com a lei, decorrente de envolvimento com atividades ilícitas, recusa a dizer como foi a situação em que foi apreendido, mas diz que na ocasião o seu “parceiro” foi atingido com um tiro na perna. Vagner permaneceu cerca de um ano na Fundação Casa.

No dia da entrevista, disse estar aguardando audiência e que seria transferido para outro abrigo em breve. Ao falar sobre seu dia a dia, diz que tem dias que está tranquilo e outros que fica “virado no giráia”, ou seja, sente-se agitado e conta episódios de discussões verbais e até mesmo ocasiões em que agrediu fisicamente outros adolescentes no abrigo, correlacionando esses seus comportamentos de alterações de humor com a ausência da droga. Refere estar abstinente há um mês e que somente tem fumado quatro cigarros de tabaco por dia. Já frequentou vários CAPS AD na capital paulista e esteve internado três vezes por períodos curtos em hospitais especializados. Vagner denota que os vínculos familiares estão bastante esgarçados e até mesmo rompidos.

Apresentaremos a análise e discussão dos resultados organizados a partir da categoria temática vulnerabilidade e as subcategorias que compreendem os seus componentes individual, social e programático. É importante dizer que escolhemos apresentar os resultados desta forma, para organizá-los de forma mais didática; para isso construímos uma via de acesso por um ou outro componente da vulnerabilidade, porém atentos à interligação dos três eixos.

Os adolescentes desta pesquisa denunciaram a gravidade das situações vivenciadas por eles. Aqui, esses fatos foram breves, mas capazes de desvelar graves vulnerabilidades envolvendo diversos tipos de violências, violação de direitos, rompimentos e conflitos familiares, sendo o uso de drogas mais uma de suas susceptibilidades. Isso configura um cenário de exclusão e marginalização sociais, já demonstrados em outras pesquisas da área (VASTERS, 2009; VASTERS, PILON 2011; ALMEIDA, 2010; ADORNO, 2011).

Mas é importante considerar que não é pelo fato de os adolescentes relatarem condições de pobreza, falta de recursos, prejuízos nas relações interpessoais que se justifica a ‘decisão’ de correrem riscos (AYRES et al., 2009; BRÊTAS, 2010; PAULILO, JEOLÁS, 2000; CASTRO, ABROMOVAY, 2005; VITALLE, 2011; JESUS et al., 2012).

Considerando o quadro da vulnerabilidade, não devemos entender esses adolescentes como somente vítimas de suas relações sociais, pois, se assim o fizermos, sem apreender que trazem consigo informações de seus diferentes contextos de vida, configurando características grupais que os posicionam em relações e situações de responsabilidade na sociedade, e que estas são importantes informações para direcionar intervenções de cuidado mais pertinentes aos adolescentes singular e coletivamente.

Se, ao contrário, classificarmos esses adolescentes somente como um segmento social – universal e homogêneo –, sem considerar suas relações e seus contextos, incorreremos no mesmo raciocínio de discriminação e estigma já vivenciado quando houve a indicação dos grupos de risco relacionados à epidemia de HIV/AIDS e que até os dias atuais acontece com usuários de drogas (AYRES ET AL., 2009; SILVEIRA et al., 2013; OLIVEIRA, RONZANI, 2012; SODELLI, 2011).

Assim, quanto ao fenômeno do uso de drogas pelos adolescentes, quem nunca pensou ou ouviu “aquele adolescente preto, pobre e da periferia é ‘irrecuperável’”⁹, então, por isso, classificamos o grupo dos jovens, adolescentes, dos pobres, da população em situação de rua, entre outros, como vulneráveis, iremos ‘condená-los’ a serem sempre vítimas ou mesmo

⁹ “O contador de histórias” é um filme biográfico sobre Roberto Carlos Ramos. Dirigido por Luiz Villaga (2009).

incapazes de realizar mudanças em suas vidas (AYRES ET AL., 2009; BRÊTAS, 2010; PAULILO, JEOLÁS, 2000; CASTRO, ABROMOVAY, 2005).

Estas são dificuldades relevantes que podem limitar os estudos que se dispõem a identificar algum dano ou adoecimento que envolve outras questões complexas, pois, de fato, trabalhar com usuários com problemas relacionados ao uso, abuso e dependência de álcool e drogas, segundo Ayres (2009), “pode parecer uma tarefa impossível, se ele tem que passar por aspectos como exclusão social, violência estrutural”.

O entendimento diante do quadro da vulnerabilidade para alguém do que é proposto é um cuidado para não nos esquecermos de que o termo defende eticamente que uma pessoa “não é vulnerável, ela está vulnerável, sempre a algo, em algum grau e em certo ponto do tempo e do espaço”, cujas situações de vulnerabilidade se caracterizam sempre por seu caráter relacional em que há responsabilidade bilateral (AYRES et al., 2009; SODELLI 2010b).

Diante de tais desafios é que buscaremos apresentar nossos resultados, analisá-los e discuti-los, defendendo seus interesses e reconhecendo as suas dificuldades, no sentido de nos aproximarmos dos contornos singular-coletivos de suas realidades e problematizar formas mais efetivas de intervenção junto a esses adolescentes usuários de drogas que permanecem em um CAPS AD.

6.1 – COMPONENTE INDIVIDUAL

As informações das quais o sujeito dispõe e a capacidade de analisá-las criticamente e transformá-las em ação protetora,¹⁰ expressam o componente individual da vulnerabilidade. Para esse componente devemos avaliar as características pessoais que são construídas ao longo da história do indivíduo que envolve aspectos biopsicológicos e sociais do seu desenvolvimento humano e as experiências proporcionadas pelo meio em que vive (BRÊTAS, 2010).

As análises das experiências de vida desses adolescentes usuários de drogas nos sinalizam a presença de prejuízos da capacidade para avaliarem criticamente as informações recebidas, o que também prejudica a qualidade das informações de que dispõem.

Percebemos mais concretamente esses prejuízos quando nos deparamos com a dificuldade que alguns apresentaram para compreender as perguntas realizadas durante a entrevista, sendo necessário repeti-las; notamos também que muitas repostas foram

¹⁰ Uma atitude que permite ao adolescente eleger e colocar em prática um comportamento que reduz sua vulnerabilidade e exposição a uma situação de risco envolvendo o uso de drogas.

monossilábicas ou mesmo seguidas de silêncios, sendo necessário que a pesquisadora refizesse a pergunta de outras formas. Mesmo que está pesquisa não tenha mensurado a capacidade cognitiva dos adolescentes, identificamos as dificuldades apresentadas por eles, que nos sinalizaram possíveis prejuízos desta natureza.

Carlos: Ah, eu não sei responder. Tipo, não entendi a pergunta.

José: Com a maconha você perde bastante o raciocínio, você perde a concentração.

Hugo: Não entendi o que você falou.

Segundo literatura nessa área, o uso de drogas precoce e em grandes quantidades em fase da vida em que ocorre o processo de amadurecimento cerebral prejudica de diversas formas as funções cognitivas (PECHANSKY, SZOBOT, SCIVOLETTO, 2004; RIGONI et al, 2007; DE MICHELI et al., 2011).

Além disso, no processo de construções das vivências dos adolescentes participantes desta pesquisa, muitas experiências negativas foram contadas por eles à pesquisadora. Muitos momentos compartilhados com pessoas significativas estiveram permeados por susceptibilidades, como, por exemplo, presenciarem, quando criança, o uso de drogas pela mãe. Tais acontecimentos também interferem no processamento e na qualidade das informações que receberam durante essas experiências (PECHANSKY, SZOBOT, SCIVOLETTO, 2004; RIGONI et al, 2007; DE MICHELI et al., 2011).

Discutiremos mais esse aspecto ao apresentar no componente social a configuração, as relações familiares e a relação com o grupo de pares.

Clara: No momento, que via minha mãe. Porque a minha mãe também usava na nossa frente, aí eu me revoltei e comecei a usar também.

Lara: Bom, eu usei quando eu estava com a minha mãe, não com ela presente, né. Quando a minha mãe estava viva.

Eu, eu costumava ir num campo de futebol [rua] e lá tinha vários usuários, amigos até da minha mãe que eu conhecia. E aí quando a minha mãe ia buscar droga, eu ia junto. E aí depois é, eu comecei a usar maconha (...) É, na rua da minha casa. E aí depois eu pulei pro crack, que era a droga que minha mãe usava na frente do meu irmão e na minha frente.

[ao falar a situação de primeiro uso]

Vagner: Eu ia fazer 9 anos. Vendo o meu pai batendo na minha mãe [em casa]. Aí meu pai jogou o baseado [maconha] no chão, eu era pequenininho, fui lá e peguei na inocência, sem saber o que era. Aí eu chamei meu irmão [mais velho], e ele sabia o que era. Aí a gente acendeu e começamos a fumar.

As experiências emocionais negativas relatadas pelos adolescentes, principalmente envolvendo relações com parentes próximos, trouxeram situações de conflitos, abandonos e violências, colaborando para potencializarem os prejuízos de obterem informações de qualidade, pois contribuem para mudanças significativas em seus referenciais sociais e valores culturais, além de tais vivências afetarem a autoestima desses adolescentes. A baixa autoestima aumenta a vulnerabilidade do adolescente ao uso de drogas (SCIVOLETTO, 2011, VASTERS, PILON 2011; VASTERS, 2009, ALMEIDA, 2010).

Assim, os prejuízos cognitivos e emocionais interferem conjuntamente na capacidade do sujeito de avaliar e se posicionar criticamente diante das informações recebidas e, por consequência, reduzem as oportunidades de transformá-las em ações protetoras, aumentando a vulnerabilidade como, por exemplo, o de não perceberem os prejuízos associados ao uso de drogas.

[ao falar sobre seu uso de drogas em relação a sua família, escola e amigos]
Clarice: Nunca atrapalhou nada.

Por outro lado, houve adolescentes que, ao reconhecerem as relações sociais e afetivas como significativas, expressaram maiores reflexões e reconhecimento da necessidade de ajuda e desejo de mudança acerca do seu uso de drogas, pois atribuíram que o seu uso de drogas gerou algum tipo de prejuízo e sofrimento – senão a eles mesmos, aos seus familiares.

Hugo: O que aconteceu é que eu pensei nas minhas irmãs. Não tem ninguém pra ajudar, mano. Aí eu fui lá no fórum e tomei minha decisão: “Vou mudar”, vou mudar minha vida que já que nem eu falei eu só o exemplo das minhas irmãs.

[quando fala do motivo de parar de usar drogas]
Michel: Por causa da minha mãe. De ela ficar feliz.

José: Porque eu já coloquei na minha mente, assim pô, Deus me fez, me colocou nesse mundo, pô será que foi esse o propósito? Usar droga? Não, o propósito é ter uma família, ser bem-sucedido, dar uma educação, dar a visão de vida que eu tenho que eu já passei.

Diante destes últimos relatos dos adolescentes, identificamos que a capacidade de análise crítica deles diante dos acontecimentos cotidianos também foi percebida quando reconheceram possíveis situações de risco relacionadas ao seu uso de drogas, exerceram assim sua capacidade crítica e tomada de decisão, transformando a informação em ação protetora. Outro exemplo encontrado no relato de um dos adolescentes foi o de reconhecer que, mesmo gostando muito de sair para a rua, escolheu não ir, acrescentando que o fato de ‘escolher’ não sair se relacionou a não querer ver sua mãe sofrer, caso usasse drogas.

Assim, diante da análise desses exemplos dos adolescentes que reconheceram uma possível situação de risco e também se sentiram importantes para alguém, é-nos permitido inferir que não contaram unicamente com a vontade individual – “informação + vontade” – e sim dispuseram também do reconhecimento de suas relações afetivas significativas, as quais o ajudaram a sustentar a escolha de não se expor a uma situação que aumentaria a sua susceptibilidade, adotando uma ação protetora. (AYRES et al., 2009; BRÊTAS, 2010; SODELLI, 2011)

Vitor: Ah, eu não sinto mais vontade de usar drogas. Eu vejo os cara fumando... O cara me ofereceu outro dia, aí eu falei: não, obrigado. Falei: eu não estou usando mais não (...) é que agora eu estou mais feliz, não estou usando mais droga (...). Não brigo mais com a minha mãe dentro de casa direito. De vez em quando, a gente até briga, mas não tanto igual a gente brigava.

Ricardo: É. Que nem esses tempos aí, né. Um amigo meu falou assim; fui no posto com meus amigos. Aí os dois fumando um baseado, aí os dois fumou, pumpum, aí deu uma um na minha mão. Aí os caras disse: “ixi, ixi, tá nessa?”. Aí falei: “É, vou chegar, falow!” (...) Quando eu usava... Eu não podia pegar o dinheiro que eu já [usava drogas]... Esses dias peguei dinheiro, foi até engraçado, eu peguei, achei 20 reais na rua e não deu vontade de comprar e nem nada. Eu comprei refrigerante pra minha casa, comprei... fui pra *lan house* e não deu vontade de comprar assim, o desejo de ir na biqueira pra comprar.

Continuando a análise do componente individual, ao abordar questões mais específicas sobre o tratamento, identificamos que, mesmo que alguns adolescentes considerassem que precisavam de ajuda, associaram que a ajuda precisaria considerar suas perdas familiares e sociais decorrentes não só do uso de drogas deles, mas também relacionado ao uso de drogas de outros membros de sua família (PEREIRA et al., 2011).

[ao dizer se achava que o uso de drogas prejudicou sua vida]

Clara: De todos os sentidos... Por exemplo, se meu pai fosse direito, e minha mãe também, nós não taria assim [todos os irmãos usando droga], nós não estaria assim não, foi através deles que nós ficamos assim, porque cada um né ... Quando o meu pai morreu, aí todo mundo mesmo, sabe, desandou, aí cada um seguiu o caminho... meu

irmão tá preso, foi roubar e tá preso...a N. tá usando crack, a B. tá grávida também e tá usando crack [irmãs]... tá todo mundo assim...

Porque nós não era assim, nós era uma família normal sabe? Mas depois fia...acabou!

Ricardo: E quando eu era mais novo, né, quando eu tinha uns 15 anos ficava usando muita droga, né! Ai começou, começou um negócio que me chamaram pra fazer comercial, ai comecei a usar droga. Fui uns dias, tirei umas fotos bem, aí quando era no outro dia que eu acordava, acordava com o rosto inchado. Aí eu perdi tudo isso.

Quando continuamos as perguntas direcionadas ao tratamento, dois dos doze adolescentes citaram perceber o seu uso de drogas como uma doença. Essa percepção encontra sustentação em abordagens biomédicas de clínicas de internação e em grupos de ajuda mútua pautados nos doze passos. (ALVES, 2009; ALMEIDA, OLIVEIRA, PINHO, 2008; MARINI, 2011)

Vagner: Ah, é uma doença, né!? É uma doença, é um vício, e vício é uma doença.

Ricardo: Eu, assim, quando eu fiquei internado eu não sabia assim que o usuário ele só é uma doença, né?! Então tem muita gente que tem essa dificuldade, não admite que é usuário, não admite que perdeu pra droga, né. Que infelizmente perdeu, né; não procura uma ajuda, não aceita, né.

Vitor: Agora que eu comecei o tratamento e fui pra clínica, eu parei. Eu usava todo dia, agora não sinto mais vontade. O médico limpou meu vaso sanguíneo, né?

Percebemos que quando perguntamos aos adolescentes sobre o seu ‘tratamento’, eles remeteram, quase que automaticamente, à ideia de estarem ou não tomando algum medicamento ou mesmo se haviam sido ou não atendidos pelo médico e até internados em instituições, demonstrando uma visão biomédica – focada na doença, remédio e médico – deste termo por parte dos adolescentes (BAYLON et al., 2014; SCADUTO, BARBIERI, 2009; MOREIRA, SILVA, MARTINS, 2009).

Ainda como repercussões da pergunta referente ao tratamento, em certos momentos alguns adolescentes demonstram-se resistentes quanto a aceitarem “remédios” e, em outros, reconheceram que a medicação poderia ajudar a diminuir a vontade de usar droga.

Hugo: (...) Mas sem remédio, só na base da conversa normal, mas se for pra tomar remédio eu não tomo não, não preciso de remédio.

Vagner: Tipo conversar com ele, ver se ele quer uma internação, pra começar o tratamento. Não dopar nos remédios, porque você vai tirar uma droga e enfiando outra nele. Porque querendo ou não, vai viciar no remédio.

José: Internação nunca. Eu já tomei medicação pelo CAPS, porque não foi nem pela minha vontade, mas foi pela vontade da minha mãe.

Avaliamos de forma positiva a ponderação de um deles sobre não idealizar o uso de medicação – “efeito mágico”, reconhecendo que a medicação tem seus limites, pois, mesmo se estiverem tomando medicação, ao encontrarem amigos usando drogas, poderiam vir a não resistir e usar.

Lucas: Quando que eu sinto mais vontade de usar? Por enquanto que eu estou fazendo o uso do remédio eu não sinto vontade. Vontade não sente mais, mas se acabar com eles junto, juntos com eles lado a lado, não vou dizer que não vou sentir vontade, você vai acabar aceitando.

Porém, a maioria dos adolescentes que reconheceu precisar de ajuda esteve mais associada a necessidades que envolviam a dimensão social e familiar, apontando para a multidimensionalidade da situação que envolve o uso de drogas, (PEREIRA et al., 2011; PAIVA, RONZANI, 2009). Sobre essas necessidades explicaremos com maiores detalhes no componente social.

Como estratégia para que os adolescentes trouxessem outros aspectos das abordagens psicossociais oferecidas pelo CAPS AD, fazendo a pergunta de outras formas, como por exemplo, perguntando: Quando está no CAPS, o que você faz? Conte-me um pouco mais sobre o que você faz quando você vem aqui no CAPS AD.

A partir daí, apareceram mais conteúdos sobre “não querer” ou mesmo do “não saber” estar ali, nos aproximando um pouco mais do entendimento deles sobre o que esperavam do CAPS AD.

[ao falar sobre estar no CAPS AD]

Lara: Não. Porque não adianta. Se eu tivesse vontade de parar, tudo bem, mas eu não tenho. Que eu sou forçada (...). Bom, eu, na minha opinião, se a pessoa não quer ir pra aquele lugar, eu acho que ela não deveria, mas só que todos falam que é pro meu bem. E eu vou indo, mesmo sendo obrigada.

Carlos: É, desinteresse os outros têm... né?! Pelo que eu sei, porque tem gente que vem no grupo e fala, ah, eu gosto de usar droga e é isso... Aí eu fico me perguntando, porque essa pessoa vem pra cá? Aí eu não sei se os pais obrigam... Eu não sei como é que...

Como uma das respostas decorrentes das perguntas acima, a expressão “força de vontade” esteve muito presente no discurso dos adolescentes, principalmente quando perguntados em como o CAPS AD poderia ajudar mais e melhor a ele ou a outro jovem que usava drogas e que apresentava dificuldades em controlar ou mesmo em parar o uso.

A “força de vontade” do adolescente trouxe sentidos de que a responsabilidade sobre seu querer é somente dele, e que somente será ajudado se de fato ‘quiser’, nos traduzindo um sentido de que o adolescente se vê como único responsável por realizar mudança em seu comportamento. Também esteve presente um sentido esperançoso atribuído à “força de vontade” – tem que persistir, insistir e não desistir –, reconhecendo como algo difícil de alcançar, mesmo com todo o esforço individual.

Ricardo: Basta à pessoa querer também, né?! Não depende só do CAPS. Basta, a pessoa tem querer ajuda, né?! Porque se não, se você não querer uma ajuda, como eu vou poder te ajudar? (...) Ah, tipo assim: quem quer, vem até a pé, né?! Não importa. Quem tá precisando de ajuda vai...

Lara: [silêncio] Força, não pensa que você não tem. É só você persistir.

Vagner: Força de vontade. Querer, persistir, persistir e nunca desistir.

Scisleski e Marashin (2008), em estudo com adolescentes usuários de drogas internados compulsoriamente em hospital psiquiátrico, também constataram que os adolescentes se colocavam como o único protagonista da situação que vive, não reconhecendo que as suas vivências não têm relação nenhuma com as suas condições sociais e econômicas.

Este achado confere semelhança nessa percepção entre os adolescentes dos diferentes estudos, compreendendo que, para se ‘tratar’, precisam querer e se esforçar.

Analisamos também que a “força de vontade” manifestada pelos adolescentes apresentou um sentido moralizador acerca do uso de drogas, contribuindo para um aumento do autoestigma associado às visões igualmente moralizadoras da sociedade em relação usuário de álcool e drogas (SILVEIRA et al., 2013). E, ainda que adolescentes, esta visão já está presente neles. A ideia de individualismo, tão incutida pelo capitalismo, repercute nas pessoas como as únicas responsáveis por suas escolhas e caminhos, e que, se não conseguiram, é porque não se esforçaram o suficiente e, conseqüentemente, fracassaram (SOARES et al., 2009; SCISLESKI, MARASHIN; 2008; BRÊTAS, 2010).

Carlos: Ah, porque é meu tratamento, né?! Apesar que não é tanto isso né, para mim melhorar, dependo de mim mesmo, da minha força de vontade, né?! (...) O que eu saiba que faz uso, ele fala que tem vontade de vir, mas tipo, se ele vim, ele vai vir só uma vez, e não vai vir mais...eu conheço ele... eu sei como é a vontade dele de querer parar, porque depende dele!

Clara: Eu penso mais no meu futuro, né?! Me ajudou... Tá me ajudando sim... Porque depende de mim, né?! Se eu não querer ajuda, vai depender de quem? [força de vontade] Quando eu não era de abrigo, usava todo dia, todo dia... Até que me deu overdose...

José: É o esforço e a força de vontade. E você tem que ter algo pra suprir aquilo. A vida começa a girar em um círculo, começa uma coisa viciosa. Vamos supor, todo dia eu acordo e todo dia vem um colega me chama pra gente usar. E acaba ficando nisso. Todo dia zuação, todo dia zuação. Então isso acaba sendo um círculo vicioso. Então o que tem que acontecer? Pô, o colega vai me chamar 13h, o que eu vou fazer 13h pra mim não sair com ele, entendeu? Pra tentar suprir. Pô, não tô fazendo nada, então vô fuma um baseado, agora tô assistindo televisão. Suprir entendeu? Suprir. Tem que saber suprir.

Nesta última fala, o adolescente aponta direções de construções que tenham propostas para “suprir”, da necessidade de mudança que envolve o planejamento, a elaboração de opções e organização de uma rotina e, como critério importante, a responsabilidade de execução do plano pelo próprio adolescente, buscando romper com um “círculo, começa uma coisa viciosa”.

Essa necessidade de “suprir” também foi relatada recorrentemente pelos adolescentes, principalmente quando diziam sobre a necessidade que sentem de “ocupar ou distrair a mente” (VASTERS, 2009; ALMEIDA, 2010).

O fazer para o adolescente é citado com especial importância, pois relatam que quanto mais se ocuparem com atividades que não envolvem o uso de drogas e frequentarem ambientes que não estejam em contato direto com as drogas, mais estarão distantes de situações que irão lhe expor a situações que envolve direta ou indiretamente o uso de drogas (ANDRETTA, OLIVEIRA, 2005; SOUZA, AMATO, SARTES, 2013; GARNER et al., 2009; CLARO et al., 2013).

Muitas vezes, ao chegar ao serviço, antes do grupo, a pesquisadora encontrava os adolescentes jogando pebolim, confirmando o interesse dos adolescentes por atividades lúdicas.

[ao falar do que gosta no CAPS]

Vitor: A ter umas coisas que as pessoas gostam, né? Tipo o que tem lá embaixo, todo mundo gosta de jogar, né? Aí fica mais aqui no CAPS, melhor do que ficar na rua. Hoje eu acordei cedo, tomei café e vim pra cá, pra não ficar na rua. Pra fica aqui jogando pebolim, aqui embaixo.

Ricardo: Ah, me ajuda porque que nem, quando era no outro lugar [antigo endereço do CAPS], eu gostava de ir porque gostava de samba, gostava de tocar um samba, aí eu fazia parte do grupo de samba, tudo. Tal... E eu achava legal, era isso que me trazia nas atividades.

Clara: Eu gosto de tudo aqui... Mas só que eu gosto mais do jogo lá, do pebolim...(risos)

Roberto: O jogo e as oficinas.

Como complementar à necessidade de “ocupar ou distrair a mente”, os adolescentes pontuaram a necessidade de efetuarem mudanças em sua rotina de vida diária, reconhecendo também que é difícil colocá-las em prática. Como estratégia de mudanças, propuseram a importância de terem a organização de uma agenda de atividades diária e o estabelecimento de limites. Como os adolescentes esperam que o CAPS AD possa também ajudá-los nessas estratégias, abordaremos com mais detalhes no componente programático.

[ao dizer sobre sua percepção se o tratamento que faz hoje dá certo]

Roberto: Está. Eu mudei minha rotina lá de fora, que minha rotina antigamente era ficar nas favelas, agora não vou mais.

A necessidade dos adolescentes diante do reconhecimento de que precisam “ocupar e distrair a mente” chama nossa atenção, nos aponta que, quanto ao uso de álcool e drogas, as características pessoais dos adolescentes que aumentam a vulnerabilidade são as insatisfações e não realização de suas atividades, a insegurança e a sensação de não pertencer a nada ou a ninguém, ou seja, a “invisibilidade” (SCIVOLETTO, 2011).

Autores destacam que a sensação de não pertencimento afeta gravemente a autoestima e a criação de vínculos afetivos dos adolescentes, aumentando suas vulnerabilidades quanto ao uso de drogas (SCIVOLETTO, 2011; SCHENDER, MINAYO, 2005; COSTA et al., 2012). As insatisfações diversas desses adolescentes foram algo marcante em seus discursos.

Clarice: Ah, eu não faço nada! Só acordo, tomo café, arrumo a casa e fico o dia todo dentro de casa assistindo televisão. (...)

Vitor: Eu chego da escola eu vô come alguma coisa, escovo o dente de novo e vô joga videogame. Fico lá dentro de casa, o dia inteiro dentro de casa jogando videogame.

As insatisfações com a vida, o rompimento de laços afetivos e sentimentos de inutilidade foram fortemente evidenciados por esses adolescentes, nos permitindo dizer que, em muitas discussões entre as pesquisadoras, durante o processo de análise, o conteúdo dos discursos disparava em nós pensamentos e sentimentos acerca do quanto esses adolescentes pareciam (e se sentiam?) “estrangeiros” em suas próprias vidas, não se sentindo pertencentes ou como parte de um espaço/lugar e nem importantes para alguém, com vidas permeadas por incertezas e inseguranças.

Sentimentos de incerteza e medo, que repercutem de forma negativa na autoestima dos adolescentes, aparecem quando verbalizam planos empobrecidos e frouxos referentes ao futuro.

A apresentação de planos “frouxos” para o futuro é um importante fator que aumenta a vulnerabilidade dos adolescentes e conseqüentemente as ocasiões de se persistir e até agravar o padrão de uso de drogas (SCIVOLETTO, 2011; CASTRO, ABRAMOVAY, 2005).

Assim, quanto menor as expectativas e os planos, maior a dificuldade de repensar o uso de drogas (parar ou mesmo diminuir o consumo). Por outro lado, quando há para o adolescente o estabelecimento de objetivos mais definidos na vida, este é um fator que diminuirá o seu uso de droga, pois poderá refletir que esse uso interferirá em seus planos (SCIVOLETTO, 2011; CASTRO, ABRAMOVAY, 2005; HART, 2014).

As sensações que cercam os adolescentes e jovens da sociedade contemporânea como a incerteza diante do futuro, o distanciamento das instituições – como a escola, a família, a política formal – permeadas por desencantos, potencializam as vulnerabilidades desses indivíduos (CASTRO, ABRAMOVAY, 2005).

Vagner: Ter um emprego fixo, voltar a estudar, trabalhar, e pra onde eu moro, eu não posso voltar porque os policiais querem me pegar, e arrumar um lugar aqui em Itaquera, Guaianases ou até em São Mateus pra eu morar. Ou fora de São Paulo. E trazer minha filha pra perto de mim.

Hugo: Ah, os planos é trabalhar muito e ajuntar toda a minha família de novo, né. É meu sonho, e meus planos também, comprar uma casa e juntar toda a minha família, deixar toda reunida.

José: Aí, eu já falei: Não é isso que eu desejo pra mim [traficar e usar de drogas], então, não vou te dizer que eu não gosto. Eu gosto sim, de vez em quando eu uso sim. Pouca quantidade e não é mais esse propósito que eu tenho pra mim. Agora eu tenho outro propósito. Propósito de ter uma família agora.

Diante de alguns aspectos da análise e discussão do componente individual apresentado até aqui, consideramos que a história de vida desses adolescentes e aspectos individuais de suas identidades sinalizam importantes pistas para elaboração de ações mais condizentes no trabalho

da equipe do CAPS AD a estes adolescentes individual e coletivamente que serão abordadas no componente programático.

6.2 – COMPONENTE SOCIAL

É relevante entendermos o contexto em que os adolescentes vivem, buscando explorar aspectos acerca do acesso à escolarização, meios de comunicação, como são estabelecidas as relações de poder e como estão posicionados quanto às coerções e quais são suas condições de defenderem-se, como estabelecidas as relações e constituição familiar, acesso ao serviço de saúde, situação em que usou droga pela primeira vez, situações que envolvem o atual uso de drogas, acesso aos serviços de saúde em suas diversas modalidades, entre outras.

Quanto à caracterização do perfil sociodemográfico e relação ao uso de drogas, os adolescentes deste estudo são em sua maioria do sexo masculino e se encontram em faixa etária de 14 a 19 anos, com média de idade de 15,9 anos e 75% se autodeclararam negro.

Estudo recente que buscou caracterizar a população de adolescentes atendidos no mesmo CAPS III AD desta pesquisa confirmou que os adolescentes que estão matriculados e que foram considerados ativos são em sua maioria do sexo masculino (61,3%), concentrando-se na faixa etária de 16 a 18 anos (64,5%) (ALVES, COLVERO, 2014). Confirmando a representatividade dos participantes desta pesquisa.

Outros pesquisadores também encontraram dados semelhantes em adolescentes usuários de drogas em diferentes modalidades de tratamento, como hospitais e CAPS, identificando também que a maioria dos adolescentes é do sexo masculino e faixa etária de 14 a 19 anos (VASTERS, PILON, 2011, VASTERS, 2009; ALMEIDA, 2010; MOMBELLI, 2010; MOREIRA, SILVA, MARTINS, 2009).

Quanto ao grau de escolaridade, 07 adolescentes possuíam ensino fundamental incompleto. A frequência escolar, apenas 25% relatam estar frequentando a escola. Os demais, 75%, estavam fora da escola no mínimo há 06 meses. Confirmando, mais uma vez, que adolescentes usuários de drogas, identificados pelos diversos estudos, apresentam alto índice de evasão e baixo desempenho escolar (VASTERS, PILON, 2011, VASTERS, 2009; ALMEIDA, 2010; MOMBELLI, 2010; MOREIRA, SILVA, MARTINS, 2009).

Considerando a idade média de 16 anos, o desempenho escolar esperado para esses adolescentes é que estivessem cursando o terceiro ano do Ensino Médio. Identificamos, assim

como estudo anterior (ALVES, COLVERO, 2014), que a maioria dos adolescentes que frequentam o serviço também não haviam concluído o Ensino Fundamental.

A relação entre o baixo desempenho escolar ou evasão escolar relacionado ao uso de drogas também é encontrada em demais estudos com essa população (VASTERS, PILON, 2011, VASTERS, 2009; ALMEIDA, 2010; MOMBELLI, 2010; MOREIRA, SILVA, MARTINS, 2009; JESUS et al., 2008; ALVES, COLVERO, 2014, MOURA, 2011).

A evasão escolar foi uma situação que aumentou a vulnerabilidade dos adolescentes, que apontaram que o padrão do uso de drogas direta ou indiretamente influenciou sua saída da escola. Seis dos doze adolescentes relacionaram os prejuízos no seu desempenho escolar ao uso de drogas, desde não conseguir se concentrar durante as aulas, até mesmo ter precisado parar de frequentar as aulas para ser internado em decorrência do uso de drogas.

Ricardo: Parei de estudar um ano por causa da droga, não tinha vontade de sair assim de dia, só ficava dormindo. E aí chegava de noite eu queria sair, deve ser por isso (...) Foi da vez que eu fui internado que eu fui, eu voltei a estudar em maio e em junho eu fiquei de recuperação aí eu perdi a vontade de ir [na escola] porque eu não achei certo, né?!

José: É. Acho que cada ano fui expulso umas duas ou três vezes. E por conta da falta de educação. Brisado de maconha. Vai aprender o que na escola brisado de maconha?

A renda média das famílias desses adolescentes é de 1-4 salários mínimos, significando uma baixa ou baixíssima renda per capita (em média 04 pessoas por família). Nenhum deles relatou vínculo empregatício formal no momento da realização da pesquisa. A maioria relatou trabalho informal em atividades diversas como entregar panfleto, ajudante geral na construção civil e em atividades ilícitas ligadas principalmente com o tráfico de drogas (VASTERS, 2009; ALMEIDA, 2010).

Hugo: Já... No trabalho sujo. Na biqueira.

José: Eu trabalho no tráfico. É provisoriamente. É um dinheiro que está vindo fácil. Querendo ou não, é um dinheiro fácil. Estou me arriscando? Estou me arriscando, mas é um dinheiro que está vindo fácil.

Michel: Trabalho como ajudante de pedreiro. Trabalho por meio período, até meio-dia, aí à tarde eu vou pra escola.

A maioria dos adolescentes entrevistados reside com seus familiares, compõe-se a família de uma média de 04 pessoas por residência. Seis famílias configuram-se como monoparentais,

contando somente com a presença da mãe, que também é a provedora principal. Dez dos doze adolescentes não tinham nenhuma ou pouca convivência com o pai.

Famílias chefiadas por mulheres são consideradas mais vulneráveis (GELINSKI, 2013; NAJAR, BATISTA, ANDRADE, 2008), sendo mais uma suscetibilidade a que estão expostos esses adolescentes, aumentando sua vulnerabilidade. Apenas dois dos adolescentes convivem na mesma casa com o pai e a mãe. Um adolescente refere que passa alguns dias com a família e outros em casa alugada com a namorada. Os demais (4) estão acolhidos institucionalmente e afastados do convívio familiar.

Ainda sobre as relações familiares, os adolescentes trazem a percepção de que os conflitos familiares, a não convivência com alguns membros da família e o fato de possuírem familiares próximos que também fizeram ou fazem uso de drogas interferiram e interferem negativamente no seu uso de drogas.

Carlos: Ah, sei lá, acho que eles perderam a confiança em mim! Ah, me sinto culpado pelas besteiras que eu fiz...

Hugo: Tinha 13 anos, foi quando minha mãe foi levar droga dentro da cadeia e ela foi presa. Porque minha irmã tava traficando e tá presa, meu irmão foi roubar um carro e tá preso. E meu pai mora numa favela e não tem condições de cuidar da gente porque é dois cômodo e é uma área de risco. Tem a biqueira lá e tem um rio lá que pode ter enchente a qualquer momento. Minha mãe usava muita pedra na minha frente.

Clara: Nós era criado só com a minha mãe, aí ele deixou ela, aí acho que ela se revoltou, entendeu?! Porque onde a gente morava tinha gente que fumava, aí tinha uma mulher lá, que chamo ela, aí foi nesse dia.... ela já usava, mas nessa época ela tinha parado...tem um tempo, aí a mulher chamo ela ...Aí agora ela está usando até hoje.

As fragilidades das relações familiares constituem uma importante vulnerabilidade social ao uso de drogas (PAIVA, RONZANI, 2009; PEREIRA et al., 2011).

A gravidade das situações vivenciadas por esses adolescentes na dimensão familiar evidencia-se pelo histórico pregresso da presença da droga permeando as relações familiares desde a infância. Dos doze adolescentes, sete relataram ter parentes próximos que fizeram ou fazem uso de drogas, incluindo mãe, pai, irmãos e tios (MOMBELLI, SILVA, COSTA, 2010; MORAES, CHALEM, FIGLIE, 2010; MOURA, 2011).

Esse dado indica uma maior vulnerabilidade desses adolescentes, demonstrando que a família, na maior parte de suas histórias de vida, significou aumento da vulnerabilidade dos mesmos, por aumentarem, em grau e intensidade por um grande período de suas vidas (desde a infância), a exposição às situações envolvendo o uso de drogas.

Vagner: Meu pai, meu tio, meu primo, meu irmão. Quase a família toda, menos as mulheres. Na do meu pai todo mundo bebe. Meu pai já é falecido, mas ele bebia e fumava maconha. Meu pai só não cheirava.

Clara: Minha mãe. [usa] Crack, álcool. (...) E tem outro irmão... nós somos em 6 mulheres no total e 2 homens. Só a F. que não está usando, mas já usou.

A não convivência e a falta de diálogo com pais e responsáveis são marcantes no relato dos adolescentes, evidenciando mais uma vez as fragilidades das relações parentais (PAIVA, RONZANI, 2009; VASTERS, 2009; ALMEIDA, 2010).

A primeira fala abaixo ilustra o não monitoramento parental e as outras o relato da falta relacionada à não convivência com familiares.

[quando fala em ir ao baile funk aos finais de semana]

Michel: Ela deixa [a mãe]. Falo que vou sair, né? (...) De sexta [à noite], e no domingo é de dia.

Hugo: Ah, várias neuroses, brigas, saudades, eu descontava tudo na droga. Eu não queria saber de fazer mais nada, só usar droga. [Saudade] Do meu pessoal que já tá preso, aí eu ficava descontando tudo isso sempre na droga, mas aí eu vi que não vale a pena não fazer isso daí não, que as coisas, que tudo na vida tem jeito.

[falando da mãe que não a visitava no abrigo]

Clara: Não. (suspiro). Ah, minha mãe vai de vez em quando... Uma vez e depois, nunca!

Os prejuízos ou mesmo ausência do monitoramento parental a esses adolescentes fica claro quando descrevem sua dinâmica familiar.

Os estilos parentais e a correlação com o uso abusivo de drogas por adolescentes é uma associação importante para conhecermos o contexto em que se dão as relações entre adolescentes e seus pais e quais são as principais condutas destes em relação aos filhos (PAIVA, RONZANI, 2009).

Algumas práticas parentais referentes ao monitoramento são os pais acompanharem as atividades dos seus filhos, ao saber o que estão fazendo no tempo livre, com o que estão gastando dinheiro e quem são seus amigos (PAIVA, RONZANI, 2009).

A incapacidade de controlar os filhos, a falta de suporte, o uso de drogas pelos pais e atitudes permissivas destes diante do uso de drogas são importantes condutas parentais predisponentes à experimentação e continuidade do uso de drogas pelo adolescente (PAIVA, RONZANI, 2009; ALMEIDA, 2010).

O monitoramento parental é um importante fator que contribui para a redução de vulnerabilidades dos adolescentes. Assim, se há prejuízos ou até mesmo ausência desse monitoramento, os adolescentes estarão mais expostos e consequentemente mais vulneráveis ao uso de drogas (PAIVA, RONZANI, 2009).

Destacaremos a seguir a relação com a droga da experimentação às situações cotidianas permeadas pelo uso abusivo de substâncias e seus desdobramentos.

Os adolescentes desta pesquisa relataram que a primeira situação envolvendo o uso de drogas foi em média aos 12 anos, idade também encontrada em estudos epidemiológicos nacionais (CARLINI et al., 2010).

O adolescente que experimentou mais precocemente o fez aos 07 anos, e o que fez mais tardiamente foi aos 16 anos. O tipo de droga mais consumido nessa primeira ocasião foi maconha, seguido por lança-perfume, cocaína, tabaco e álcool.

Dados epidemiológicos referentes ao uso de drogas ilícitas também apontam a maconha como o tipo de droga mais utilizada por adolescentes (BRASIL, 2013c). Assim como em nossa pesquisa, em estudo realizado no mesmo CAPS AD a maconha também foi o tipo de droga mais consumido pelos adolescentes na primeira vez (ALVES, COLVERO, 2014).

O uso de álcool apareceu pouco no relato dos adolescentes, que disseram consumir álcool esporadicamente em festas. Já referente ao uso de tabaco, três deles referem uso diário da substância.

Os dados sobre o uso de álcool pelos adolescentes deste estudo foi um dado diferente dos levantamentos nacionais envolvendo os estudantes de Ensino Fundamental e Médio (CARLINI et al., 2010; NOTO, SANCHEZ, MOURA, 2011).

Em relação ao local e com quem estavam na situação de primeiro uso, quatro estavam em baladas ou festas, outros quatro estavam na rua em companhia de amigos ou mesmo sozinhos, dois estavam em casa ou na casa de amigos e somente um deles estava na escola.

Destacamos que nove destes adolescentes relatam que estavam com amigos, correspondendo a 75% das situações do primeiro uso.

No momento da entrevista, quatro adolescentes disseram estar abstinentes de todos os tipos de droga. Estavam em uso de maconha diariamente quatro adolescentes, sendo um deles também usuário de tabaco. Dois relataram uso, no último mês, de cocaína ou crack e outros dois relataram uso diário de tabaco.

Para além da questão de somente estar ou não abstinentes, muitos adolescentes relatam que o padrão de uso atual (no dia da entrevista) era feito em menores quantidades do que já fizeram em outros momentos da vida, nos alertando de que é possível trabalhar com estratégias

de Redução de Danos com os adolescentes que permanecem no CAPS AD. Estratégias estas que podem aproveitar a presença do adolescente no serviço, buscando fomentar com ele momentos de reflexão sobre seu uso e não uso de drogas, pensando e construindo conjuntamente (profissional-adolescente) formas práticas e realistas sobre a relação com a droga consumida.

Michel: Não tá a mesma coisa não, que já até parei de baforar.

[ao falar se pretende parar ou continuar o uso]

Não, um baseadinho de vez em quando só.

Quando falam da dificuldade de parar o uso de drogas, relatam especial dificuldade em parar com o uso da maconha, sendo esta também a droga de preferência da maioria dos adolescentes estudados.

O uso da maconha por jovens tem sido bastante investigado. Estudo recente apontou que usuários frequentes de maconha, entre 15 e 24 anos, usam a droga principalmente quando se sentem mais ansiosos ou mesmo diante de outros estados de humor negativos. Sendo assim, os pesquisadores sugerem que esses jovens fazem uso da droga principalmente como uma forma de gerenciar suas emoções (SHIRIER, 2014). Reconhecer as dificuldades relacionadas ao controle sobre o uso de drogas é um fator que aumenta a permanência dos adolescentes no serviço de saúde (ALMEIDA, 2010).

Ricardo: Pelo menos da cocaína e do lança-perfume, né?! O que tá difícil é a maconha. Aí é assim, a cocaína eu já descartei, o lança-perfume também. Só é mais difícil é a maconha.

Lucas: Porque o uso da cocaína era só de final de semana, o uso do lança-perfume era só de final de semana. O que me afetava mais era a maconha, que é igual ao cigarro, você fuma um, o primeiro trago que você deu fica no 'ciclo vicioso'.

Os relatos dos adolescentes sobre a dificuldade de parar o uso da maconha destacam os efeitos de relaxamento da substância. Essas sensações foram relatadas pelos que estavam em uso atual da droga; percebemos que os adolescentes que estavam abstinentes evitaram falar das sensações experimentadas com o uso de drogas. As dificuldades de lidarem com conflitos cotidianos e com a vontade de usar a droga são importantes situações para que o adolescente continue o uso. Ao compreender melhor os sentidos do uso de droga para esse adolescente,

possivelmente também encontraremos formas mais efetivas de abordá-los (VASTERS, PILON, 2011; VASTERS, 2009; ARAÚJO et al., 2012; CONNER, LONGSHORE, ANGLIN, 2009).

Clarice: Porque relaxa o corpo, porque às vezes a mente fica a milhão com os problemas da vida, aí pelo menos esquece um pouco... Relaxa!

Carlos: Ah, pra falar a verdade, essa droga nem causa prazer. Mas mesmo assim eu uso. (...) Não sei, dá tipo vontade de ficar usando mais, fico na nóia. É muito ruim!

Como no estudo de Shirier (2014), os jovens participantes desta pesquisa relataram dificuldades diárias em lidar com a frustração, gerenciamento das emoções e conflitos. Disseram que preferem “fugir” (buscando as sensações proporcionadas pelo uso da droga) para não precisar lidar com os conflitos ou mal-estares provocados pelas situações cotidianas.

Vagner: Ah... Um dia, meu? Tem dias que na onde eu estou lá no abrigo é tranquilo, mas também tem dias que eu acordo virado no “giráia”, qualquer coisinha começo a agredir, nas palavras, verbalmente. E hoje mesmo meu dia foi levantar da cama, ir para o sofá e dormir. Esse foi meu dia, dormir o dia inteiro. Sim, tem dia que eu estou bem, tem vez que eu não estou.

Clara: Ah, quando eu tô lá no abrigo eu fico, sei lá, diferente, eu ajudo as tias, dou banho nas crianças, ajudo as tias trocar as crianças, aí eu faço os meus deveres e fico lá, assistindo TV... Aí depois eu fico nervosa, dá nervoso! (...) É, fico impaciente (...) Quando não estou no abrigo, já faço diferente...vou usar droga!

Quatro adolescentes falaram sobre sensações e desdobramentos negativos que correlacionavam ao uso de drogas. Quando o adolescente relaciona prejuízos associados ao seu uso de droga, de alguma forma contempla seus possíveis prejuízos e prazeres, sendo um importante momento para se trabalhar estratégias motivacionais.

Identificar qual dos estágios motivacionais o adolescente se encontra e adequar as intervenções a cada uma delas têm sido uma abordagem terapêutica largamente difundida no campo da atuação em saúde e também nas intervenções aos usuários de drogas.

No estágio de contemplação, a pessoa reflete sobre a possibilidade de que alguns dos prejuízos que vivencia em sua vida são também influenciados e decorrentes do seu uso de drogas, possibilitando ao profissional utilizar de técnicas da entrevista motivacional (EM), fornecer mais dados de realidade e estimular o adolescente a criar discrepâncias entre o ideal e o real em sua vida, construindo reflexões sobre os prós e contras do uso de drogas, entre outras

estratégias, sempre com o intuito de estimular a reflexão, evitando situações de confronto e culpabilização (ANDRETTA, OLIVEIRA, 2005).

Há estudos que confirmam a efetividade e viabilidade de utilização da EM para adolescentes usuários de drogas (GARNER et al., 2009; CLARO et al., 2013; ANDRETTA, OLIVEIRA, 2005).

Quando o adolescente contempla possíveis prejuízos decorrentes da relação com a droga, inicia uma maior abertura para contemplar que a permanência no serviço de saúde poderá trazer algum benefício para a sua vida e assim reconhecem que a ajuda será importante para ele (SCADUTO, BARBIERI, 2009).

José: Com a maconha você perde bastante o raciocínio, você perde a concentração, você acaba dormindo na aula. O uso da cocaína você acaba ficando agressivo no dia a dia com a família. A maconha, o único efeito colateral que ela dá é a perda de raciocínio, você vai ficando 'sequelado'. E a cocaína já te dá transtorno de personalidade. Conforme vai passando o tempo, ela já não dá mais aquele resultado que dava antes, já não vai mais tendo aquele prazer, você já acaba aumentando a quantidade. Eu falo isso porque eu já vi vários, e vejo todo dia aumentando a quantidade e acaba saindo fora do próprio controle, do próprio corpo, fica fora de si.

A maioria dos adolescentes (06) que chegaram ao CAPS AD e às clínicas de internação especializadas foram encaminhados judicialmente, decorrentes de conflito com a lei ou como medida protetiva de saúde (BRASIL, 1990). Os demais, (04) foram encaminhados pelo CAPS Infantil (02), pela escola (01) ou chegou espontaneamente atendendo ao convite de uma amiga (adolescente que também frequentava o CAPS AD).

Sobre tentativas de tratamento anteriores, dos 12 adolescentes entrevistados 07 deles já estiveram internados em clínicas especializadas por uma vez ou mais. A maioria das internações envolveu encaminhamentos judiciais. Esses dados confirmam que há dificuldades de continuidade do tratamento de adolescentes em serviços comunitários, havendo um alto índice de recaídas e reinternações desses adolescentes, gerando uma tendência na institucionalização dos mesmos (VASTERS, PILON, 2011; MOMBELLI, SILVA, COSTA, 2010; ARAÚJO et al., 2012; SCISLESKI E MARASCHIN, 2008).

Os encaminhamentos judiciais constituem a maioria dos casos, e este acompanhamento configura a obrigatoriedade dos adolescentes de frequentarem o CAPS AD, possuindo aspecto coercitivo, mas que pode ser uma oportunidade para que a equipe multidisciplinar do CAPS AD intervenha com esses adolescentes acerca dos impactos decorrentes de seu comportamento relacionado ao uso de drogas.

As internações citadas abaixo pelos adolescentes foram todas compulsórias, confirmando esse caráter coercitivo.

Vitor: Até os 13 anos... Agora que eu comecei o tratamento [internação] e fui pra clínica, eu parei. Eu usava todo dia, agora não sinto mais vontade. O médico limpou meu vaso sanguíneo, né?!

Lara: Sim. Uma vez. Por sete meses.

Vagner: Internações eu passei por três.

Os altos índices de recaídas e reinternações dos adolescentes podem ser relacionados também ao empobrecimento e à insatisfação com suas rotinas de atividades diárias (BRANCO, WAGNER, 2009; SILVA et al., 2014;), que ficam esvaziadas quando não estão usando drogas. Também se referem a suas atividades denotando pouco sentido e expectativas em relação à sua própria vida.

Sendo assim, o estreitamento do repertório é evidente quando abordamos a rotina desses adolescentes. O estreitamento de repertório¹¹ é apontado pela Classificação Internacional das Doenças (CID-10) como um dos critérios a serem avaliados em um padrão de uso dependente de drogas.

e mora perto de casa. (...)

Ah, fico só em casa jogando videogame. Acordo meio-dia mais ou menos. Não tomo café da manhã, já almoço direto.

Depois fico jogando videogame. Só isso.

Clarice: Ah, eu não faço nada! Só acordo, tomo café, arrumo a casa e fico o dia todo dentro de casa assistindo televisão. (...) Não, é que na minha rua tem uma pracinha, assim tem logo uma pracinha assim, uma quadra, negócio de fazer exercício... aí tem tudo perto de mim...eu nem preciso.

Roberto: Ah, eu acordo, tomo café da manhã, daí vou assistir televisão. Depois almoço, desço no bar do meu avô, fico um pouco lá, depois subo e fico assistindo televisão. É assim que eu passo meu dia.

A rotina de um adolescente é muitas vezes organizada através da sua frequência à escola e atividades complementares como atividades esportivas, cursos de línguas, entre outras. Essas atividades organiza e limitam os horários da agenda do adolescente, que deverá ter um horário para acordar, para dormir, para fazer deveres escolares etc. Porém, quando não há a essas

¹¹ Estreitamento de Repertório: "Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa: aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou recuperar-se de seus efeitos" CID-10.

atividades programadas, percebemos um esvaziamento de sentidos atribuídos as suas outras atividades e sua consequente desorganização (FREITAS, 2012).

Como confirmação disso, identificamos que a maioria dos adolescentes relatou sentir-se ociosa, denotando certa insatisfação com isso ao dizer que passa a maior parte do seu tempo assistindo à televisão. Somente dois adolescentes disseram que jogam videogame e navegam na internet, o que coincide com as atividades que reconhecem também como lazer. Somente dois deles relatam que jogar futebol se constitui também uma atividade de lazer.

Vitor: Eu chego da escola eu vô come alguma coisa, escovo o dente de novo e vô joga videogame. Fico lá dentro de casa o dia inteiro, dentro de casa, jogando videogame. De vez em quando até subo pra praça pra joga bola. Só que minha mãe não gosta que eu subo pra praça, né? Porque fica um monte de “nóia” lá.

Alguns deles relatam outras atividades, como ir à *lan house*, ouvir músicas e frequentar o Centro da Juventude, serviço este que compõe a rede de serviços socioassistenciais do município de São Paulo – rede de atenção básica.¹²

Também relatam atividades relacionadas à sua frequência no CAPS AD, como parte de sua rotina semanal ou mesmo rotinas que são estimuladas por um cotidiano de atividades institucionais, como as de acolhimento institucional.

Lara: Eu acordo, tomo um banho, fico na sala e vou tomar café e vou pra escola. Depois eu saio e vou pra Casa Leide [Casa de Cultura Leide das Neves é uma organização não-governamental situada em Itaquerá], que é o curso que eu faço de artes, teatro e de música. Saio umas cinco... Quinze pras cinco, quer dizer Depois faço as lições e atividades da casa. Tem que arrumar a casa, lavar a louça, passar pano. É assim. Lá tem uma tabela. E aí um dia é você e aí é outro dia é sua colega e aí depois é você. E fica assistindo um pouco [de televisão] lá até umas dez e aí é a hora que eles liberam a gente pra ir dormir.

Ricardo: Ah, eu gosto de ir pra *lan house*, mexer no computador, aí uma hora volta e volto pra casa, vejo TV e de noite eu vou pra sala de NA, narcóticos anônimos, só. Vou nas terças e quintas. [e a noite] Fico dentro de casa agora, a maioria dentro de casa. Não fico saindo à noite como eu saía antes.

Hugo: Eu acordo, vou pro CJ [Centro da Juventude], que é um curso pra dar distração, nós faz atividades lá, depois eu volto, almoço, aí a gente fica lá na casa fazendo algumas coisinhas, nós faz uns enfeites, a gente ajuda as tias a fazer as coisas lá, nós assiste filme, não fica sem fazer nada lá. É da ora no lugar lá, sempre tem alguma coisa pra fazer.

¹² Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal do Desenvolvimento e Assistência Social. Portaria 46/SMADS. Dispõe sobre a tipificação da rede socioassistencial do município de São Paulo e a Regulação de parceria operada por meio de convênios. São Paulo; 2010. [citado 2015 abr. 5]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/046_portaria_1298488134.pdf

Os adolescentes que relatam ter muito tempo livre, que têm muitos amigos que usam drogas e que frequentam muitas festas são os que usam mais droga (padrão de uso mais pesado) e os que menos permanecem no tratamento. Muitos momentos de diversões citadas pelos adolescentes coincidem com momentos de uso de drogas. Situações estas que contribuem para o aumento da sua vulnerabilidade social (VASTERS, PILON, 2011; VASTERS, 2009).

Roberto: Então, as coisas que eu queria fazer era sair, ir para os bailes funk, mas não dá pra eu ir, aí eu fico ansioso por causa disso.

José: (...) como é que eu vou te dizer, a gente é humilde, a gente não tinha um lugar adequado pra gente se divertir. Era mais baile funk, então baile funk se encontra isso, droga. Era essa a nossa diversão. Era a única diversão que a gente sabia. Entendeu? Era o que a gente sabia, o que a gente via e o que a gente gostava. Era a influência que a gente tinha (...)

Os adolescentes apontam que o que mais atrapalha na continuidade do seu tratamento é a influência negativa do seu grupo de pares, que é composto por outros jovens e adolescentes com os quais eles têm como referência e que, em sua grande maioria, também usam drogas (VASTERS, 2009; ALMEIDA, 2010).

Michel: O que atrapalha? Mente fraca. (...) Por que ele tem a mente fraca? Porque vai pela cabeça dos outros.

Lucas: Foi má influência. Falava que era seu amigo, mas era só pra te dar droga. Pra te dar o primeiro baseado.

Ricardo: Ah, as amizades, eu acho. Os lugares de ativa, né?! Também.

Vitor: A galera que atrapalha, né!? Porque está lá “mó” suave lá, sem usar nada, daí chega um moleque: cola aí, cola aí.

Aí vai fuma um aqui, aí vai e fuma, tava bem pra caramba, daí você usa tudo. O tal dos colegas, né!?

Por outro lado, o envolvimento de um amigo no tratamento favorece a continuidade do tratamento pelo adolescente. Reforçando a importância destes na vida do adolescente (ALMEIDA, 2010).

Dados recentes de revisão integrativa identificaram que a relação familiar fortalecida pode minimizar a influência do grupo de amigos usuários e acrescenta que as relações familiares podem ser mais determinantes no uso abusivo de drogas do que os pares (PAIVA, RONZANI, 2009).

Assim, como as relações familiares dos adolescentes participantes da pesquisa são em sua maioria enfraquecidas e apresentam alguns predisponentes para o uso abusivo de drogas, o grupo de pares assume uma maior importância para eles. Sendo esses amigos modelos e referência com os quais o adolescente se sente pertencente.

A ausência do familiar que acompanhe o tratamento é um fator de influência negativa na permanência do adolescente no serviço de saúde (VASTERS, PILON, 2011; VASTERS, 2009, ALMEIDA, 2010, ARAÚJO et al., 2012).

Já as práticas familiares, como o suporte e envolvimento, que envolvem a capacidade dos pais em responder às demandas dos filhos estando presentes, com relações que envolvam clima emocional (afetivo) e que os ajudem a resolver seus problemas, são um dos estilos parentais que são significativos para reduzir o uso abusivo de drogas pelos adolescentes (PAIVA, RONZANI, 2009).

A facilidade de acesso nos espaços de sua convivência social envolve diversas situações em que presenciam outras pessoas fazendo uso de drogas. Os adolescentes dizem também que algumas vezes até tentam evitar tais companhias e situações, mas disseram ser algo bastante difícil para eles, pois reconhecem que a maioria das pessoas com as quais se relacionam fazem uso de drogas e muitas vezes também possuem um histórico de conflito com a lei.

Vitor: Na rua tem muitas... Muita companhia errada.

Clara: Lá eu não usava não [outro abrigo que estava antes do atual]..., mas lá eu também ficava muito nervosa, por causa da agitação da casa, muitas coisas erradas que eles fazia...aí também isso mexia...aí eu trabalhava lá na loja.

Sabe o CJ [Centro da Juventude]? Aí nós saía de lá e ia comprar... Aí eu usava lá dentro... Eu e um menino da Fundação [Fundação Casa].

A maioria dos adolescentes desta pesquisa afirmou o envolvimento com o tráfico de drogas, ressaltando a atividade como oportunidade para adquirirem bens materiais que até então não conseguiam ter acesso. Muitos deles referiram que “optaram” pela atividade ilícita como possibilidade de reconhecimento que lhes garantia um status de poder no território em que vivem (SPAGNOL, 2005; SCVOLETTA, 2011; MOURA, 2011; HART, 2014).

Dado este também apontado em outros estudos envolvendo adolescentes usuários de drogas em conflito com a lei (SCISLESKI, MARASCHIN, 2008).

Dos adolescentes masculinos, cinco deles possuem histórico de conflito com a lei, fato que contribui para a situação de marginalização social desses adolescentes. Das três adolescentes do

sexo feminino, duas delas relatam o envolvimento com o tráfico, porém nenhuma delas havia sido apreendida até o momento da pesquisa.

O tráfico não deixa nenhuma dúvida quanto à forte atração que exerce sobre uma parte dos jovens da periferia. As entrevistas realizadas com jovens infratores em diferentes bairros de São Paulo indicam que esse “fascínio” pela delinquência se expressa no desejo de dominar, impor sua vontade ao outro, e é visto por todos os demais membros como uma atitude de grande relevância. (SPAGNOL, 2005)

E como uma das consequências do envolvimento cada vez maior de adolescentes e jovens em atividades ilícitas, principalmente no tráfico de drogas, também há um crescente aumento da violência.

O mapa da violência relacionada aos jovens no Brasil, apresentado em 2014, confirma esse crescimento ao divulgar as principais causas de mortes violentas com causas externas. Estas mortes consideram aquelas provenientes de homicídio, suicídio e acidentes de transporte, principalmente com o uso de motocicletas. O documento compara a evolução das mortes de jovens de 15 a 29 anos no período de 1980 a 2012, evidenciando que as taxas de mortes violentas aumentaram 32,8%, sendo 2.459.791 vítimas somando as diferentes causas (WAISELFISZ, 2014).

A primeira causa de mortalidade entre os jovens na faixa de 15 a 24 anos é o homicídio. O número de jovens que morrem assassinados no Brasil é quase sete vezes maior do que o número de vítimas de homicídios na população total (SPAGNOL, 2005). Este dado esteve presente no relato de alguns adolescentes que vivem no distrito de Itaquera.

Lucas: (...) Vendo a realidade de hoje em dia, vendo as mortes de hoje em dia, já teve parceiro meu que morreu por causa do crime, teve parceiro meu que morreu de overdose de lança, deixou filho, deixou pai de família. Muitas vezes estava com a gente, mas estava fazendo o uso dos entorpecentes e esquecia da família. A gente vê várias situações, basta a gente parar e pensar o que a gente quer pra nossa vida, né?

O IVJ em Itaquera que aponta uma alta vulnerabilidade social foi confirmado nos relatos dos adolescentes diante de muitas vivências relacionadas à criminalidade e violência urbana (SEADE, 2007).

O envolvimento em atividades ilícitas é apresentado como uma das formas mais fáceis de terem mais condições financeiras para a obtenção da droga ou mesmo como oportunidade para adquirir bens materiais que até então não conseguiam, como boné, tênis e roupas de marcas famosas entre os adolescentes. Evidenciamos que estes adolescentes se expõem a muitas situações de violência e criminalidade, e assim alguns dos desdobramentos decorrentes do envolvimento nestas situações são as mortes precoces.

Lucas: Como acontece com o cigarro e com o álcool. Eu acho que muito que muda é a lei do nosso país, porque está prendendo muitos jovens. Porque antes você colocava os cara de maior, matava os B.O. no peito, hoje os caras já envolvem os menores, está perdendo a juventude pro mundo do tráfico, do crime. Antes os caras de maior metia as caras, não, tenho vinte e um, tenho dezoito, eu sou homem, vou meter as caras porque eu preciso. Hoje não, hoje os caras já coloca o menores no esquema, aí acaba envolvendo nas drogas, amarra nas más influências, acaba se apegando às drogas. Aí você está no meio deles e acaba pegando um dinheiro e acaba comprando mais drogas pra mostrar que você está usando mais drogas no meio deles. E isso acaba influenciando em tudo. Acaba estragando a pessoa, influenciando mais e mais.

José: Essa oportunidade [dinheiro proveniente de atividade ilícita], como vou te dizer? De ser independente. Eu já estou aprendendo a lidar com isso, a responsabilidade. Aí eu já estou tendo umas mordomias também. Na minha casa tenho que ter umas mordomias. Isso está tendo um benefício. Coloquei TV a cabo, internet, comprei videogame. É essas as mordomias assim de rapaz, mordomias mesmo de moleque.

Assim, esse envolvimento em atividades ilícitas, principalmente no tráfico drogas, é a forma pela qual o adolescente que faz uso nocivo obtenha a droga e não fique devendo, ou mesmo, quando o adolescente não usa drogas, a facilidade de acesso e disponibilidade da substância podem ser influências importantes para que ele inicie o uso (SCVOLETTTO, 2011; MOURA, 2011; HART, 2014; BRANCO, WAGNER, 2009).

Clara: Quem vende usa, porque não tem como não usar! E aqueles também que pega o plantão da noite, que amanhece né... Usa sim, pra ficar acordado, cocaína, que tira o sono!

A fala desta adolescente remete ao documentário Falcão – Meninos do Tráfico, realizado pelo Rapper MV Bill e Celso Athayde em 2006. O documentário apoiado pela Central Única das Favelas – CUFA – retrata a vida de jovens brasileiros que trabalham no tráfico de drogas nas favelas do Brasil, uma denúncia social acerca das condições de vida desses jovens, as quais são permeadas por violências, mortes e consumo de drogas.¹³

Os adolescentes vivenciam como parte de seus contextos de vida a possibilidade de, a partir do envolvimento no pequeno tráfico, ganhar dinheiro e contribuir em casa, adquirir bens materiais e droga para seu próprio consumo.

Os adolescentes que crescem em contextos sociais onde a criminalidade é marcante poderão ter como referência o papel de “bandido” se envolvendo cada vez mais em atividades

¹³ Bill MV, Athayde C. Central Única das Favelas – CUFA. Brasil: Documentário Falcão – Meninos do Tráfico, 2006. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=w6PWF1u3rhc>.

ilegais, por ser para ele uma oportunidade mais fácil e por constituir um modelo daquela realidade (SCIVOLETTO, 2011).

Essas ideias vêm ao encontro do que também é apresentado no livro “Um preço muito alto”, do professor universitário e neurocientista americano Carl Hart (2014). Dentre outras questões bastante relevantes, Hart, retomando sua própria história de vida – de menino preto, pobre e da periferia – nos relata, em um capítulo nomeado “escolhas e oportunidades”, que, mesmo exercendo um trabalho formal, cometia alguns delitos que não se relacionavam ao uso de drogas e sim como uma maneira de adquirir credibilidade na rua.

Conhecer os valores e modelos de referência para o adolescente e jovem é de fundamental importância para pautarem as discussões e elaborações de estratégias de cuidado a essa população.

Fatores como fragilidade dos vínculos familiares, disponibilidade de drogas na rua, cultura do grupo investigado, seus valores e referências e outros fatores psicossociais são encontrados nesta pesquisa como importantes elementos favorecedores do uso (e continuidade) de drogas para esses adolescentes.

6.3 – COMPONENTE PROGRAMÁTICO

Este componente de vulnerabilidade está mais diretamente relacionado às políticas de saúde e com a maneira como estão organizadas as instituições na comunidade (BRÊTAS, 2010; SODELLI, 2010b; AYRES et al., 2009).

Como principais direcionamentos das políticas públicas à população de adolescentes e jovens no Brasil, contamos com o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Estatuto da Juventude, no que tange este segmento etário da população brasileira (BRASIL, 1990; BRASIL, 2013a).

No que diz respeito às políticas públicas da área de atenção integral aos usuários de álcool e drogas, somos direcionados pela Política Nacional de álcool e outras drogas e outros esforços que visam ao fortalecimento para a implementação de ações mais condizentes com as propostas de uma atenção integral e que compreenda esse sujeito como protagonista de sua vida, como é o caso do Plano de Enfrentamento e Ampliação do acesso aos usuários de álcool e outras drogas, o Plano crack é possível vencer, entre outros esforços governamentais e não-governamentais que buscam garantir o acesso a um cuidado de qualidade a todos os adolescentes, principalmente àqueles que estejam mais vulneráveis (UNICEF, 2011; BRASIL, 2010; MEDINA, 2011).

Nesta pesquisa, o CAPS AD é a proposta programática em foco. Este serviço tem como objetivo consolidar o redirecionamento do modelo hospitalocêntrico para o de base comunitária na assistência às pessoas em sofrimento psíquico, inclusive àquelas com uso problemático de drogas (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

Um dos interesses centrais desta pesquisa foi escutar a voz do adolescente e entender sua percepção sobre o tratamento em CAPS AD, e, a partir disso, compreender como esse serviço poderia ajudá-los a identificar os motivos que o fazem permanecer.

Deparamo-nos com este desafio, que descobrimos ser também um desafio para o próprio adolescente, pois foram muitos silêncios ou respostas do tipo “não sei”, após as nossas perguntas.

Clara: Ah, não sei!

Carlos: Ah, do jeito que tá está bom, tipo, não sei explicar!

Diante dessa dificuldade, torna-se ainda mais evidente que os caminhos para a construção do plano de cuidados devem acontecer de forma conjunta entre a equipe multidisciplinar do CAPS AD e o sujeito a quem se direciona o cuidado, respeitando os princípios da RD. Essa conduta poderá ajudar efetivamente o adolescente a encontrar mais sentido nas ações de cuidado elaboradas.

Compreender que o melhor caminho para lidar com o uso de drogas não é o de decidir e definir pelos outros quais são os comportamentos mais adequados e corretos. Muito diferente disso é construir, junto com o outro, possibilidades de escolhas mais autênticas e livres, diminuindo vulnerabilidades. (SODELLI, 2012)

Para tanto, identificamos preciosas pistas acerca da percepção desses adolescentes quanto a aspectos relacionados à sua permanência, configurando-se a “força de vontade” como um dos principais motivos a serem trabalhados.

Ao considerar os sentidos atribuídos pelos adolescentes à “força de vontade” e seus possíveis desdobramentos, elaboramos algumas pistas que visam a instrumentalizar os profissionais diante da elaboração de ações destinadas a esses adolescentes no CAPS AD.

Para fins organizativos, apresentaremos nossa análise em três planos de atuação do CAPS AD junto ao adolescente. Porém, os diferentes planos devem ser considerados interdependentes. São eles: 1) estrutura física e recursos materiais; 2) atividades terapêuticas e 3) relações interpessoais terapêuticas.

Para ilustrar a construção desta análise, segue esquema abaixo:

Esquema 4 – Planos de ações potencializadoras para a permanência do adolescente em CAPS-AD

Esquema elaborado pelas pesquisadoras.

Para a análise e síntese desses planos, além dos disparadores encontrados no conteúdo do discurso dos adolescentes e do referencial teórico da vulnerabilidade e redução de danos, também estivemos pautadas pelos desafios da implementação dos princípios da Reabilitação Psicossocial e do trabalho efetivo na e pela Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, ainda tão incipientes no Brasil (COSTA et al., 2012).

1) Estrutura Física e Recursos Materiais

O ambiente terapêutico, desde Maxwell Jones em 1953, é entendido como um dos recursos terapêuticos essenciais no cuidado às pessoas em sofrimento mental. Para a avaliação de um ambiente terapêutico, se faz necessário considerar características relacionadas à sua estrutura física e ao clima socioemocional do local onde acontecem as interações interpessoais (STEFANELLI et al., 2008).

Quanto à estrutura, é importante observar as condições como ventilação, iluminação, ruído, mobiliário disponível, manutenção predial, entre outros, buscando oferecer um local limpo, agradável e seguro aos usuários e profissionais.

Há preconizações, desde as discussões da Reforma Psiquiátrica brasileira, de que o ambiente dos serviços de saúde mental especializados seja o mais próximo possível de um ambiente doméstico, propiciando conforto e segurança.

Vitor: Tipo o que tem lá embaixo todo mundo gosta de jogar, né? Aí fica mais aqui no CAPS, melhor do que ficar na rua. Hoje eu acordei cedo, tomei café e vim pra cá, pra não ficar na rua. Pra ficar aqui jogando pebolim, aqui embaixo.

O clima socioemocional sentido por usuários e pela equipe é fundamental para que as relações interpessoais aconteçam. Este clima é composto pelas interações entre todos os profissionais do serviço e os usuários e vice-versa.

Como aspectos importantes dessas relações sociais, devem ser trabalhados os sentimentos de respeito mútuo e responsabilidade que serão construídos e mantidos através de organização de espaços de discussão coletiva, assembleias envolvendo os frequentadores do serviço. Nesses momentos, pretende-se inseri-los de forma ativa e participante, valorizando opiniões, deveres e valores; além de ser esclarecido o comportamento esperado, através da definição de limites e o que significa para o grupo um bom convívio entre todos que frequentam o serviço, como usuários, familiares, profissionais, visitantes, entre outros, compartilhando a responsabilidade com todos em zelar pelo ambiente terapêutico (STEFANELLI et al., 2008).

Com o envolvimento dos adolescentes na construção e manutenção do ambiente terapêutico, busca-se também estimular o desenvolvimento de habilidades sociais que o ajudem a expressar suas ideias e opiniões, aumentando sua capacidade de comunicação e interação com os outros – favorecendo oportunidades de fazerem novas amizades, além de fomentar o sentimento de pertencimento (a um local, a um grupo), ao se sentirem importantes e reconhecidos socialmente pelo grupo (HOWARD, 2013).

Destacamos relatos que ilustram o reconhecimento do espaço do CAPS AD como seguro, possibilitando experimentar outras percepções do adolescente sobre si para além dos estigmas sociais.

José: Eu gostei da forma de como vocês acolheram, a forma de conversar, de expressar, de dialogar que vocês têm. Os conselhos que vocês dão também são bem legais. As atividades também, elas trabalham bastante o raciocínio. Tem colegas que chegam aqui com o raciocínio bem debilitado e isso é um incentivo a mais também. E o ambiente aqui é totalmente agradável, totalmente acolhedor. Sem palavras, sem palavras. Bem legal.

Há muitos desafios na construção e manutenção de espaços físicos e relacionais que sejam terapêuticos – seguros e confortáveis. Assim sendo, diariamente as situações conflituosas

são subsídios para as intervenções terapêuticas e desenvolvimento de habilidades (HOWARD, 2013). Os adolescentes relataram os problemas e dificuldades encontrados durante a permanência no serviço.

Vagner: Pra dar errado? Pra dar certo? Tipo, porque nos outros CAPS que eu passava nós usávamos droga dentro do CAPS. Por que tinha um campo, daí a gente ia pro campo, subia no telhado [do CAPS] e fumava uns baseado, nós usávamos droga lá dentro. E agora no CAPS (...) e aqui não é assim.

Lucas: Porque tem muitos caras aqui que estão tentando parar [o uso de drogas], mas aí você acaba vendo um que vem fumando um baseado, vem na brisa pra cá, acaba atrapalhando, deixando a gente confuso, tirando a gente do foco. Ou tinha que separar esses que estão usando, levar para outro grupo de psicólogo, esses que estão em uso fazer outro grupo.

A importância de trabalhar com os adolescentes as dificuldades a serem superadas estimula a necessidade de desenvolver com eles a conexão entre os diferentes ambientes por ele frequentados, a escola, sua casa, sua comunidade e o CAPS AD, como maneiras de fortalecê-los no momento de decidir sobre atitudes protetoras associadas às habilidades sociais, como, por exemplo, planejamento e tomada de decisões, relacionamento interpessoal, saber lidar com as diferenças culturais, habilidades de resistência ao uso e resolução pacífica de conflitos (HOWARD, 2013), que devem ser trabalhadas também durante as propostas de atividades terapêuticas.

2) Atividades Terapêuticas

Os adolescentes manifestam especial interesse pelo fazer, pela distração, pelo entretenimento, os quais já foram destacados no conteúdo dos seus discursos. Atribuem a “distrair e ocupar a mente” como formas de se divertir e também de se proteger, pois assim estarão longe de situações que envolvam o uso de drogas (VASTERS, 2009; VASTERS, PILON, 2011; HART, 2014).

Os adolescentes manifestam especial interesse pelo jogo de pebolim e pingue-pongue disponíveis no serviço.

Vitor: Gosto de joga lá embaixo só. [pebolim e pingue-pongue]

Clara: Eu gosto de tudo aqui... Mas só que eu gosto mais do jogo lá, do pebolim... (risos)

Sugeriram que exista uma sala de jogos e que sejam organizados gincanas e campeonatos entre eles. Citam também a preferência por atividades que envolvam música e culinária, preterindo momentos verbais e de escrita.

Assim, segundo a opinião dos adolescentes participantes desta pesquisa, os recursos materiais, como jogos lúdicos, possibilitam o desenvolvimento de atividades terapêuticas mais atrativas para eles.

Clara: As amizades, as pessoas, vendo as pessoas que queria me ajudar... Também lá tinha sala de culinária... nós fazia uns docinhos lá, aí nós terminava de fazer os doces e comia... Maior legal! [risos]

Vagner: É... Oficinas, tipo uns campeonatos de pebolim, pingue-pongue, até de futebol.

Carlos: Informática. [ter curso]

Ricardo: Ah, eu gostava de ir porque gostava de samba, gostava de tocar um samba, aí eu fazia parte do grupo de samba, tudo, tal... E eu achava legal, era isso que me trazia nas atividades.

Um dos adolescentes aponta o seu interesse de realizar também atividades externas. Este direcionamento já está previsto nas atribuições dos CAPS, porém é um convite a reflexões para que se ampliem ainda mais os limites geográficos das atividades oferecidas, para além das salas do CAPS AD, lembrando a importância de ocupar de forma comunitária e organizada os espaços públicos como praças, parques, ruas – como possibilidades de atividades que não envolva o uso de drogas (SAMPAIO, HERMETO, CARNEIRO, 2009).

Vagner: Oficinas, tipo de origami, jornal, quadros. E externas, tipo uma saída. Fazer atividades externas, ir em um parque.

Esta ampliação das atividades terapêuticas mais atrativas aos adolescentes também é prevista pelas atuações em rede, ações articuladas entre os diferentes serviços e que incluam a comunidade em espaços públicos, onde os usuários podem exercer sua cidadania e contratualidade social previstas pela reabilitação psicossocial, que tenham como enfoque a saúde dos sujeitos-coletivos (COSTA et al., 2012).

3) Relações Interpessoais

Os adolescentes relatam a importância das relações que estabelecem com os profissionais e também com outros usuários do serviço. Destacando que a forma de comunicação os aproxima um dos outros.

A linguagem é um recurso que nos coloca de fato na presença do outro, possibilitando o diálogo (AYRES, 2001) e o desenvolvimento de habilidades comunicativas para viabilizar as relações interpessoais mais efetivas (STEFANELLI et al., 2008).

Para que haja avanços na qualidade das trocas comunicativas, ou seja, para que, nas interações dos profissionais com os adolescentes, estes se sintam mais próximos e compreendidos, destacamos a necessidade de superar jargões técnicos, utilizando uma linguagem mais próxima ao senso comum.

Vagner: A conversar com os profissionais, os usuários... Tipo, nós conversamos, nós bate um papo, fala de um assunto que nós sabemos que vamos nos entender, que vai estar falando a mesma língua.

Um sentimento essencial para o início do estabelecimento da relação que pretende ser terapêutica é a identificação, pelo adolescente, de uma escuta genuína e livre de julgamentos. Durante os atendimentos individuais e grupais, eles precisam reconhecer os espaços de troca como um ambiente seguro e que as relações lá estabelecidas lhe ofereçam um olhar diferente do “mundo lá fora”.

José: (...) Porque pra pessoa falar, pô, é um drogado, um nóia, é um dependente, tem várias pessoas pra falar. Mas pra falar assim, pô, você não é dependente, você não é drogas, você não é drogado, você tem família, sua família se importa com você. Nossa, você não sabe como isso ajuda. Esse é o estímulo que todo ser humano deveria ter todo dia.

O adolescente reconhece características das relações interpessoais que são importantes, pelas quais avaliamos contribuir para sua permanência no serviço (ALMEIDA, 2010; ALMEIDA, OLIVEIRA, PINHO, 2008; SCHENKER, MINAYO, 2005; VASTERS, 2009).

Hugo: A relação que eu posso confiar em vocês, o que eu falo aqui espero que fica aqui, a questão é essa, eu tenho confiança em vocês.

Ricardo: (...) o carinho das pessoas também, dos funcionários daqui que eu já conhecia...

Lara: Eu gosto das pessoas.

A convivência com outros usuários do serviço permite que em espaços protegidos as diferentes experiências sejam compartilhadas e assim contribuam para reflexões sobre sua própria vida.

Nessa troca, propiciada pela relação com o outro, o adolescente pode vislumbrar e refletir sobre os potenciais prejuízos que o uso de drogas traz.

José: É. Eu fui vendo exemplos de colegas, né?! Que, tem alguns que não estão mais presentes, de óbitos por tanto usar drogas. Eu falei: Caraca, velho, eu não quero isso pra mim. Foi aí que eu fui trabalhando a mente. (...) Aqui eu vi pessoas em situações diferentes, em um nível de grau bem agravado. E as pessoas que estavam daquela forma começaram da mesma forma que eu, nas mesmas quantidades e foram aumentando. Foi aí que eu comecei a perceber que drogas não é brincadeira e pode ser que eu fique dependente.

As relações interpessoais na perspectiva terapêutica devem buscar também implicar o adolescente em suas escolhas, estimulando neles a responsabilização diante de suas queixas.

...o trabalho de acolher e responsabilizar, reconhecendo a cidadania e o direito desse usuário de se inserir na sociedade, passa não somente pelos atendimentos psicoterapêuticos, mas também por ações voltadas ao cotidiano. (COSTA et al., 2012)

Considerando os planos abordados até aqui, seguindo as pistas dadas pelos adolescentes e pensando em alguns direcionamentos das propostas de intervenções que consideram o quadro das vulnerabilidades, é importante reconhecer que as ações decorrentes desse planejamento devem avaliar e monitorar essas ações através de princípios a serem constantemente apreciados, segundo a efetividade, a operacionalidade, a progressividade e a democratização radical, sendo esta última transversal aos outros três (AYRES et al., 2009).

As ações redutoras de vulnerabilidades devem ser avaliadas quanto à sua efetividade, quando, dentre outras atividades possíveis, sejam eleitas àquelas que os profissionais e usuários acreditem ser as mais viáveis e representativas no sentido político, ético e filosófico para colocar em prática. Por exemplo, oferecer atendimentos grupais lúdicos, utilizando recursos como jogos, gincanas e música, aos adolescentes que fazem uso prejudicial de drogas que chegam ao CAPS AD. Lembrando que a escolha será feita em conjunto entre os adolescentes e os profissionais.

Quanto à avaliação diante da operacionalidade, deve-se atentar para o alcance destas ações, por exemplo, esses grupos acontecerão no próprio serviço ou poderemos pensar em atividades que aconteçam em outros locais da comunidade?

E quanto à avaliação da progressividade diante do efetivo e do operacional, é importante delimitar a temporalidade, no que tangem objetivos a curto, médio e longo prazos dessas ações. Sempre atentos a não justapor essas metas a ponto de perder de vista o que de fato são as metas urgentes.

No atendimento a esses adolescentes, que se busque um serviço mais pertinente e que se considerem propostas lúdicas em locais alternativos às salas do serviço. Indicamos como urgente esse objetivo, a fim de se implementarem estratégias para alcançar esses adolescentes. Depois, a partir dessa implementação, se poderá aproximar mais e melhor de outras ações a serem estabelecidas a médio e longo prazos.

É importante destacar que esses patamares devem ser considerados dinâmicos e flexíveis, com indicadores das ações de curto prazo servindo como direcionamentos para as próximas ações executadas.

Por fim, o princípio da “democratização radical” deverá permear todo o planejamento de ações redutoras de vulnerabilidades a esses adolescentes. Quanto mais considerar esses sujeitos sociais, mais as ações serão amplas e representativas (AYRES et al., 2009).

Esses são direcionamentos importantes no planejamento de ações que considerem o quadro de vulnerabilidades a que estão expostos esses adolescentes participantes da pesquisa. Porém, não iremos desenvolver aqui mais detalhes referentes ao desenvolvimento de ações redutoras de vulnerabilidades, sendo este um limite desta pesquisa.

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O componente social da vulnerabilidade, mesmo considerando que outros componentes estejam interligados e interdependentes, foi considerado como o mais marcante dos resultados dessa pesquisa, desvelando uma série de graves vulnerabilidades sociais que sinalizam uma maior dificuldade para as (re)construções de projetos de vida para além de aspectos relacionados somente ao uso ou não de drogas.

É preciso concorrer, para que os sujeitos sociais sejam alertados sim, mas também para que, além disso, respondam de forma a superar os obstáculos materiais, culturais e políticos que os mantêm vulneráveis, mesmo quando individualmente alertas. Mais que ser informadas é preciso que as pessoas saibam como se proteger e mobilizar-se, para que as situações estruturais que as tornam suscetíveis ao adoecimento sejam de fato transformadas. (BRÊTAS, 2010)

Devemos também estar atentos para que as práticas de saúde considerem um plano de cuidados que também esteja alinhado com a RD, onde reconheceremos seus potenciais para além do seu uso de drogas, conforme apontado por Sodelli, (2011):

...reconhecer a importância de possibilitar para ao adolescente a construção de seu projeto de vida, ou seja, encorajar o poder de transformação, o que estamos nomeando hoje como a possibilidade de construção de sua plena cidadania.

Afinados com essas propostas e em consonância com a atenção psicossocial na rede de cuidados a pessoa em sofrimento psíquico, devemos direcionar os esforços profissionais e institucionais no sentido de incrementar as oportunidades sociais, culturais e econômicas das populações mais susceptíveis, para que tenham informações de qualidade e que estejam disponíveis meios sociais efetivos para acessá-las (que façam sentido para e nas suas vidas).

E somente assim, como detentores de informações de qualidade os adolescentes usuários de drogas sejam capacitados criticamente e em conjunto com seus pares, sejam incentivados socialmente, através de estratégias educativas interssetoriais e construtivistas a se mobilizarem na perspectiva de transformação de seus contextos relacionais.

Durante este processo de construção é importante zelar por ações mais criativas e potentes de viver, estimulando nestes sujeitos o desenvolvimento de sua autonomia, exercício de cidadania e reconhecimento de suas potencialidades individuais e coletivas.

Mesmo que não tenhamos receitas prontas e protocolos sistematizados, vislumbramos importantes direções a serem seguidas diante do desafio da elaboração de ações redutoras de

vulnerabilidades direcionadas aos adolescentes usuários de drogas que permanecem em CAPS AD.

Para a elaboração destas ações é necessário avançar para além de somente potencializar a permanência destes adolescentes em serviço de saúde especializados. Precisamos implementar construções coletivas com os adolescentes, fortalecendo propostas que façam mais sentido para eles, que sejam atrativas e despertem neles vontade de ficar, de fazer e de acontecer. Ações que transbordem as paredes dos serviços de saúde, que estes adolescentes sejam reconhecidos como protagonistas e verdadeiros agentes de transformação.

Entendemos então que a condução e avaliação do processo de acompanhamento do adolescente vão além da discussão de somente monitorar a permanência ou não permanência e sim considerar a mutualidade entre os componentes individuais, sociais e programáticos da vulnerabilidade, possibilitando uma análise mais ampliada e consonante com complexidade do fenômeno (ALMEIDA, 2010).

A constituição de uma rede articulada de serviços e pessoas promovendo cuidados psicossociais vem ao encontro de ampliar os diferentes olhares às complexas e interligadas necessidades dos adolescentes.

Neste aspecto os serviços e profissionais envolvidos devem ser mediadores e (co)construtores do processo de refletir-planejar-agir, exercitando e estimulando que se resgate e fortaleça o projeto de vida do adolescente com seus vínculos afetivos e sociais, reavaliando e redimensionando-o sempre que necessário (SOARES et al., 2009).

Quanto mais a pessoa compreende as suas vulnerabilidades mais ela consegue ser coerente com o seu projeto de vida, onde quanto mais autêntico a pessoa é consigo mesmo, mais se aproxima de suas propostas.¹⁴

E diante deste extenso panorama investigado, reconhecendo os limites desta pesquisa, avistamos um horizonte repleto de possibilidades de construções de práticas junto aos adolescentes usuários de drogas de um CAPS AD, certos de que existem muitas potencialidades a serem trabalhadas nesta perspectiva.

¹⁴ Sodelli, M. [Depoimento a Grasiella Mancilha]. 2015 mar.

8 – REFERÊNCIAS

- Adorno RCF. Crianças, adolescentes e jovens: exclusão, vulnerabilidade, cidadania e modos de vidas – uma aproximação aos circuitos de trânsito pelas ruas. In: Silva EA, De Micheli D. Adolescência uso e abuso de drogas: uma visão integrativa. São Paulo: FAP-Unifesp, 2011. p. 303-314.
- Almeida MM, Oliveira MA, Pinho PH. O tratamento de adolescentes usuários de álcool e outras drogas: uma questão a ser debatida com os adolescentes? Rev. Psiqu. Clín. 2008; 35(1):p. 76-81.
- Almeida MM. A adesão de adolescentes ao tratamento para o uso de álcool e outras drogas: Um bicho de sete cabeças? São Paulo: [Doutorado] Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2010.
- Alves BPNM, Colvero LA. Perfil de usuários adolescentes de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) do Município de São Paulo [relatório de pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.
- Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro. 2009; 25(11):2309-2319.
- Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 10; 2013 set. 16-20; Florianópolis [Internet]. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1386793624_ARQUIVO_CarmenRosarioOrtizGutierrezGelinski.pdf
- Andretta I, Oliveira MS. A técnica da entrevista motivacional na adolescência. Psic. Clín. Rio de Janeiro. 2005; 17(2):p.127 – 139.
- Araújo NB, Marcon SR, Silva NG, Oliveira JRT. Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPS-AD de Cuiabá/MT. J. Bras. Psiquiatr. 2012; 61(4): 227-34.
- Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saleti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, organizadora. Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. 2 ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 121-143.
- Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saleti Filho HC. O risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. [citado 2015 abr. 5]. Disponível em: http://sesi.webensino.com.br/sistema/webensino/aulas/12442_1777/risco_vul.pdf
- Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Rev. Saúde e Sociedade. 2004;13(3):16-29.
- Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2001;6(1):63-72.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Edições 70; 1997.

Baylon MG, Mancilha GB, Alves BPNM, Colvero LA, Oliveira MAF, Pereira MO. Modalidades de tratamento oferecidas aos jovens usuários de drogas: revisão integrativa. *Journal of Nursing UFPE on line*. 2014. (Aguardando avaliação para publicação)

Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Rev. Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*. 2005; 2 (3):p. 68-80.

Branco BM, Wagner A. Os adolescentes infratores e o empobrecimento da rede social quando do retorno à comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(2): p. 557-566.

Brasil. Lei 10216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União 9 abr. 2001, p. 2.

Brasil. Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União 24 ago. 2006, p. 2.

BRASIL. Lei nº 12.852 de 05 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Brasília: Diário Oficial da União 6 ago. 2013b, p. 1.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. 16 jul.1990, p. 13.563.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais de atenção integral à saúde de crianças e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Bastos FI, Bertoni N. Estimativa de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país. FIOCRUZ/SENAD/Ministério da Saúde/Ministério da Justiça – 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. 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, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as complexidades de CAPS I, II e III. In: Brasil. Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - 2012. Rio de Janeiro: 2013a.

Brêtas JRS. Vulnerabilidade e Adolescência. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* 2010;10(2):89-96.

Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev. Bras. Enferm. Brasília. 2004; 57(5):p. 611-4.

Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev. Bras. Enferm; 57(5):611-4, set-out. 2004.

Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2004; 9(3): p. 745-749.

Cardoso L, Galera SAF. O cuidado em saúde mental, na atualidade. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011;45 (3):p. 687-691.

Carlini EA; et al. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes de Ensino Médio e Fundamental da rede pública de ensino em 27 capitais. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Cebrid, 2010.

Carlini, EA; Carlini-Cotrim, BHRS; Silva Filho AR (1989). II Levantamento Nacional sobre o uso de Psicotrópicos em estudantes de 1º e 2º graus - 1989. 1ª. ed. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, 1991.

Castro MG, Abromovay M. Juventudes no Brasil: vulnerabilidades negativas e positivas, desafiando enfoques de políticas públicas. In: Petrini JC, Calvalcanti VRS, organizadores. Família, sociedade e subjetividade: uma perspectiva multidisciplinar. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. p. 54 – 83.

Catani AM, Gilioli RSP. Culturas Juvenis: múltiplos olhares. São Paulo: Editora UNESP, 2008 (Paradidáticos Série Cultura).

Centro de Estudos em Drogas Psicotrópicas – CEBRID. [citado 2014 mar. 10] Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/classific_uso.htm

Claro HG, Oliveira MAF, Paglione HB, Soares RH, Okazaki C, Vargas D. Estratégias e possibilidades da entrevista motivacional na adolescência: Revisão Integrativa. Texto Contexto Enferm. Florianópolis. 2013; 22(2):p. 543-51.

Conner BT, Longshore D, Anglin MD. Modeling attitude towards drug treatment: the role of internal motivation, external pressure, and dramatic relief. J Behav Health Serv Res. 2009; 36(2):150-8.

Conselho Federal de Psicologia. Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011. 1ª Edição. Brasília, 2011.

Costa A, Silveira M, Viana P, Silva-Kurimoto T. Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do sistema único de saúde do Brasil. Rev. Port. Enferm de Saúde Mental. 2012;7(jun):46-52.

Costa AG, Camurça VV, Braga JM, Tatmatsu DIB. Drogas em áreas de risco: o que dizem os jovens. Physis Revista de Saúde Coletiva Rio de Janeiro. 2012; 22(2):p. 803-819.

Costa LG. A rede de apoio social de jovens em situação de vulnerabilidade social e o uso de drogas [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia; 2009.

Dayrell J. O jovem como sujeito social. *Rev. Bras. de Educação*. 2003; 24(set-dez):40-52.

De Micheli D, Formigoni MLOS, Andrade ALM, Abrahão KP. Neurobiologia das drogas de abuso na adolescência. In: Silva EA, De Micheli D. *Adolescência uso e abuso de drogas: uma visão integrativa*. São Paulo: FAP-Unifesp, 2011. p. 119-131.

Eisenstein, E. Adolescência: Definições, conceitos e critérios. *Adolescência e Saúde*. 2(2): 6-7 jun. 2005.

Faffermann M, Figueiredo R. Redução de Danos como estratégia de prevenção de drogas entre jovens. *Boletim do Instituto de Saúde* [Internet]. 2006 nº 40. [citado 2015 abr. 10]. Disponível em: http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/Nepaids/reduo_de_danos.pdf

Fernandes DF. Opiniões sobre os direitos da criança e do adolescente no distrito de Lajeado/São Paulo. [mestrado] São Paulo: Unifesp; 2012. A legislação para a criança e adolescente no Brasil; p.20-47.

Ferreira MA, Alvim NAT, Teixeira MLO, Veloso RC. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(2): 217-24.

Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília; 2011. (Situação da adolescência brasileira 2011,182).

Galduróz, JCF; Noto AR; Fonseca AM; Carlini EA. V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes de Ensino Médio e Fundamental da rede pública de ensino em 27 capitais. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Cebrid, 2004.

Garner BR, Godley MD, Funk RR, Lee MT, Garnick DW. The Washington Circle continuity of care performance measure: predictive validity with adolescents discharged from residential treatment. *J Subst. Abuse Treat*; 38(1): 3-11, 2010 Jan.

Garner BR, Godley SH, Funk RR, Dennis ML, Smith JE, Godley MD. Exposure to Adolescent Community Reinforcement Approach treatment procedures as a mediator of the relationship between adolescent substance abuse treatment retention and outcome. *J Subst Abuse Treat*. 2009;36(3):252-64.

Gelinski CROG. Famílias monoparentais femininas e apoio nos cuidados de saúde. In: *Anais Eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 Desafios Atuais do Feminismo*; 2013 set. 16-20; Florianópolis [Internet]. Florianópolis: UFSC; 2013. [citado 2015 bar. 28]. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1386793624_ARQUIVO_CarmenRosarioOrtizGutierrezGelinski.pdf

Hart C. Um preço muito alto. A jornada de um neurocientista que desafia a nossa visão sobre as drogas. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2014. Escolhas e Oportunidades; p. 128-143.

Howard J. Jovens, drogas e redes comunitárias. Rev. Adolescência & Saúde. 2013;10(2):23-33.

International Reduction Harm Association [internet]. O que é redução de danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos. Disponível em: <http://www.ihra.net>. [atualizado 2015; citado abr. 2015].

Jesus FB, Lima FCA, Martins CBG, Matos KF, Souza SPS. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre. 2011;32(2):p. 359-67.

Jesus MCG, Ferriane MCG. School as a “protective factor” against drugs: perceptions of adolescents and teachers. Rev Lat-Am.,2008.

Leal MM, Saito MI. Síndrome da adolescência normal. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM, organizadores. Adolescência: Prevenção e Risco 2ª Ed. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 81-9.

León OD. Adolescência e Juventude: das noções às abordagens. In: Freitas MV, organizadora. Juventude e Adolescência no Brasil: referências conceituais. São Paulo: Ação Educativa; 2005. p. 10-18.

Marini M. Preditores de adesão ao projeto terapêutico em centro de atenção psicossocial álcool e drogas. [mestrado] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.

Marques JF; Queiroz MVO. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(3):65-72.

Medina G. Drogas e Juventude. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. Álcool e Outras Drogas. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. – São Paulo: CRPSP. 2011; p. 115-118.

Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad. Saúde Pública. 2006;22(6):1335-1342.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1992. Fase de análise ou tratamento do material; p.197-210.

Ministério da Justiça [internet]. Políticas sobre drogas. Redução de Danos. [atualizado 2015; citado abr. 2015]. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 86.

Mombelli MA, MS Silva, JB Costa. Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. Rev Bras Enferm. 2010; 63(5): 735-740, set.-out.

Moraes E, Chalem E, Figlie NB. Abuso de álcool, tabaco e outras drogas na adolescência. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R, organizadores. *Aconselhamento em Dependência Química* 2ª ed. São Paulo: Roca; 2010. p. 377-94.

Moreira CADB, Silva A, Martins SA. Recuperando Vidas. *Interface: Comun. Saúde e Edu.* 13(30):221-27, jul.-set. 2009.

Mota DCB e Ronzani TM. Implementação de Políticas Públicas Brasileiras para Usuários de Álcool e Outras Drogas. In: Ronzani TM, organizador. *Ações Integradas sobre Drogas: Prevenção, Abordagens e Políticas Públicas*. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2013. p. 293-324.

Moura YG. Uso e abuso de drogas entre os adolescentes em diferentes contextos. In: Silva EA, De Micheli D. *Adolescência uso e abuso de drogas: uma visão integrativa*. São Paulo: FAP-Unifesp, 2011. p. 257-270.

Najar AL, Baptista TWF, Andrade CLT. Índice de desenvolvimento da família: uma análise comparativa em 21 municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2008; 24(1):p.134-147.

National Institute on Drug Abuse (NIH). Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based. [citado 2015 abr. 5]. Disponível em: http://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podata_1_17_14.pdf.

Noto AR, Sanchez ZM, Moura YG. Uso de drogas entre os adolescentes brasileiros: padrão de uso e fatores associados. In: Silva EA, De Micheli D. *Adolescência uso e abuso de drogas: uma visão integrativa*. São Paulo: FAP-Unifesp, 2011. p. 101-118.

Oliveira MC; Ronzani TM. Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool. *Psicologia, ciência e profissão*; 32(3): 648-61. 2012.

Ozella S, Aguiar WMJ. Desmistificando a Concepção de Adolescência. *Cadernos de Pesquisa*. 2008;38(133):97-125.

Ozella S. Adolescência: um estereótipo ou uma construção histórico-social? In: Silva EA, De Micheli D. *Adolescência uso e abuso de drogas: uma visão integrativa*. São Paulo: FAP-Unifesp, 2011. p. 31-50.

Pais JM. Buscas de si: expressividades e identidades juvenis. In: Almeida MIM, Eugenio F, organizadoras. *Culturas Jovens Novos Mapas do Afeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006. p. 7-21.

Paiva FS, Ronzani TM. Estilos parentais e o consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. *Psicologia em Estudo Maringá*. 2009;14(1):177-183.

Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução de vulnerabilidade aos HIV no Brasil. 2006;40(supl):109-19.

Paulilo MAS, Jeolás LS. Jovens, drogas, risco e vulnerabilidade: aproximações teóricas. *Serv. Soc. Rev. Londrina*. 2000;3(1):39-60.

Pechansky F, Szobot CM, Scivoletto S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2004;26(Supl I):p.14-17.

Pereira MA, Silva SS, Oliveira MAF, Vargas D, Colvero LA, Leal BMML. A percepção dos adolescentes acerca do álcool e outras drogas no contexto familiar. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.) 2011; 7(3):p. 148-54.

Petuco DRS. Redução de Danos. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. *Álcool e Outras Drogas.* Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. – São Paulo: CRPSP, 2011. p. 127-137.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2004. Exploração da pesquisa em enfermagem; p.19-42.

Ramos DKR, Guimarães J, Enders BC. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface. Comunicação saúde educação.* 2011; 15(37): p. 519-27.

Ramos DKR, Guimarães J, Enders BC. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface Comunicação, Saúde Educ.* 2011; 15(37): p. 519-527.

Rigoni MS, Oliveira MS, Moraes JFD, Zambom LF. O consumo de maconha na adolescência e as consequências nas funções cognitivas. *Psicologia em Estudo, Maringá.* 2007; 12(2): p. 267-275.

Riley KJ; Srikanth P; Choi D; McCarty D. Treatment length and outcomes among adolescents: a secondary data analysis. *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy;* 7: 35, 2012.

Sampaio JJC, Hermeto EMC, Carneiro C. Atividades socioculturais e abandono do uso de drogas ilícitas: percepção de adolescentes usuários em estudo de caso. *Rev. Baiana de Saúde Pública.* 2009;33(3):p. 453-465.

Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva.* 2007;12(2):319-24.

Santos VE, Soares CB, Campos CMS. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro.* 2010; 20(3): p. 995-1015.

Santos VE, Mattos RB, Frei A. Redução de danos em CAPS AD: Para além do pragmatismo e da estratégia de intervenção – experiências do CAPS AD Santana. In: *I Fórum Estadual de redução de danos de São Paulo – construção, diálogo e intervenção política.* Godoy A, Ramos B, Sant’Anna M, Marcondes R (organizadores) São Paulo. 2014: p. 38-51.

Scaduto AA, Barbieri V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2009; 14(2): 605-14.

Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2005; 10(3):707-17.

Scisleski ACC, Maraschin C. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicologia em Estudo Maringá.* 2008; 13(3): p. 457-465.

Scivoletto S. Mudanças psicológicas na adolescência e o uso de drogas nesta faixa etária. In: Silva EA, De Micheli D. Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa. São Paulo: FAP-Unifesp, 2011. p. 71-90.

Scivoletto, S. Abuso e Dependência de Drogas. In: Saito MI, Silva LEV, Leal MM, organizadores. Adolescência: Prevenção e Risco 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 489-514.

SEADE- Sistema Estadual de Análise de Dados. 2007. Evolução do Índice de Vulnerabilidade Juvenil.[citado 2014 mar. 15]. Disponível em: www.seade.gov.br/produtos/ivj/index.php?tip=pri

Shirier LA, Rhoads A, Burke P, Walls C, Blood E. Real-time, contextual interventions using mobile technology to reduce marijuana use among youth: a pilot study. Addictive Behaviors. 2014. 39(supl):p.173-180.

Silva CC, Costa COM, Carvalho RC, Amaral MTR, Cruz NLA, Silva MR. Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. Ciência & Saúde Coletiva. 2014; 19(3): p. 737-745.

Silva SED, Vasconcelos EV, Araujo JS, Oliveira JMB, Alves PS, Cunha NMFC, Filgueira GP. As representações sociais de adolescentes sobre as drogas e implicações sobre o cuidado de si. Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente Aracaju 2014; 3(1): p. 9 -18.

Silveira OS, Soares RG, Noto AR, Ronzani TM. Estigma e suas consequências para usuários de drogas. In: Ronzani TM, organizador. In: Ações Integradas sobre Drogas: Prevenção, Abordagens e Políticas Públicas. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2013. p. 249-274.

Soares CB, Campos CMS, Leite AS, Souza CLL. Juventude e consumo de drogas: Oficinas de Instrumentalização de trabalhadores de instituições sociais, na perspectiva da saúde coletiva. Comunicação, Saúde e Educação. 2009;28(13):189-99.

Sodelli M. Drogas e Ser humano: a prevenção é possível. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. Álcool e Outras Drogas. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. – São Paulo: CRPSP, 2011. p. 15-21.

Sodelli M. Uso de drogas e Prevenção: da desconstrução da postura proibicionista às ações redutoras de vulnerabilidade. São Paulo: Iglu; 2010a. Proibição ao uso de drogas; p. 33-7.

Sodelli M. Uso de drogas e Prevenção: da desconstrução da postura proibicionista às ações redutoras de vulnerabilidade. São Paulo: Iglu; 2010b. A noção de vulnerabilidade na prevenção ao uso nocivo de drogas; p. 73-9.

Sodelli M. Uso de drogas e Prevenção: da desconstrução da postura proibicionista às ações redutoras de vulnerabilidade. São Paulo: Iglu; 2010c. Repensando o modelo de redução de danos; p. 87-94.

Sodelli M. Uso de drogas e Prevenção: da desconstrução da postura proibicionista às ações redutoras de vulnerabilidade. São Paulo: Iglu; 2010d. Diretrizes para um novo modelo preventivo; p. 103-105.

Sousa PKR, Miranda KCL, Franco AC. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. *Rev. Bras. Enferm Brasília*. 2011; 64(2):381-4.

Souza ICW, Amato TC, Sartes LMA. Abordagem com adolescentes sobre o uso de álcool e outras drogas. In: Ronzani TM, organizador. *Ações Integradas sobre Drogas: Prevenção, Abordagens e Políticas Públicas*. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2013. p. 179-206.

Spagnol AS. Jovens delinquentes paulistanos. *Tempo Social Rev. Sociologia da USP*. 2005; 17(2): p.275-299.

Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC, Forcella HT. Recursos terapêuticos em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. In: Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC. (organizadoras). *Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. Barueri, SP: Manole, 2008. p. 395-410.

Vasters GP, Pilon SC. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(2): [8 telas].

Vasters GP. *Trajetórias de adolescentes usuários de drogas em um serviço especializado: do primeiro uso ao tratamento*. [mestrado] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2009.

Vitalle MSS. Vulnerabilidade e Risco na Adolescência. In: Silva EA, De Micheli D. *Adolescência uso e abuso de drogas: uma visão integrativa*. São Paulo: FAP-Unifesp, 2011. p. 51-69.

Wagner MF, Oliveira MS. Habilidades Sociais e abuso de drogas em adolescentes. *Psic. Clín. Rio de Janeiro*. 2007;19(2):p. 101-116.

Waiselfisz JJ. *Mapa da Violência: Os jovens do Brasil*. Secretaria-Geral da Presidência da República. Secretaria Nacional de Juventude. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade. Brasil, 2014. [citado 2015 abr. 07]. Disponível em: www.juventude.gov.br/juventudeviva

APÊNDICE I

Roteiro de Entrevista

Adaptado de Vasters ⁽³⁸⁾

DADOS PESSOAIS

Nome: Idade: Sexo: Masc. () Fem. () Reside com quem:

Nome	Idade	Grau de parentesco

Escolaridade:

Se sim, que série: Parou de estudar em que série:

Quantos anos de estudo:

Trabalho/Ocupação:

Se sim, qual sua ocupação:

Quem contribui para a composição da renda familiar:

Valor em número de salários mínimos (1 salário mínimo = R\$ 724,00):

Rotina:

Quais são as suas atividades no seu dia a dia? Descreva um “dia típico”:

Atividades de lazer e cultura? O que gosta de fazer em seu tempo livre?

SOBRE O USO DE DROGAS:

- Quando iniciou o uso de drogas? (idade, situação, com quem estava – amigo, familiar, desconhecidos, quem ofereceu).
- Faz uso de drogas atualmente? (quais tipos, quantidade, em que situações – com quem – amigos, familiares, desconhecidos, como e quando?).
- Quando sente vontade de usar? Que tipos de sentimentos estão associados a este uso?
- Que tipos de situações da sua vida aumentam a vontade de usar drogas?
- Que tipos de situações da sua vida diminuem a vontade de usar drogas?
- Acha que o uso de drogas interfere ou interferiu na sua vida? (relações com os familiares, com os amigos, trabalho, escola e amorosamente).

DADOS DO TRATAMENTO

- Como você chegou ao tratamento? (sozinho, família, amigos, justiça).
- Quantas vezes você já tentou fazer o tratamento?
- Acha que este tratamento que faz atualmente “dá certo” pra você? Por que acha isso? (diminuiu a quantidade de drogas que usa? você pensa mais sobre os acontecimentos de sua vida? Pensa mais antes de fazer alguma coisa? Pensa mais na sua família? Pensa mais no seu futuro?); Porque acha que não dá certo?
- O que você gosta do ambiente do tratamento? (estrutura física, alimentação, televisão, sala de convivência, espaço tranquilo, estar com outros usuários, relação com os profissionais).

SUGESTÃO PARA O SERVIÇO SER MAIS ATRATIVO

- Como o CAPS AD pode ajudar o jovem que usa droga?
- O que atrapalha o tratamento do jovem que faz uso de drogas dentro e fora do serviço de saúde? (companhia de amigos, dificuldade de transporte, distância do local de moradia, desinteresse pelos tipos de atividades oferecidas).
- Como você acha que o tratamento ajudaria um amigo seu que faz uso de drogas e tem dificuldade de parar de usar?

APÊNDICE II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) **aos Responsáveis Legais**

Prezado (a) Senhor (a): _____

Meu nome é Grasiella Bueno Mancilha, sou aluna da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), e estou convidando você a autorizar a participação do adolescente nesta pesquisa, intitulada: **“Construindo potencialidades para a adesão ao tratamento de adolescentes em CAPS-AD”** do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem (PPGE) da USP, que será realizada no Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas (CAPS AD), onde o adolescente, pelo qual o (a) senhor (a) é o responsável legal, é atendido.

O objetivo desta pesquisa é compreender como o adolescente percebe o tratamento que recebe, ou seja, o que faz com que ele continue em tratamento no CAPS AD.

A participação nesta pesquisa consistirá em o adolescente responder algumas perguntas que serão gravadas em áudio, para que não se percam informações importantes. As entrevistas terão duração aproximada de 40-60 minutos. A entrevista será realizada no CAPS AD de forma individual e será marcada com antecedência pela pesquisadora, conforme a disponibilidade do adolescente em uma sala, com o objetivo de garantir o sigilo e a confidencialidade.

As informações obtidas ficarão somente sobre a minha guarda, e, enquanto responsável por este estudo, tenho o compromisso de manter em sigilo os dados confidenciais. Garantimos que o nome do adolescente não aparecerá no relatório da pesquisa ou nos trabalhos apresentados nos eventos.

A participação do adolescente é voluntária, não sendo obrigado a participar deste estudo; sua recusa em autorizar não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora e ao tratamento no CAPS AD. A qualquer momento você pode desistir da autorização para a participação do seu filho e retirar seu consentimento. A participação do adolescente é muito importante, dado que a partir deste estudo poderemos conhecer melhor qual é a percepção dele diante de fatores que melhoram os resultados do tratamento oferecido neste tipo de tratamento.

Os benefícios gerados com a participação do adolescente visam a contribuir para reflexão acerca de novas formas de entender o adolescente e o que lhe faz permanecer no tratamento no CAPS AD, ajudando, assim, mais pesquisadores e profissionais a entenderem uma das dimensões no desafio de oferecer tratamento ao adolescente. Participar desta pesquisa não implicará nenhum custo e, como voluntário, você também não receberá qualquer valor em dinheiro por sua participação.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP na Av. Dr.º Enéas de Carvalho Aguiar, 419/244, São Paulo/SP – 54015-040, Fone: 3061-7548, e-mail: edipesq@usp.br e também com o Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone 3397-2464 / e-mail: smscep@gmail.com.

A pesquisadora também estará disponível para quaisquer esclarecimentos ou dúvidas através do telefone: 11-3061-7601 / e-mail: grasiella.mancilha@usp.br.

Você está recebendo duas vias deste termo. Assim, se estiver clara para você a finalidade deste estudo e concordar em autorizar o adolescente a participar dele, por favor, assine as duas vias deste documento, para que uma via fique com você e a outra com a pesquisadora.

Desde já os meus sinceros agradecimentos por sua colaboração.

Grasiella Bueno Mancilha
Pesquisadora Responsável

Tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, Eu,
_____, RG: _____ autorizo a participação do adolescente:
_____ voluntariamente na pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão datiloscópica)

São Paulo, ____ de _____ de 201__.

APÊNDICE III

Termo de Assentimento aos Adolescentes

Caro Adolescente: _____

Meu nome é Grasiella Bueno Mancilha, sou aluna da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), e estou convidando você a participar da pesquisa intitulada: **“Construindo potencialidades para a adesão ao tratamento de adolescentes em CAPS AD”** do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem (PPGE) da USP, que será realizada no Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas (CAPS AD), onde você é atendido.

O objetivo desta pesquisa é compreender como você percebe o tratamento que recebe, ou seja, o que faz com que você continue em tratamento no CAPS AD.

Sua participação nesta pesquisa se dará através de uma entrevista, em que você será perguntado sobre questões relacionadas ao seu tratamento no CAPS AD. Esta entrevista será gravada em áudio para que não se percam informações importantes. A entrevista será individual, acontecerá no CAPS AD, terá duração aproximada de 40-60 minutos, sendo agendada com antecedência, de acordo com sua disponibilidade.

As informações obtidas ficarão somente sobre a minha guarda, e, enquanto responsável por este estudo, tenho o compromisso de manter em sigilo e confidencialidade os dados, garantindo que seu nome não aparecerá no relatório da pesquisa ou nos trabalhos apresentados nos eventos.

Sua participação é voluntária, ou seja, você não é obrigado a participar deste estudo, e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora e ao tratamento no CAPS AD. A qualquer momento você pode desistir de participar.

Sua participação é muito importante, pois poderemos conhecer melhor suas opiniões e ideias sobre o tratamento oferecido no CAPS AD.

Os benefícios gerados com sua participação vão contribuir para reflexão e elaboração de novas formas de entender o adolescente e o que lhe faz permanecer neste tipo de tratamento, ajudando assim, mais pesquisadores e profissionais de outros locais, através da experiência que será conhecida. Participar desta pesquisa não implicará nenhum custo e, como voluntário, você também não receberá qualquer valor em dinheiro por sua participação.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, na Av. Dr.º Enéas de Carvalho Aguiar, 419/244, São Paulo/SP – 54015-040, Fone: 3061-7548, e-mail: edipesq@usp.br e também com o Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone 3397-2464 / e-mail: smscep@gmail.com.

A pesquisadora também estará disponível para quaisquer esclarecimentos ou dúvidas através do telefone: 11-3061-7601 / e-mail: grasiella.mancilha@usp.br.

Você está recebendo duas vias deste termo. Assim, se estiver clara para você a finalidade deste estudo e concordar em participar dele, por favor, assine as duas vias deste documento, para que uma via fique com você e a outra com a pesquisadora.

Desde já os meus sinceros agradecimentos por sua colaboração.

Grasiella Bueno Mancilha
Pesquisadora Responsável

Tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, Eu,
_____, RG: _____ aceito participar voluntariamente da pesquisa
descrita acima.

Assinatura (ou impressão datiloscópica)

São Paulo, ____ de _____ de 201__.

ANEXO I

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CONSTRUINDO POTENCIALIDADES PARA A ADEÇÃO AO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES EM CAPS-AD

Pesquisador: Grasiella Bueno Mancilha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32524814.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 713.996

Data da Relatoria: 02/07/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de Mestrado vinculado a linha de investigação "O cuidado em enfermagem e em saúde no processo saúde-doença" da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

O projeto apresenta revisão bibliográfica atualizada sobre as concepções da adolescência na contemporaneidade, as vulnerabilidades individuais e sociais desse grupo e as várias abordagens e os modelos adotados na organização do cuidado à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Destaca a importância do modelo baseado na redução de danos para o tratamento de adolescentes usuários de álcool e outras drogas e os desafios da adesão ao tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III).

A pesquisadora realizará um estudo do tipo qualitativo, exploratório e descritivo com 25 adolescentes na faixa etária entre 15 e 19 anos, usuários do CAPS-AD III Itaquera, participantes de atividades de grupo nessa unidade vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Coordenadoria Regional de Saúde Leste. Define como critérios de inclusão, os adolescentes frequentes ao CAPS-AD III há no mínimo quatro semanas. E como critérios de exclusão, os adolescentes que deixarem de frequentar a unidade durante a coleta dos dados. Serão realizadas entrevistas em profundidade com os participantes e as mesmas serão gravadas, transcritas e

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

Continuação do Parecer: 713.996

submetidas à técnica de análise de conteúdo. O roteiro de entrevista foi apresentado nos anexos do projeto. A proposta apresenta cronograma de execução detalhado com término previsto para o primeiro semestre de 2015 e orçamento no valor de R\$ 250,00, custeados pela própria pesquisadora.

Objetivo da Pesquisa:

- 1) Traçar o perfil sócio demográfico dos adolescentes (15-19 anos) usuários de álcool e outras drogas que permanecem em atendimento no CAPS AD III.
- 2) Analisar as percepções destes adolescentes sobre o tratamento recebido, identificando quais fatores eles apontam como os que facilitam a sua permanência no CAPS AD III.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto apresenta baixo risco aos participantes da pesquisa. Quanto aos benefícios poderá contribuir para o aperfeiçoamento do processo de trabalho das equipes dos CAPS AD no acolhimento e atenção aos adolescentes usuários de álcool e outras drogas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está estruturado de forma adequada e contempla os aspectos éticos. O tema, o objeto de investigação e a população selecionada para o estudo são relevantes para o campo da Saúde Coletiva e para o fortalecimento da adesão ao tratamento, segundo o modelo da redução de danos em curso nos CAPS AD.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dirigido aos responsáveis legais e o Termo de Assentimento para os adolescentes. Os termos foram redigidos em linguagem adequada e em formato de convite aos participantes da pesquisa. Informam o objetivo do estudo, asseguram o anonimato, a liberdade de participação, os telefones de contato e e-mail da pesquisadora, do Comitê de Ética da EEUSP e do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e que os mesmos serão assinados em duas vias, sendo uma para a pesquisadora e a outra para o participante. Esclarecem que serão realizadas entrevistas com duração de 40 a 60 minutos, agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes e que a recusa ou desistência dos participantes não acarretará prejuízos ao seu tratamento no CAPS AD.

Recomendações:

Não há recomendações.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

Continuação do Parecer: 713.996

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está em consonância com a resolução 466/2012 e não apresenta óbices éticos que impeçam a sua realização.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição co-participante, antes do início da coleta de dados.

SAO PAULO, 10 de Julho de 2014

Assinado por:
Ruth Natalia Teresa Turrini
 (Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ANEXO II

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** CONSTRUINDO POTENCIALIDADES PARA A ADEÇÃO AO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES EM CAPS-AD**Pesquisador:** Grasiella Bueno Mancilha**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 32524814.0.3001.0086**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 723.923**Data da Relatoria:** 07/08/2014**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de pesquisa de Mestrado, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo com o tema: "O cuidado em enfermagem e em saúde no processo saúde-doença" da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Destaca a importância do modelo adotado na organização do cuidado à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, baseado na redução de danos para o tratamento de adolescentes usuários de álcool e outras drogas e os desafios da adesão ao tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III), Itaquera, unidade vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Coordenadoria Regional de Saúde Leste.

É um estudo do tipo qualitativo, exploratório e descritivo com 20 a 25 adolescentes na faixa etária entre 15 e 19 anos, participantes de atividades de grupo na referida unidade. A coleta dos dados será realizada através da aplicação de entrevista em profundidade, individual e semi estruturada com os participantes e as mesmas serão gravadas, transcritas. Aponta como critérios de inclusão, o adolescente frequente ao CAPS-AD III há no mínimo quatro semanas e Critérios de exclusão deixar de frequentar o CAPS-AD no período que compreenderá a produção dos dados. Apresenta cronograma de execução com término previsto para o primeiro semestre de 2015 e orçamento no valor de R\$ 250,00, custeados pela própria pesquisadora.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar**Bairro:** CENTRO**UF:** SP**Município:** SAO PAULO**CEP:** 01.223-010**Telefone:** (11)3397-2464**E-mail:** smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 723.923

Para a análise dos dados será utilizada a análise de conteúdo do tipo temática, segundo Bardin. Os dados qualitativos serão analisados considerando os pressupostos teóricos que nortearão a investigação. As categorias temáticas serão extraídas do material proveniente da leitura e das transcrições das entrevistas, sendo analisadas a partir de referencial teórico que permita a compreensão do significado das informações obtidas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar e refletir com os adolescentes usuários de álcool e outras drogas, suas percepções sobre o tratamento em um CAPSad III e o que ele identifica como fatores relacionados à sua permanência neste tratamento.

Objetivo Secundário:

Traçar o perfil sócio demográfico dos adolescentes (15-19 anos) usuários de álcool e outras drogas que permanecem em atendimento no CAPSad

Analisar as percepções destes adolescentes sobre o tratamento recebido, identificando quais fatores eles apontam como os que facilitam a sua permanência no CAPSad III.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, o estudo não oferece riscos ao sujeito. Vale ressaltar o risco de desconforto para o adolescente, tendo em vista o tema a ser abordado.

Os benefícios gerados com a participação do adolescente visam contribuir para reflexão acerca de novas formas de entender o adolescente e o que lhe faz permanecer no tratamento no CAPS AD, ajudando assim, mais pesquisadores e profissionais a entenderem uma das dimensões diante do desafio de oferecer tratamento ao adolescente usuário de álcool e drogas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia é adequada aos objetivos;

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada. Cronograma e orçamento detalhado estão adequados, os custos do projeto estarão a cargo do

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 723.923

pesquisador. Há benefícios previstos na realização do estudo.

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao responsável legal e um Termo de Assentimento aos adolescentes e ambos estão de acordo.

Recomendações:

Informar no TCLE e no Termo de Assentimento, o eventual risco de desconforto aos sujeitos de pesquisa e as providências que serão tomadas na ocorrência deste fato.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e).

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 723.923

SAO PAULO, 21 de Julho de 2014

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com