

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RUNETE APARECIDA GRATIERE

Atenção em saúde de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas
psicoativas na cidade de Taquaritinga-SP.

Ribeirão Preto

2012

RUNETE APARECIDA GRATIERE

Atenção em saúde de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas psicoativas na cidade de Taquaritinga-SP.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Álcool e Outras Drogas

Orientador: Margarita Antonia Villar Luis

Ribeirão Preto

2012

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

Gratiere, Runete Aparecida

Atenção em saúde de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas psicoativas na cidade de Taquaritinga-SP.. Ribeirão Preto, 2012.

79 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Margarita Antonia Villar Luis

1. Crianças. 2. Adolescentes. 3. Drogas Psicoativas.

GRATIERE, Runete Aparecida

Atenção em saúde de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas psicoativas na cidade de Taquaritinga-SP.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho às pessoas mais importantes da minha vida: meus amados pais e meu irmão que sempre estiveram presentes e não mediram esforços para que esse sonho se realizasse e aos meus lindos e adoráveis filhos que com apoio diário e paciência souberam entender muitas das minhas ausências. É sempre mais fácil com amor!

AGRADECIMENTOS

- A minha orientadora, Prof. Dr^a Margarita Antonia Villar Luis por apoiar, confiar, orientar e dividir seus conhecimentos.
- A Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP por oferecer um ensino público de qualidade renomada e por me acolher novamente como aluna.
- A Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Taquaritinga-SP por disponibilizar espaços, informações e pela parceria possibilitando que esse trabalho fosse construído.
- Aos serviços que participaram do estudo: Pronto Atendimento Municipal, Conselho Tutelar, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Ambulatório de Saúde Mental Infantil, Centro de Atenção Psicossocial Infantil, por disponibilizar informações e contribuir com o estudo.
- Aos trabalhadores que participaram desta pesquisa, agradeço pela disponibilidade, pelos momentos de troca de ideias e por contribuírem com a pesquisa.
- Ao amigo e parceiro Pedro, pelo companheirismo e amizade.
- Ao meu filho Vitor pela força na confecção de tabelas e fluxograma.

RESUMO

GRATIERE, R.A. **Atenção em saúde de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas psicoativas na cidade de Taquaritinga-SP.** 2012. 79f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

O olhar para uma população específica, crianças/adolescentes, em uso/abuso de álcool e outras substâncias psicoativas foi o enredo desse trabalho. Partiu-se a priori da investigação de 38 casos de adolescentes que deram entrada no Pronto Atendimento Municipal (PAM) e foi-se construindo o caminho percorrido pela amostra dentro das possibilidades de atendimento em Taquaritinga-SP, este município do interior paulista pertencente à regional de Araraquara que tem como estrutura uma rede de serviços de saúde mental especializados: um ambulatório infantil (ASMi) e um centro de atenção psicossocial infantil (CAPSi). Identificou-se que não se tratava de uma questão simples, mas complexa com muitas facetas, vindo em direção às perspectivas de Morin que confrontam teorias e idéias sem preconceitos. Esse trabalho usa o estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa e qualitativa e teve por objetivo identificar o percurso de crianças/adolescentes usuários de álcool e outras substâncias psicoativas, além de verificar se o Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi) do município se faria presente como estratégia de tratamento prevista no Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção de Álcool e outras Drogas (PEAD 2009-2011). A análise resultante desse estudo revelou que os serviços prestam acolhimento a população adscrita por várias portas de entrada, mesmo não tendo um programa para tratamento. Mostra também que o trabalho tem a necessidade de ser realizado em conjunto, ser articulado em rede e que sua concretização é um desafio. Com a inexistência de respostas prontas, alerta-se para a necessidade da busca de novas reflexões e construções a respeito do tratamento de crianças/adolescentes usuários de substâncias psicoativas.

Palavras chave: Crianças; Adolescentes; Drogas Psicoativas.

ABSTRACT

GRATIERE,R.A. **Health attention of children and adolescents alcohol and other psychoactive drugs users in the city of Taquaritinga-SP.** 2012. 79f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

The look for a specific population, children/adolescents, in the use/abuse of alcohol and other psychoactive substances was the scenario of this work. The starting point was the investigation of 38 cases of adolescents who were admitted to the Municipal Emergency Care (PAM) and has been built the road traveled by the sample within the possibilities of service in Taquaritinga-SP, this city in the interior belonging to regional Araraquara which has as structure network of specialist mental health services: a childhood ambulatory (ASMi) and a psychosocial care center for children (CAPSi). It was found that this was not a simple matter, but with many complex facets, coming towards the Morin's prospects which confront theories and ideas without prejudice. This work uses the descriptive exploratory study of quantitative and qualitative approach and aimed to identify the route of children/adolescents who use alcohol and other psychoactive substances, besides to checking if the Psychosocial Care Center child (CAPSi) of the city would be present as treatment strategy referred on the Emergency Plan for Expansion of Access to Treatment and Prevention of Alcohol and other Drugs (PEAD 2009-2011). The resulting analysis of this study revealed that the hosting services are provided to enrolled population by various ports of entry, while not having a program for treatment. It also shows that the work has needed to be done together, to be articulated in the network and that its implementation is a challenge. With the lack of ready answers, it is cautioned to the need to search for new ideas and constructions concerning the treatment of children/ adolescents users of psychoactive substances.

Key-words: Children; Adolescents; Psychoactive Drugs.

RESUMEN

GRATIERE,R.A. **La atención de la salud de los niños y adolescentes usan el alcohol y otras drogas psicoactivas en la ciudad de Taquaritinga-SP.** 2012. 79f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Busque una población específica, los niños/adolescentes, el uso/abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas fue la trama de esta obra. Rompió una investigación a priori de 38 casos de adolescentes que fueron ingresados en la Atención de Emergencia Municipal (PAM) ha sido construido y el camino recorrido por la muestra dentro de las posibilidades de servicio en Taquaritinga-SP, esta ciudad del interior que pertenece a Araraquara regional cuya estructura de una red de servicios especializados de salud mental: una infancia ambulatoria (ASMI) y un centro de atención psicosocial para los niños (CAPSi). Se descubrió que esto no era un asunto sencillo, pero con muchas facetas complejas, que venía hacia las perspectivas de las teorías e ideas de Morin se enfrenta sin prejuicios. En este trabajo se utiliza el estudio descriptivo exploratorio de abordaje cuantitativo y cualitativo, y tuvo como objetivo identificar la ruta de los niños / adolescentes usan el alcohol y otras sustancias psicoactivas, además de comprobar si el niño Centro de Atención Psicosocial (CAPSi) la ciudad sería así estrategia de tratamiento bajo el Plan de Emergencia para la expansión del Acceso al Tratamiento y la Prevención de Alcohol y otras Drogas (HDPE 2009-2011). El análisis resultante de este estudio revelaron que la prestación de servicios de alojamiento a la población inscrita por varios puertos de entrada, si bien no tiene un programa para el tratamiento. También muestra que el trabajo ha tenido que hacer juntos, se articula en la red y que su aplicación es un reto. Con la falta de respuestas listas, alertan sobre la necesidad de buscar nuevas ideas y construcciones relativas al trato de los niños / adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas.

Palabras-clave: Niños; Adolescentes; Drogas Psicoactivas.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados sobre a amostra de adolescentes atendidos no PAM no período de novembro 2011 a fevereiro 2012.....	37
Tabela 2 - Dados dos adolescentes atendidos no Ambulatório Saúde Mental Infantil (ASM) segundo fichas de acolhimento e não pertencentes à amostra do estudo.....	42
Tabela 3 - Adolescentes da amostra do estudo, que segundo o CT apresentavam envolvimento com substâncias psicoativas.....	44
Tabela 4 - Crianças e Adolescentes Atendidos pelo CREAS não Incluídos na Amostra, no período de novembro de 2011 a fevereiro de 2012.....	50

LISTA DE FIGURA

Fluxograma 01 – Fluxo de atendimento e encaminhamento de crianças/adolescentes usuários de substâncias psicoativas no município Taquaritinga-SP.....	52
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ONU	Organização das Nações Unidas
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SUS	Sistema Único de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossociais
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo
CEPE	Comitê de Ética em Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
DRS III	Departamento Regional de Saúde III
PAM	Pronto Atendimento Municipal
CT	Conselho Tutelar
ASMi	Ambulatório de Saúde Mental Infantil
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
ASMA	Ambulatório de Saúde Mental Adulto
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
FPAM	Fichas do Pronto Atendimento Municipal

NCT	Notificações do Conselho Tutelar
EUA	Estados Unidos da América
GAE	Grupo Amor Exigente
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 Como é ser criança e adolescente na atualidade	17
1.2 Condições de vulnerabilidade	18
1.3 Políticas sobre o atendimento das necessidades de saúde mental	22
1.4 Preconização do ministério da saúde: ações do plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas (pead 2009-2011)	25
2. OBJETIVO	27
2.1 Objetivos específicos	27
3. METODOLOGIA: TIPO DE PESQUISA E DIRETRIZES TEÓRICAS NORTEADORAS	28
3.1. Local do estudo	29
3.2. Sujeitos da pesquisa	31
3.3. Procedimento	31
3.4. Procedimentos éticos	32
3.5. Coleta de dados	33
3.6. Tratamento das informações obtidas	33
4. RESULTADOS	35
4.1. A porta de entrada: o pronto atendimento municipal	35
4.2. Os serviços de saúde especializados em atendimento a crianças e adolescentes: centro de atenção psicossocial infantil e ambulatório de saúde mental infantil	39
4.3. Serviços vinculados á justiça – conselho tutelar	43
4.4. Serviço vinculado ao órgão social – centro de referência especializado de assistência social	47
5. DISCUSSÃO	54
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
7. REFERÊNCIAS	62
ANEXOS	72
Anexo A - Roteiro para obtenção de dados documentais	72
Anexo B – Roteiro de entrevista	74
Anexo C - Termo de consentimento livre e esclarecido	76
Anexo D – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	79

1. INTRODUÇÃO

Anteriormente à modernidade, segundo Ariés (1978), (historiador francês que, por meio da pesquisa iconográfica, mostrou a história social na infância no continente europeu) inexistia um sentimento ou uma consciência da diferença da criança perante o adulto, a qual ficava diluída sem uma representação social. Somente no século XVIII é que a infância adquire significado na sociedade moderna e são constituídas instâncias para seu cultivo e conhecimento através das práticas como: a puericultura, a pedagogia, a medicina da criança, a psicologia.

A criança passa a existir como objeto de conhecimento e de afeto, considerando sua fragilidade, dependência e os problemas de ordem social e política (BOARINI, 1998).

No entanto, as políticas de atendimento ainda eram insipientes, pois concebiam crianças e adolescentes como objeto de ação dos adultos, sem levar em consideração suas características específicas, vontades e desejos.

No conjunto de transformações que se verificou no último século, que possivelmente contribuíram para essas mudanças, está o alargamento da noção de direitos humanos, amplamente conquistados por meio de mobilizações sociais em todo o mundo, formalizados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948 pela Organização das Nações Unidas (ONU), ratificada por todos os países membros. Esses países assumiram o compromisso de efetivar, o cumprimento desse acordo, por meio de políticas públicas sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Na segunda metade do século XX diversos países da América Latina viveram amargores com golpes políticos. Ditaduras militares brecharam a implementação dos direitos humanos, em contra partida, organizaram-se movimentos de resistência que foram importantíssimos para a retomada da democracia. No Brasil isso se deu na década de 80, onde nesse período de definições políticas, houve ampla participação pública e organização de grupos em defesa dos direitos da criança e do adolescente, caminhando para uma representação dos que ainda não atingiram a maioria (SPOSITO, 2003).

Assim se difundiu a importância da assistência à criança e ao adolescente, pois representavam um futuro diferenciado para a nação brasileira. Um conjunto de medidas foram geradas, elas eram calcadas na lógica higienista onde um adulto bem adaptado, equilibrado e mentalmente saudável pressupunha uma criança bem higienizada (RIBEIRO, 2006).

Coerente ao novo momento que se iniciava na sociedade brasileira, também era necessário uma legislação referente à infância e a juventude que atendesse às mudanças mais amplas de reconhecimento das singularidades, dessa faixa etária da população de pessoas em franco desenvolvimento. Rompendo com paradigmas, grupos de intelectuais, membros de associações civis, representantes de grupos populares e especialistas em diversas áreas da infância e juventude, participaram efetivamente nas discussões que deram origem aos artigos da nova legislação – o Brasil promulgava o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, tido por muitos, como uma das mais avançadas legislações do mundo nessa área (GRANDINO, 2007).

Destacando a relevância do ECA, enquanto conquista social e garantia de direitos civis, o mesmo possibilitou o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos em cada uma das etapas importantes ao desenvolvimento, segundo as várias faixas etárias de zero à dezoito anos de idade. Porém, na prática constatou-se poucas contribuições no que se refere à mudança na situação de dignidade vivida por grupos de crianças e adolescentes brasileiros, dado que esses ainda são vítimas de diversos tipos de violência, tendo seus sonhos interrompidos, direitos violados e vidas ameaçadas. Não pareceu tão simples tirar do papel mesmo após seu 20º aniversário esse empreendimento legislativo, o ECA, e aplicar na realidade brasileira.

1.1 Como é ser criança e adolescente na atualidade

Criança é ser humano de pouca idade, menino ou menina infantil. Já se procurar infantil, é ser ingênuo e inocente (FERREIRA,1999). Tendo como base a origem etimológica do termo infância, procedente do latim “in-fans”, que significa sem linguagem, aliado a isso no interior da tradição filosófica ocidental, não ter linguagem significa não ter pensamento, não ter conhecimento e nem racionalidade. A palavra adolescência vem do latim “adolescere” que tem a conotação de fazer-se homem/mulher ou crescer na maturidade, “quase adulto”, com mínimas noções de coesão e moral, de formação quase completa e capaz de discernir atos mais complexos (CUCCI;MARTA, 2010).

Através dos tempos esses conceitos tem se mantido ou recebido acréscimos, mas o fato é que não há uma concepção única para se definir as fases da infância e da adolescência como um processo linear. Essas concepções se apresentam de várias maneiras e estão

diretamente relacionadas às classes sociais, a religião e a cultura, bem como o tempo e o espaço em que foram geradas (CUCCI; MARTA, 2010).

A sociedade contemporânea classifica o infanto-juvenil como pessoas dependentes, não responsáveis jurídica, política e emocionalmente, tendo de ser socializada. Apesar da conotação de dependentes esse processo de socialização na atualidade, mostra-se distinto, pois nos nossos dias há uma aceleração, um consumo e uma satisfação imediata, sem contar as distintas formas de relação familiar. Contudo as crianças/adolescentes interagem e reagem, negociam e redefinem a realidade social é importante dizer, não mais como sujeitos ao processo de socialização, mas inclusive como atores sociais (SALLES, 2005).

Há, no entanto, certa ambigüidade com relação aos direitos sociais serem reconhecidos, pois as crianças e adolescentes continuam distantes e excluídos de certas práticas, mostrando que quem detém o poder são os adultos de acordo com suas diferentes classes sociais (SALLES, 2005).

Crianças e adolescentes por terem uma condição peculiar de pessoas em desenvolvimento, necessita de auxílio do estado, logo dependendo da situação em que se encontram, se enquadram no conceito de pessoas de grupo vulnerável por carecerem de intervenção estatal para a sua inclusão social, proteção de direitos e tratamento igualitário a fim de usufruir da vida de forma digna. (CUCCI;MARTA, 2010).

Esse processo de transição da infância/adolescência para a vida adulta mostra-se complexo perante as mudanças do contemporâneo, propondo novos padrões que com certeza formarão novos conceitos.

1.2 Condições de vulnerabilidade

Pesquisas recentes indicam o Brasil como um dos países com maior índice de violência contra a população infanto-juvenil, conquistando o nada honroso posto de vice-campeão mundial de mortes por causas externas, sendo que estas causas englobam todos os acidentes, inclusive os de trânsito e transporte, os homicídios, os suicídios e os óbitos provenientes do confronto com a polícia.

O fator de risco pode ser enunciado como um aspecto que aumenta a vulnerabilidade de uma pessoa ou grupo em relação à probabilidade do surgimento de problemas. Há uma teoria descrita por Bronfenbrenner, Teoria Ecológica do Desenvolvimento, onde o autor

utiliza-se de um modelo para explicar que o desenvolvimento infantil acontece através do processo de interação recíproca entre a criança e todos os outros níveis de influência do meio ambiente. Afirma ainda, que os resultados indesejados no desenvolvimento infantil são produzidos pela combinação de fatores de risco genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais, levando-se em conta as interações complexas existentes entre eles. Na saúde mental de crianças os fatores de risco com maior incidência são o ambiente social e o psicológico, que chegam a afetar muito mais do que as próprias características do indivíduo (HALPERN, 2004).

É importante ressaltar que crianças expostas aos riscos múltiplos como problemas de saúde mental na família, interação mãe/bebê pobre e sem suporte familiar, tem 24 vezes mais chances de apresentar uma deficiência quando comparadas com as de menor risco. Pode-se afirmar ainda que as complicações perinatais, vistas isoladamente, não determinam os atrasos posteriores no desenvolvimento físico e psicológico, porém demonstram um risco aumentado quando combinadas com situações ambientais adversas (HALPERN, 2004).

Índices alarmantes com relação à mortalidade de crianças e adolescentes foram descritos no período de 1990 a 2000. Nesse período, segundo dados do Ministério da Saúde, morreram 211.918 crianças e adolescentes por causas externas, sendo 59.203 crianças nas idades de zero a nove anos, 33.512 de dez a quatorze anos e 119.203 adolescentes de quinze a dezenove anos. São números expressivos comparados aos 146.824 óbitos por doenças infecciosas e parasitárias no mesmo período, sendo assim os fatores correspondentes das mortes, passam a ser o estilo de vida (influências ambientais) de crianças e adolescentes e não causas biológicas ou físicas (BRASIL, 2005).

O V Levantamento sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública nas 27 Capitais Brasileiras realizado em 2004, relata que os alunos que faziam uso de drogas em algum momento da sua vida, faltavam mais as aulas quando comparados aos que nunca haviam feito uso desta. O estudo mostrou não haver determinantes de classe social quanto ao uso de drogas; quanto ao gênero mulheres utilizam mais as anfetaminas e os ansiolíticos, enquanto que os homens, fazem uso em maior escala de cocaína, maconha, energético e esteróide anabolizante. Quanto às drogas de consumo legal, o álcool e o tabaco, perfazem a menor média de idade para o primeiro uso sendo 12,5 anos e 12,8 anos respectivamente (GALDUROZ et al,2004).

No entanto o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, concluído em 2010, observou-se diferenças com relação ao último

levantamento, tais como, redução do uso de álcool e tabaco, levando-se em conta tanto os parâmetros de uso na vida quanto no ano. Com relação às drogas ilícitas consumidas entre estudantes da rede pública no ano, houve também diminuição para com todas as drogas exceto no caso da cocaína, onde não se observou redução do consumo, ao contrário houve sim, um aumento. Ponto importante visto no último levantamento é de que provavelmente o início, da experimentação, de substância psicoativas aconteça antes dos 10 anos de idade e não mais aos 12 como visto no levantamento de 2004, sendo essas constatações importantes para estratégias de prevenção que deverão acontecer precocemente (CARLINI, 2010).

Na região de São Paulo foi apontado à tendência de decréscimo do uso na vida de qualquer droga, exceto álcool e tabaco dentro das faixas etárias de 10 a 12 anos e de 13 a 15 anos em comparação com o levantamento anterior. Notou-se também a tendência crescente de uso no ano de maconha e decrescente de ansiolíticos (CARLINI,2010).

O VI levantamento revelou ainda diferença na comparação do uso de substâncias psicotrópicas entre os alunos da rede pública e os alunos da rede privada. Alunos da rede pública de ensino apresentam maior envolvimento com drogas no “uso pesado”1,2%, enquanto que na rede privada, o uso pesado apresentou taxa de 0,8%. No entanto quando no que se refere ao uso na vida alunos da rede privada apresentam um maior uso 30,7% enquanto que na rede pública 24,2%. O uso de drogas no ano e no mês também se apresentou maior em alunos da rede privada 13,6% no ano e 6,2% no mês, enquanto que da rede pública as taxas de uso no ano foram 9,9% e 5,3% no mês, o que demonstra que há evidências do fator socioeconômico alterando padrões de consumo (CARLINI, 2010).

O fator socioeconômico pode estar presente no consumo de drogas lícitas, ilícitas e também no uso de armas de fogo que têm relação de mão dupla com a violência que ocorre com o público infanto-juvenil nos dias de hoje. O tráfico de drogas como qualquer indústria, necessita de mão de obra e os candidatos a esse mercado na maioria das vezes são crianças e adolescentes que entram no esquema para garantir o progresso do “negócio”. Há uma hierarquia, como em qualquer outro trabalho e a população infanto-juvenil que trabalha no comércio varejista das drogas é a parte mais visível do tráfico, são as principais vítimas das mortes violentas nas estatísticas policiais (FEFFERMANN,2006).

Contextualizando o espaço de crianças e adolescentes assistem-se episódios de brigas de quadrilhas pelo mercado varejista das drogas, os acertos de contas entre usuários e fornecedores e os confrontos entre policiais e traficantes:

Ah, isso, até hoje essa morte eu não sei por que que foi, mano, mas o que eu acho é que, por causa que tinha saído um maluco da cadeia, está ligado, e o J sempre foi gerente da biqueira, saiu um maluco da cadeia, o cara vai andar bege, mas o cara lá do vielão, o L, aí não é mano, ele ligou para o W e sei lá qual que foi a idéia dele com o W, só sei que ele ia virar gerente da biqueira, e o J não queria deixar ele ser gerente, não é, aí os dois sempre discutia lá embaixo, viche, aí acabou nisso, o J morrendo, e o certo para mim, o que eu sei é isso, que foi disputa pela gerência, mas, está na hora para mim ver, não é o meu o que quê aconteceu, não é mano?(FEFFERMANN, 2006 :217. Discurso Jovem 3)

Esse discurso mostra a disputa por “cargos” dentro de uma hierarquia, vidas perdidas e o valor dessas vidas na indústria do tráfico.

A lei brasileira, desde 1998 preconiza que crianças a partir de 14 anos trabalhem apenas como aprendizes estabelecendo vínculo formal/institucionalizado, após os 16 anos. Apesar de sabermos que o trabalho infantil não se dá somente no tráfico de drogas, pois tem alcançado números alarmantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) há 5.482.515 crianças entre cinco e dezessete anos trabalhando, sendo que 2.231.974 têm menos de quatorze anos e estão tanto em trabalhos institucionalizados quanto informais e esse fator deve ser levado em conta, pois poderá trazer riscos a essa população que se encontra em desenvolvimento (SANCHES,2005).

É importante a compreensão da criança e do adolescente como seres em desenvolvimento e inseridos em um contexto social prevalentemente capitalista, que produzem efeitos dificilmente mensuráveis como a “subcidadania”, expressão que Lúcio Kowarick (apud FEFFERMANN, 2006) utiliza quanto à realidade da população brasileira apontando a ilegalidade, a irregularidade ou a clandestinidade frente à realidade socioeconômica da “maioria” que sequer tem acesso aos benefícios básicos para a vida nas cidades (FEFFERMANN,2006).

Uma grande parcela dessas crianças e adolescentes não têm acesso à escola de boa qualidade com um ensino público respeitado e habitação digna com saneamento básico, por exemplo, e todo esse contexto pode ter uma maior culpabilidade do que o expresso simplesmente na equação: drogas + juventude = violência (RAUPP;MILNITSKY-SAPIRO, 2005)

Nota-se que o significado do infanto-juvenil está diretamente ligado às transformações sociais, culturais e econômicas da sociedade de um determinado tempo e lugar. Em pleno século XXI esbarramos em situações concretas com crianças que desfrutem de condições de vida adequadas (saudáveis, com lazer, boa alimentação e educação) e, não muito distante,

crianças marginalizadas por extremas desigualdades sociais, por crescentes manifestações de violência dentro e fora de seus lares. O “mundo maravilhoso” de crianças e adolescentes, também se encontra susceptível a vivenciar situações de crise. Inúmeros desafios tanto no âmbito privado quanto público. Temos um longo caminho a percorrer no tocante a pesquisas sobre crianças e adolescentes, suas vidas, culturas e espaços sociais vividos e divididos.

1.3 Políticas sobre o atendimento das necessidades de saúde mental

Em meio a este cenário, considerando os estudos realizados, os investimentos e os avanços ocorridos nas últimas décadas, grande parte dos países carece de dados e pesquisas em relação aos contextos acima citados.

Contextualizando o nosso até então, modelo atual de Saúde Mental brasileiro, vemos que a instituição psiquiátrica é uma construção do séc. XVIII, onde o enfoque da loucura como doença e da psiquiatria como especialidade médica começa a apontar para o “diferente” aquele que pouco segue os padrões que a sociedade define (GONÇALVES, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde (2005), a Reforma Psiquiátrica deu-se através de um processo político e social complexo, não só nas instâncias pertencentes ao Brasil, mas sim, em um movimento internacional pela superação da violência asilar. Questionava-se de forma veemente o papel do manicômio e contestava-se o tratamento violento, excludente e impessoal aplicado intra-muros.

Cuidar do doente mental necessariamente era excluir. Hoje quebrados alguns paradigmas, tem-se um novo olhar para esse tratamento que não seja o de segregação. Isso não se deu da noite para o dia, mas juntamente com o movimento sanitário na década de 70, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mobilizavam-se em favor de mudanças nos modelos de atenção e práticas de saúde.

Novas ideias em desenvolvimento, constituiu no Brasil, a gestão de saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por responsabilidade principal promover uma rede de cuidados de base territorial e comunitária. Um marco Legal, é a Portaria n. 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõem sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Contudo apesar do consistente avanço na atenção aos portadores de transtorno mental, a história ainda nos mostra um vazio no campo da atenção pública para crianças e

adolescentes portadores de transtornos mentais e, assim sendo, o cuidado era oferecido por instituições em sua maioria privadas ou de filantropia que por anos foram a base do acompanhamento e da orientação dirigidos à essa população e seus familiares (DELFINI, 2009).

A portaria MS/SAS n. 224/92 que instaura a construção de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) por todo o território brasileiro, começa a dar um novo tom, um novo olhar para o tratamento dos pacientes com transtornos mentais. Essas Unidades de Saúde Locais ofereciam atendimento intermediário entre o ambulatório e a hospitalização. Atualmente estes serviços são regulamentados pela Portaria GM n. 336/02 (BRASIL, 2010).

Os Centros de Atenção Psicossociais são intitulados como unidades de base, para o processo de desinstitucionalização. Um modelo de atenção comunitária e diária, realizado pelos serviços e tendo como pano de fundo, olhar biopsicossocial para que atenção integral à saúde seja atingida. Interage também com as diversas esferas da saúde, educação e legislação com ações direcionadas provendo o objetivo de um cuidado engajado e integrado (FALAVINA; CERQUEIRA, 2008).

Considerando os CAPS dispositivos estratégicos da reforma dos cuidados em saúde mental no Brasil (grande aposta do Movimento de Reforma Psiquiátrica Nacional) é visto através deste, a aproximação entre a saúde coletiva e a saúde mental como forma de constituição de um campo interdisciplinar de saberes e práticas. Investigações especificamente dirigidas aos CAPS são potencialmente geradoras de subsídios para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e, ao mesmo tempo, propulsora de um novo território de pesquisa no âmbito das políticas públicas e da avaliação de serviços de saúde.

Esse novo modelo de atenção em saúde mental visa prestar atendimento às pessoas com grave sofrimento psíquico, diminuindo e evitando internações psiquiátricas e articulando-se com a rede de serviços da comunidade e favorecendo a reinserção delas neste espaço, tudo isso no âmbito do SUS. Historicamente o 1º CAPS foi inaugurado em 1987 na cidade de São Paulo, após vieram os Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS) em 1989, na cidade de Santos-SP. Esses modelos, se constituem em referência obrigatória na implantação de serviços substitutivos aos manicômios em nosso país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em 1995 foram aceitos os credenciamentos de 160 novos CAPS e no último relatório do ano 2010 estes serviços totalizam 1620 Centros de Atenção Psicossociais. Existem algumas modalidades de CAPS de acordo com as diferentes necessidades dos usuários vigentes e para crianças e adolescentes foram instituídos os CAPSi, que atualmente somam 128 em todo o território brasileiro e 57 na região sudeste (BRASIL, 2011).

O CAPSi é uma modalidade que visa o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves que surgem como proposta de tratamento a partir de 2002. São implantados em municípios com 200.000 habitantes ou mais e a faixa etária da população de usuários variando de 2 a 18 anos de idade, sendo serviços de natureza pública e financiados integralmente com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) seguindo os princípios que regem todos os Centros de Atenção Psicossociais provendo a atenção em saúde mental baseados na integralidade do cuidado (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Com relação aos usuários de um CAPSi o estudo de WATKINS; LEWELLEN e BARRET, (2001) mostrou haver uma maior propensão ao uso e a dependência de drogas lícitas e ilícitas não só por permearem a faixa etária de maior risco, como também o entorno referente às comorbidades. O abuso de substâncias é o transtorno coexistente mais freqüente entre portadores de transtornos mentais aparecendo também transtornos de humor, como a depressão, transtornos de ansiedade, transtornos de déficit de atenção e hiperatividade.

Desse modo, questiona-se como dar um melhor tratamento aos que estiverem fazendo parte das instituições de saúde especializadas, de condições que envolvam uso/abuso de álcool e outras drogas, inclusive de comorbidades com doenças mentais, em se tratando do público infanto-juvenil.

Conforme relatório da III Conferencia Nacional de Saúde Mental, faz-se necessário “estimular a articulação entre entidades de financiamento à pesquisa (CAPES, CNPQ etc.), entidades formadoras e o Ministério da Saúde para o fomento à pesquisa e priorização de temas da assistência em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica”. Salienta-se também a importância de se debruçar sobre as questões relacionadas ao uso e abuso de álcool e outras drogas por crianças/adolescentes, objeto de debate, na 8ª Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil realizada no mês de março de 2009, em Brasília/DF. O tema principal deste evento foi : “Álcool e outras Drogas: Atenção Integral e Inclusão”, contando com a participação de profissionais de Saúde Mental, em especial trabalhadores dos “CAPS ad” (Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas e “CAPS i” (Centro de Atenção Psicossocial Infantil), além de representantes de movimentos sociais, Senado Federal, da Câmara dos Deputados, da Assembléia Legislativa do Distrito Federal, membros de Instituições Universitárias e entidades de defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (BRASIL,2009).

Não esquecendo que no Brasil a política de atenção integral a álcool e outras drogas no âmbito do SUS, foi sistematizada apenas em 2003 constituindo-se ainda um desafio a ser enfrentado e implantado em sua totalidade.

1.4 Preconização do ministério da saúde: ações do plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas (pead 2009-2011)

Voltando ao contexto do ano de 2009, o Ministério da Saúde lança medidas emergenciais para assegurar um enfrentamento eficaz, através de políticas públicas como o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD 2009-2011). Dentro desse plano a prioridade dos segmentos vulneráveis é a faixa etária de crianças, adolescentes e jovens e este plano teve a meta de ser desenvolvido em três anos 2009-2011 (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde prioriza ações para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade contando com a qualificação e articulação das redes de saúde, adoção de estratégias de redução de danos, ampliação do acesso ao tratamento, promoção da saúde e dos direitos com inclusão social e o enfrentamento do estigma (BRASIL, 2009).

Neste sentido foram aprovados 78 propostas de implantação de comunidades terapêuticas de 13 estados da federação, onde receberão apoio financeiro para a utilização de 985 leitos de acolhimento à usuários de crack e outras drogas (BRASIL,2011).

Com relação a casas de acolhimento, receberam recursos 39 projetos que servem de abrigo temporário e cuidado integral à saúde para usuários de crack e outras drogas (BRASIL,2011).

São da ordem de 49 os projetos de universidades contemplados como centros regionais de referências, promovendo a formação permanente de profissionais que atuam na rede. Foram também selecionados 69 projetos de instituições de ensino superior para o programa de educação para o trabalho (PET-Saúde) com a possibilidade de formação de grupos de aprendizagem tutorial qualificando o atendimento e sendo que, uma das escolas contempladas é a EERP-USP (BRASIL, 2011).

Há uma relação positiva nas propostas do PEAD aliadas ao contingente de recursos e materiais disponíveis para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas no âmbito da saúde pública. A multiplicidade das propostas de tratamento levam a crer que um novo olhar ocorre na contemporaneidade.

Percebe-se que o governo tem mostrado esforços no sentido de criação de possibilidades de atendimento ao uso/abuso de drogas psicoativas, no entanto, não há muitos relatos sobre como está se dando o acesso desses adolescentes à esses serviços, nem tão pouco como o cuidado está sendo oferecido e por quem.

O tema, saúde mental e uso de álcool e outras substâncias psicotrópicas entre crianças e adolescentes, como parte da saúde pública é aparentemente incipiente na graduação e pós-graduação das universidades formadoras de opiniões e formadoras de trabalhadores que exercerão a expectativa do cuidado integrador, humanizado e eficaz aos usuários. Tanto que na saúde mental infanto-juvenil constitui um tema não encontrado nas grades curriculares da graduação e nem tão pouco da pós-graduação o que configura este um território quase inexplorado e potencialmente uma área emergente de máxima relevância social.

Quanto às pesquisas nessa área, basicamente se concentram em dois grupos: ensaios farmacológicos e ensaios diagnósticos. São raros os grupos de pesquisa que vinculam saúde mental, contexto social e saúde pública (ONOKO-CAMPOS, 2006).

Dado que, os estudos abordando o cuidado de crianças e adolescentes usuárias de drogas psicoativas, apresentam-se escassos na literatura, mostra-se relevante o desenvolvimento desta pesquisa centrada no conhecimento que propicia informações a respeito da assistência que os municípios estão disponibilizando à essa população .Com isso, tem-se a expectativa de poder trazer contribuições para aprimorar o acolhimento e assistência dos usuários infanto-juvenis

2. OBJETIVO

Identificar o percurso do atendimento a crianças e adolescentes usuários de álcool e outras substâncias psicoativas, no município de Taquaritinga Estado de São Paulo, localizando os espaços de atendimento e apoio percorridos, os responsáveis pelo acolhimento dos sujeitos descritos e os procedimentos oferecidos a esse grupo e seus familiares

Verificar se o CAPSi do município se faz presente como estratégia de tratamento e reinserção social desses usuários, como previsto no PEAD 2009-2011.

2.1 Objetivos específicos

- I. Identificar o perfil de crianças/adolescentes usuários de substâncias psicoativas, atendidos pelos serviços de saúde e outros, vinculados ao município, através da consulta a fichas de atendimento/acolhimento e outros registros.
- II. Investigar se nesses locais existe projetos explícitos de tratamento e/ou reinserção social na atenção a usuários infanto-juvenis.
- III. Identificar os recursos humanos prestadores do cuidado a essa população e as atividades que eles desenvolvem.

3. METODOLOGIA: TIPO DE PESQUISA E DIRETRIZES TEÓRICAS NORTEADORAS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo (Trivinões, 1987), de abordagem quantitativa e qualitativa dos dados. O estudo descritivo fornece dados partindo da premissa da observação de situações e do registro de informações que poderão subsidiar outros estudos e planejamento de intervenções específicas.

O presente estudo constitui uma pesquisa de campo utilizada com objetivo de conseguir informações a partir da observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem e não apenas uma simples coleta de dados, pois busca interpretar o material obtido, visando ampliar uma maior compreensão da realidade (LAKATOS; MARCONI, 2010).

Método, nós remete a um momento estancado da teoria, onde a função original é contrária a complexidade e ao conhecimento, permitindo a previsão e o controle. Caso as impressões e intuições do pesquisador não obedeçam aos procedimentos operacionais, poderão ser concebidas como interferências ou prováveis fontes de erros (NEUBERN, 2003).

A abordagem da drogadição, por ser um tema complexo, aponta que a importância e a gravidade de suas questões podem propiciar o surgimento de doutrinas (científicas, políticas e religiosas) que sob o pretexto da urgência impõe-se a priori aos problemas estudados. Para Morin, o sentido do termo complexo, implica em um todo tecido por muitas partes, que emerge a partir da interação delas, mas que não esgota as qualidades específicas dessas partes. Apesar da complexidade fornecer um método comum para o diálogo com o mundo e com as disciplinas, esse mesmo método prevê a diversidade e singularidade presentes no processo de construção da abordagem como nos cenários (MORIN, 1998).

Alicerçado nesses pressupostos, obteve-se dados de natureza quantitativa em relação ao número de atendimentos e usuários acolhidos pelos serviços de saúde e outros que acolhem crianças/adolescentes do município estudado, bem como algumas de suas características sócio-demográficas, além de informações obtidas de gestores, profissionais e outros responsáveis pelos acolhimentos dos usuários. O material qualitativo foi proporcionado por esses sujeitos da pesquisa nas suas respostas sobre a instituição, as atividades realizadas e/ou encaminhamento proporcionado às crianças/adolescentes usuários de substâncias psicoativas.

A pesquisa qualitativa foi utilizada como suporte para este estudo de atenção à saúde de crianças e adolescentes por identificar basicamente a estrutura dinâmica e indissociável entre a realidade (razão plena do comportamento) e as manifestações de subjetividade.

Compreender e interpretar fenômenos, a partir de seus significantes e contextos tornou-se tarefas presentes na produção de conhecimento e auxiliaram a ter uma visão mais abrangente dos problemas além de terem propiciado um enfoque diferenciado para a compreensão da realidade, onde privilegiando uma visão ampla dos fenômenos, isto é, que considere o máximo dos componentes possíveis de uma situação (MARTÍNEZ, 2004).

Este estudo com enfoque etnográfico, dentro da metodologia qualitativa, descreveu e interpretou a realidade observada do ponto de vista conceitual de seus protagonistas; valores, tradições e normas de um ambiente onde foram partilhadas situações semelhante que acabaram internalizando-se individualmente e assim, explicando algumas condutas globais. Os dados gerados aproximaram-se da perspectiva que os participantes possuíam dos fatos e todo o processo foi interpretativo. Em etnografia há preocupação com o significado, com a maneira com que as pessoas vêem a si mesmas (visão êmica, de dentro) e o pesquisador, por sua vez, tentou apreender e retratar a visão dos participantes - a ênfase incidiu sobre o processo e não sobre o produto (FLICK, 2004).

Nesta pesquisa optou-se pela utilização do vocábulo drogas psicoativas por considerar que atualmente é o termo com significado mais preciso dentro da farmacologia. A grosso modo temos uma grande quantidade de termos utilizados na linguagem cotidiana no que se refere “as droga”, mas na comunicação com os usuários ou a mídia, o termo “droga” possibilita o compartilhar de um entendimento de senso comum (FIORI,2004).

3.1. Local do estudo

Dentro desse panorama, é indispensável contextualizar o local onde foi desenvolvido o estudo, Taquaritinga está situada na região de Araraquara, estado de São Paulo como uma extensão territorial de 594,22Km incluindo os distritos de Guariroba, Jurupema e Vila Negre. Tendo por limites ao norte as cidades de Monte Alto e Jaboticabal, à noroeste Fernando Prestes e Cândido Rodrigues, ao sul o município de Matão, à sudeste Santa Ernestina e Dobrada e a sudoeste Itápolis¹.

¹Prefeitura do Município de Taquaritinga [acesso em 07 de novembro 2010]. Disponível em: <http://www.taquaritinga.sp.gov.br/fatos_hist.php>

Segundo dados do IBGE, em 2010 o município de Taquaritinga conta com uma população de 55.658 habitantes, sendo que crianças/adolescentes perfazem os seguintes números:

- 01 a 04 anos = 3139
- 05 a 09 anos = 4376
- 10 a 14 anos = 4220
- 15 a 19 anos = 4298

Portanto, há uma população estimada de crianças/adolescentes em um total de 16.033 perante o total populacional do município, ou seja, 28,8% do total de habitantes da cidade.

Foi fundada em 08 de Junho de 1868, através da doação de terras de proprietários rurais, sendo que o principal doador foi Bernardino José de Sampaio. No transcorrer de muitas décadas o vilarejo foi se estruturando em uma cidade e o município empenhando esforços cria sua rede de saúde pública e dentro dessa pasta, é organizada a saúde mental². O atendimento à saúde mental do município está atualmente disposto da seguinte forma:

Ambulatório de saúde mental para atendimento de adultos com transtornos psiquiátricos leves a moderados;

Ambulatório de saúde mental para atendimento de crianças e jovens com transtornos psiquiátricos leves à moderados;

CAPS II adulto, atendendo adultos com transtornos psiquiátricos graves;

CAPSi, um dos focos desse trabalho, atende crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos graves no município de Taquaritinga sendo referência na regional de Araraquara e o único centro infanto-juvenil para tratamento de transtornos mentais implantado na DRS III. Lembrando que esse Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo, compreende um total de 24 municípios incluindo Taquaritinga, sendo de total relevância pontuarmos o significado que o Serviço tem perante à Regional de Saúde³.

A despeito dessa estrutura de saúde montada para o atendimento à Saúde Mental do município, não se observa um espaço específico dentre os locais citados para o atendimento às crianças/adolescentes usuários de álcool e outras drogas psicoativas. Como o Governo Federal destinou verba específica, dentro do Plano Emergencial de Ampliação ao Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD 2009-2011), destinada a

²Prefeitura do Município de Taquaritinga [acesso em 07 de novembro 2010]. Disponível em: <http://www.taquaritinga.sp.gov.br/fatos_hist.php>

³Governo do Estado de São Paulo – Secretaria de Saúde [acesso em 07 de novembro de 2010]. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-iii-araraquara>>

intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde e tratamento e redução de riscos de danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas principalmente aos segmentos vulneráveis, na faixa etária infanto-juvenil, era de se esperar que os municípios (no caso de Taquaritinga) envidassem esforços no sentido de se estruturar para o atendimento dessa clientela.

A experiência de docente acompanhando alunos técnicos em enfermagem em serviço público de atendimento municipal, no setor de pronto atendimento com urgência e emergência, possibilitou constatar que o fluxo de crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas, tem sido uma ocorrência desse espaço, causando estranheza o fato de que o setor acima citado, perante essa clientela, aciona diretamente o Conselho Tutelar. Diante da observação dessa prática surgiu o questionamento sobre o desfecho final desse atendimento e se tal procedimento seria uma rotina instituída, razão pela qual se optou por realizar a presente investigação.

3.2. Sujeitos da pesquisa

Trabalhadores da área da saúde e outros serviços (ONGs, etc) que acolham crianças/adolescentes que façam uso de substâncias psicoativas, no município do interior do estado de São Paulo (Taquaritinga).

3.3. Procedimento

Após a autorização do Secretário da Saúde do município, ocorreram as visitas aos espaços de atendimento e apoio (serviços de saúde e outros) a crianças/adolescentes usuários de substâncias psicoativas, para apresentar o projeto e solicitar a autorização para ter acesso a documentos locais (prontuários, arquivos, registros de fichas de acolhimento e/ou encaminhamento) em ocasião oportuna.

Nesse mesmo período, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética para sua apreciação, após a aprovação do mesmo, foi estabelecido com os locais alvo da pesquisa, uma agenda para se proceder a coleta de dados (dos documentos e as entrevistas). Foi solicitada ao

Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE) dispensa do termo de consentimento para a consulta desses documentos contendo as características individuais dos usuários como idade, sexo, escolaridade, moradia e outros dado que estes referem-se a crianças e jovens que já passaram pelas instituições a serem contactadas, nas quais, as anotações referentes à essa população são anônimas cujo contato está desatualizado, o que impossibilitaria a localização e conseqüentemente obter as autorizações para incluir os dados mencionados. Ressalta-se que houve a concessão de tal pedido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEPE EERP/USP), segundo protocolo nº 1483/2011.

Participaram da pesquisa todos aqueles serviços de saúde que atenderam crianças e adolescentes até 18 anos de idade usuários de álcool e outras drogas psicoativas, residentes no município elencado. Foram eles: Pronto Atendimento Municipal (PAM), Ambulatório de Saúde Mental Infantil (ASMi), Centro de Atendimento Psicossocial Infantil (CAPSi), Conselho Tutelar (CT) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Nos serviços de saúde e os outros de acolhimento de crianças e adolescentes relacionados, o projeto foi apresentado aos coordenadores (PAM, CAPSi) e trabalhadores que atendiam crianças/adolescentes (ASMi, CREAS) e ao Presidente do Conselho Tutelar, totalizando 05 entrevistados. A pedido dos participantes foi entregue o roteiro de entrevista para seu conhecimento e preenchimento e agendado outro horário para a sua discussão com a pesquisadora. Nessa ocasião a entrevistadora procedia à sua leitura e em havendo dúvidas solicitava esclarecimentos e complementações quando necessário do participante.

A coleta das informações ocorreu de novembro de 2011 a julho de 2012.

3.4. Procedimentos éticos

Aos trabalhadores da saúde e demais participantes dos locais de coleta dos dados que, voluntariamente se prontificaram a serem sujeitos da pesquisa, foi apresentado para sua assinatura, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mediante a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e também lhes foi garantido o anonimato e o direito de se retirarem da pesquisa a qualquer momento.

3.5. Coleta de dados

Uma vez obtida a autorização para entrar nos locais de coleta, procurou-se o contato com os profissionais que orientaram a respeito do material disponível que seria de interesse da pesquisadora e como ter acesso ao mesmo. Assim, para a verificação dos instrumentos utilizou-se a um roteiro padrão (anexo 01) no qual foram anotadas todas as informações disponíveis e que tinham relevância para a pesquisa. Também utilizou-se entrevista semi-estruturada com os informantes participantes no estudo.

A entrevista semi-estruturada segundo Triviños (1987), parte de questionamentos básicos fundamentados em hipóteses de interesse para a pesquisa. Entretanto, outras questões podem surgir no transcorrer da entrevista e frente às novas respostas, podem surgir outras hipóteses.

O primeiro instrumento foi destinado ao levantamento de informações em documentos tais como fichas de atendimentos, de encaminhamento e prontuários dentre outros disponíveis nos locais de atendimento e apoio a crianças/adolescentes usuários de substâncias psicoativas (anexo1). Já a entrevista semi-estruturada conduzida segundo Roteiro específico (anexo2), foi aplicado pela pesquisadora que buscou aprofundar com os profissionais participantes, informações referentes ao local, aos procedimentos de acolhida e/ou encaminhamento de crianças/adolescentes usuários álcool e de drogas psicoativas e seus familiares.

Tanto a consulta a documentos como as entrevistas foram realizada nos locais de pesquisa, em salas reservadas. Essa atividade demandou muitas idas e vindas aos serviços e em alguns casos levou meses para obter as informações e apesar de todo esse empenho, os dados de documentos estavam incompletos, assim como as informações disponibilizadas pelos participantes foram bastante sucintas.

3.6. Tratamento das informações obtidas

Os dados foram coletados, organizados e analisados com vistas à descrição do cenário de cada instituição participante. Quando necessário, houve um retorno ao campo para esclarecer dúvidas ou coletar novas informações que se fizeram necessárias para compor esse cenário.

O material obtido foi submetido à análise de conteúdo, tendo como diretriz norteadora no recorte das informações, os delineamentos especificados por FLICK,(2004) para análise e interpretação do material. As expressões do texto foram classificadas por unidades de significados (palavras, seqüência curta de palavras) a fim de agrupar anotações e sobretudo conceitos (códigos).

Os objetivos da codificação são fragmentar e compreender um texto e agregar e desenvolver categorias colocando-as em uma ordem no decorrer do tempo (FLICK, 2004).

A interpretação do material foi feita com base nas diretrizes das políticas de Saúde Mental Nacionais no tocante à atenção da criança e do adolescente e nos pressupostos teóricos de MORIN (1999), considerando a sua compreensão a respeito da complexidade, entendendo que questão álcool e outras drogas psicoativas constituem um fenômeno complexo.

4. RESULTADOS

As informações apresentadas nesse trabalho inicialmente dão a visibilidade às diferentes práticas e formas de organização da rede de atendimento do município de Taquaritinga-SP.

O material aqui analisado, provem das informações obtidas em locais (serviços de saúde e outros) que fazem tratamento e/ou acolhimento de crianças e adolescentes que apresentaram uso ou abuso de drogas psicoativas ou eventos relacionados ao consumo e outras intercorrências. No presente mapeamento, foram descritos 05 serviços com ações voltadas ao atendimento de crianças/adolescentes. As informações serão apresentadas, segundo os locais de sua origem.

4.1. A porta de entrada: o pronto atendimento municipal

O ponto de partida foi o Pronto Atendimento Municipal de Taquaritinga (PAM), o primeiro local de escolha para a coleta dos dados, pois representa a grande demanda, ou seja, a porta de entrada preferencial do sistema de saúde do município.

Foram coletados os atendimentos ocorridos nos meses de novembro e dezembro de 2011 e os meses de janeiro e fevereiro de 2012 por contemplar tanto dias letivos, onde crianças/adolescentes tem seus horários preenchidos por ocupações escolares, como também dias de férias onde supostamente, essa mesma população teria então dias sem a rigidez de afazeres.

No que se refere ao atendimento de crianças e adolescentes (em idade de 04 a 18 anos), foi observado um contingente, em 04 meses, que perfaz uma média de 1.221,7 atendimentos mensais, e esses variam desde casos de dores de dente, pediculose, quadros infecciosos, traumas por acidente, além de alcoolismo agudo e uso de substâncias psicoativas e outros conforme observado nas fichas de atendimento do PAM.

Dentre os atendidos encontra-se 38 casos de crianças/adolescentes que fizeram uso/abuso de álcool e outras drogas psicoativas, sendo que o índice maior de casos atendidos deu-se no mês de fevereiro, mês este, em que ocorriam os feriados do carnaval.

Para identificar a trajetória de atendimento de crianças/adolescentes usuários de álcool e outras drogas no município, tomou-se como ponto de partida a amostra desses 38 casos, grupo base de adolescentes, que deram entrada no PAM cujo dados são mostrados na Tabela 01 e a partir desse grupo se procurou identificar os demais locais de acolhimento.

Quanto as característica observou-se que a faixa etária desse grupo variou dos 13 aos 18 anos de idade não sendo observado nenhum caso envolvendo criança, somente adolescentes. Quanto ao gênero houve uma maior incidência do sexo masculino, sendo 22 casos, enquanto que o sexo feminino totalizou 16 casos (Tabela 01).

A amostra teve uma ocorrência de 55% de primeiros atendimentos e 45% de reincidentes, importante deixar claro que dentro de um limite de tempo de seis meses essas fichas serão arquivadas e o sistema numérico que registra as consultas como, por exemplo, 1º ou 2º atendimentos fica zerado. A partir do próximo semestre se os mesmos casos derem entrada no PAM serão registrados como 1º atendimento e assim por diante, e ainda também não se pode afirmar que os reincidentes tiveram todos os seus atendimentos anteriores referentes à uso/abuso de álcool e outras drogas psicoativas, pois as fichas de atendimento careceram de mais informações.

As fichas de atendimento analisadas não traziam, em sua maioria, informações suficientes quanto às manifestações de condutas caso a caso, mostrando uma escassez de dados. Os achados resumiam-se a nome, idade, sexo, endereço, número de vezes que tinha dado entrada naquele estabelecimento de saúde (dentro do semestre), data da consulta, diagnóstico e algumas condutas medicamentosas. Em algumas fichas havia a notificação do acionamento do Conselho Tutelar (CT) ou responsável pela criança/adolescente quando este se apresentava desacompanhado. Muitas dessas fichas possuíam caligrafia de difícil elucidação, feitas pela equipe médica e raramente havia anotações de enfermagem ou qualquer outro profissional. Também não se conseguiu detectar escolaridade, classe econômica, acompanhantes moradia, com quem a criança/adolescente residia ou mesmo os problemas referidos pelo grupo atendido.

Tabela 01 – Dados sobre a amostra de adolescentes atendidos no PAM no período de novembro 2011 a fevereiro 2012.

Características		Amostra Geral (38 casos)	
Sexo	Casos		%
Masculino	22		58
Feminino	16		42
Idade	Casos		%
De 13 a 15 anos	15		39
De 16 a 18 anos	23		60
Tipo de Atendimento	Casos		%
1º atendimento	21		55
Reincidente	17		45
Casos atendidos/mês	Casos		%
Novembro	11		29
Dezembro	06		15
Janeiro	02		5
Fevereiro	19		50

Fonte: Fichas de atendimento do Pronto Atendimento Municipal de Taquaritinga (PAM), novembro de 2011 a fevereiro 2012.

Com base nas carências observadas nessas fichas de atendimento, pode-se afirmar que tais documentos pouco esclareciam sobre a origem, os problemas apresentados por essas crianças/adolescentes, bem como seu destino. De evidência constatou-se a elevada reincidência desse grupo atendido, o que leva a pensar no fenômeno de atendimento de “revolving door”² ou porta giratória, seja qual for o motivo de sua volta.

Portanto os dados referentes à análise das fichas do PAM deixaram dúvidas a princípio sobre se o município despendia ou não algum atendimento a esse grupo de 38 crianças/adolescentes.

A entrevista de uma informante chave do PAM, revelou que havia o conhecimento sobre a existência do CAPSi no município e que crianças e adolescentes eram atendidos nesse serviço, mas não sabia dizer nada sobre a existência de um programa/projeto em relação a álcool e drogas: ”temos o CAPSi no município, porém não tenho conhecimento se há um programa desse tipo” e informou também sobre os procedimentos do serviço (PAM) quando se tratava de atendimento a crianças/adolescentes usuários de álcool e outras drogas psicoativas:

Aqui no PS quando dá entrada menor nestas condições acionamos o Conselho Tutelar, após medicamos e com ordem médica, o paciente recebe alta, em caso de solicitação médica ou judicial encaminhamos para o Hospital Psiquiátrico Caibar Schutell em Araraquara (Informante 01do PAM)

Aparentemente o trabalhador não está atualizado, pois as crianças/adolescentes não mais são encaminhadas somente a esse serviço, mas a outros serviços apontados no desenvolver desse trabalho. Além disso, a entrevistada relatou que após o encaminhamento o serviço “não” tem informações referentes ao destino dos usuários, crianças/adolescentes.

4.2. Os serviços de saúde especializados em atendimento a crianças e adolescentes: centro de atenção psicossocial infantil e ambulatório de saúde mental infantil

Dentro da Rede de atendimento do Sistema Único de Saúde do Município existe um trabalho voltado à assistência de saúde mental para crianças/adolescentes, conforme referido: CAPSi e ASMi.

Quando em visita previamente agendada ao CAPSi com um técnico da instituição, foi indagado se existiria documentação (prontuários com registro de atendimentos a crianças/adolescentes usuários de álcool e outras drogas) e a mesma afirmou que não havia atendimento a essa população dentro do CAPSi:

O município não tem programa/ projeto para o atendimento de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas. Eles são atendidos até então, nos ambulatórios de saúde mental. Os encaminhamentos não chegam até o CAPSi. (Informante 02 do CAPSi).

O técnico registrou ainda sobre as informações solicitadas que:

Essas informações ainda são parte do trabalho que até então estão sendo oferecidas em nosso município neste segmento de álcool e drogas. Neste momento estamos nos apropriando das novas portarias que norteiam este tipo de atendimento. (Informante 02 do CAPSi).

Esse comentário refere-se ao lançamento em 23 de dezembro de 2011 da Portaria nº 3.088 que 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.

O Art.06 da referida Portaria diz entre outras prerrogativas, que o CAPSi deverá atender crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, dentro da Rede de Atenção Psicossocial de cada município. O que até então não se vê no município em questão.

O contato com esse serviço, e o técnico despertaram inquietações, pois tratava-se de um local especializado no tratamento de crianças/adolescentes e no entanto, os usuários de substâncias psicoativas incluídos nessa faixa etária não estavam sendo acolhidos nesse local. Mais inquietante ainda foi ouvir a visão de um dos trabalhadores desse mesmo local, quando em outra conversa, argumentando para justificar o motivo do local não atender essa população:

Não dá para misturar as crianças e adolescentes com transtornos mentais que utilizam o CAPSi todos os dias, com os usuários de drogas. Não dá para mantê-los todos, no mesmo espaço de atendimento (Informante 03 do CAPSi).

Dando sequência a trajetória referente ao destino das crianças/adolescentes usuário de substâncias psicoativas, foi realizada a visita no ASMi em busca da confirmação das informações obtidas no outro serviço especializado. Para tanto houve o agendamento prévio de um horário com a trabalhadora de saúde do local que havia se disponibilizado a participar do estudo.

Responde ao roteiro de entrevista uma das trabalhadoras do serviço. As informações fornecidas trazem algumas das características já mencionadas anteriormente como a fala abaixo:

O município não tem programa/projeto para o atendimento de crianças/adolescentes usuário de álcool e outras drogas, porém há atendimentos ambulatoriais e clínicos além de parcerias com o CREAS que cumprem tal função. Esses atendimentos são providos pelo município, ou seja, de natureza governamental. (Informante 04 do ASMi).

A trabalhadora ainda relata dificuldades em relação ao atendimento. Explica em outro momento, que o mesmo é dirigido à população de crianças/adolescentes, mas não somente aos que estão em uso/abuso de substâncias psicoativas e que há uma fila de espera:

Há um nó no serviço, uma fila de espera para atendimentos principalmente no período da tarde. A maioria das crianças/adolescentes estudam no período da manhã e necessitam de atendimento no outro período. Procuramos dar prioridade para os casos mais grave e quando possível também pedimos para que compareçam ao atendimento pela manhã e após voltem para a escola. Aos demais é feito acolhimento e aguardam na fila de espera. Quando às internações são necessárias, é realizado o encaminhamento para clínica de reabilitação fora do município. Há internações por ordem médica e em alguns casos, acontecem por via judicial. (Informante 04 do ASMi).

Portanto é visto que priorizam os casos mais graves, deixando os demais no aguardo de vagas para o atendimento. Nos dados do roteiro de entrevista referentes ao tipo de atendimento prestado, quando questionado se os profissionais lançam mão de um projeto, essa relata:

Não há um projeto que fundamente o atendimento. As intervenções ocorrem com cada profissional seguindo sua linha de formação, não possuem especialização em uso e abuso de álcool e outras drogas, contando somente com o respaldo da formação acadêmica. (Informante 04 do ASMi).

Diz também que esse trabalho é realizado somente por dois psicólogos, os quais atendem no ASMi os usuários de álcool e outras drogas.

Inicialmente foi consultada a documentação no intuito de encontrar algumas das 38 crianças/adolescentes atendidas no PAM. Desse grupo nenhum caso foi encontrado, ou seja, a população encaminhada pelo CT após ser atendida no PAM não se fez presente no ASMi. Surge então a dúvida se o ASMi está absorvendo ou não a demanda com relação a usuários de álcool e substâncias psicoativas do município em questão, provenientes de serviços de saúde da rede, como o PAM. Porém deparamo-nos com 02 novos casos de usuários de álcool e outras drogas psicoativas nesse serviço, não havendo informações referentes à sua procedência (encaminhamento, demanda espontânea, etc) o que vem afirmar uma nova porta de entrada para o atendimento a essa população.

Tabela 02 - Dados dos adolescentes atendidos no Ambulatório Saúde Mental Infantil (ASM) segundo fichas de acolhimento e, não pertencentes à amostra do estudo.

Nome	Sexo	Idade	Data de Atendimento	Encaminhamentos e Acompanhamentos
Usuário W	M	18 anos	04/11/2011	Usuário de álcool e cocaína desde os 13 anos de idade. Há 15 dias saiu de uma internação em Atibaia, sendo que fugiu. Teve uma overdose há 3 meses com internação de 5 dias em UTI e sendo após internado contra vontade em Atibaia. Historia de tentativa de suicídio há 5 meses com medicação e bebida alcoólica. Pai falecido há 15 anos e também usuário de crack, sendo que reside ultimamente com mãe, padrasto e avó.
Usuário Y	M	14 anos	05/11/2011	Usuário queixa-se de uso de maconha a 5 meses. Dorme fora de casa(já chegou a ficar por volta de 30 dias), evasão escolar e histórico de pai falecido. Feito acolhimento em ASMi e inclusão da mãe em reuniões do Grupo Amor exigente e Grupo de orientação de mães no ASMA(Ambulatório Saúde Mental Adulto). O usuário Y foi incluso no Grupo de orientação sobre drogadição no CREAS, além de inclusão em projetos sociais de atenção ao adolescente (projetos culturais e esportivos). Passou a ser atendido no ASMi em tratamento psicoterápico. Em 05/11/2011 foi internado em clinica particular por ordem judicial custeado pelo município de Taquaritinga.

Dentro do contexto da Tabela 02, visualiza-se o acolhimento no serviço de ASMi à dois adolescentes um de 18 e outro de 14 anos, ambos mesmo sexo e em comum o uso por álcool, internação em clínica de reabilitação e perda da figura paterna.

Um ponto que chama a atenção é o agravo do adolescente W fazer uso de álcool e substâncias psicoativas desde os 13 anos de idade sem contar implicação ter saído de uma internação da clínica de reabilitação há 15 dias, com fuga e também tentativa de suicídio há 5 meses por ingesta de medicamentos e bebida alcoólica.

Já o adolescente Y que passou em acolhimento no ASMi foi ainda encaminhado a projetos sociais e grupo do CREAS com orientações quanto ao uso/abuso de substâncias psicoativas, sem adesão do mesmo, findando em internação em clínica particular por ordem judicial. É identificado a intervenção dos serviços junto ao usuário Y e seus familiares reforçando a intersetorialidade na promoção do cuidado. Segundo Couto, Duarte e Delgado, (2008) a intersetorialidade do sistema de serviços constitui estratégia importantíssima no cuidado de crianças/adolescentes, porém por ser complexa a sua operacionalização, permanece ainda como tarefa a ser efetivamente realizada.

4.3. Serviços vinculados à justiça – conselho tutelar

Rastreando informações cabia ainda a visita ao Conselho Tutelar, lembrando que em algumas fichas de atendimento do PAM, tal órgão foi citado.

Sobre o material disponível nesse órgão (prontuários dos atendimentos de crianças/adolescentes), cabe destacar que não houve acesso aos mesmos, portanto as informações foram dadas por escrito via ofício, pelo presidente do Conselho, em solicitação verbal sobre acesso a consulta dados referentes às 38 crianças/adolescentes atendidas no PAM.

Nesse registro o conselheiro confirma que foram acionados pelo PAM para acompanhamento desses casos e quando necessário os responsáveis pelas crianças/adolescentes foram contactados. As informações mais detalhadas disponibilizadas por esse informante foram somente de 06 dos 38 casos atendidos os quais são apresentadas na Tabela 03.

Tabela 03 – Adolescentes da amostra do estudo que, segundo o CT, apresentavam envolvimento com substâncias psicoativas.

Usuário e Gênero	Idade	Data/Horário atendimento PAM	Condição apresentada	Encaminhamentos após atendimento no PAM realizado por conselheiros
Usuário A Sexo F	17	13/11/2011 11:57h	Dor torácica e uso de drogas. Procurou o atendimento sozinha e encontrava-se chorosa, com vestimenta, porém descalça (FPAM) Em evidente estado de alcoolemia por consumo de vodka com energético. Desacompanhada de adulto responsável. (NCT)	Grupo de apoio aos alcoólatras – Amor Exigente
Usuário B Sexo F	16	05/11/2011 20:13h	Intoxicação exógena com ingestão de vários comprimidos (FPAM) Estado de inconsciência por consumo excessivo de medicamentos. Acompanhada da mãe. (NCT)	Centro de Referência de Assistência Especializada de Assistência Social.
Usuário C Sexo M	13	19/02/2012 20:49h	Etilismo Agudo.(FPAM) No atendimento apresentava lesões corporais por envolvimento em contenda com outro aluno no pátio da escola.Acompanhado pelo pai e mãe. Segundo o conselheiro, trata-se de um adolescente conhecidamente indisciplinado e de péssimo comportamento.(NCT)	Ambulatório de Saúde Mental.
Usuário D Sexo M	17	30/11/2011 18:23h	Dor torácica, uso de drogas.(FPAM) Apresentava comportamento agressivo em razão de suposto distúrbio mental.Desacompanhado(NCT)	Já atingiu a maioridade e ainda encontra-se internado por ordem judicial em Clínica Sistema Fechado na cidade de Limeira.
Usuário E Sexo M	14	21/02/2012 2:29h	Etilismo Agudo.(FPAM). Apresentava lesões corporais por envolvimento em contenda com outro aluno.Acompanhado pela mãe. Relato do atendimento no dia 20/02/2012.(NCT)	Ambulatório de Saúde Mental.
Usuário F Sexo M	14	11/11/2011 2:06h	Trazido pela ambulância, hálito etílico, náuseas e vômito.Com vestes sujas,descolorado, sonolento,mas respondendo a chamados verbais.(FPAM). Em estado evidente de alcoolemia por consumo de cerveja e vodka.Acompanhado por um responsável.(NCT)	Grupo de apoio aos alcoólatras – Amor Exigente

FPAM – Fichas de atendimento no PAM

NCT – Notificações do CT

A Tabela 03 mostra informações de 06 adolescentes incluídos na amostra, em sua maioria tendo menos de 17 anos de idade e que foram atendidos nos meses de novembro do ano de 2011 e fevereiro de 2012 com predomínio dos atendimentos feito no período noturno.

Com base na análise dos casos apresentados na tabela 03 observa-se ainda um desencontro entre as datas de atendimento informadas pelo PAM e pelo CT. Não havendo bases para afirmar qual dessas informações seria fidedigna. O mesmo pode-se dizer em relação ao horário de atendimento. Quanto ao motivo do atendimento no PAM e a chamada do CT, verifica-se que há diferenças nas informações. Enquanto o primeiro foca seu registro em sintomas, “sinais de uso de drogas ou álcool e ingestão de medicamentos”, o segundo especifica mais sobre o comportamento e apresentação dos adolescentes atendidos. Observa-se ainda que coube ao CT direcionar o encaminhamento à serviços de saúde ou apoio. Segue abaixo a descrição de alguns desses casos:

1. Usuário A constando na ficha do PAM, dor torácica e uso de drogas enquanto que a descrição pelo CT é evidente estado de alcoolemia;
2. Usuário C há somente a descrição de etilismo agudo na ficha do PAM em contra partida, no relatório do conselheiro não há descrição do uso de álcool ou qualquer outra substância psicotrópica, apenas o envolvimento do menor em uma briga de escola sendo que o mesmo já trazia um estigma de mal comportamento;
3. Usuário D na ficha de atendimento do PAM há registro de dor torácica e uso de drogas. O CT trás a notificação de que o mesmo apresentava comportamento agressivo em razão de suposto distúrbio mental;
4. Usuário E em ficha de atendimento do PAM é visto a descrição de etilismo agudo, já em notificação do CT, o adolescente apresentava lesões corporais por envolvimento em briga com outro aluno, porém as datas não são as mesmas, o primeiro atendimento data do dia 21/02/2012 às 2:29hs.(PAM) e o segundo dia 20/02/2012 (CT).

Os outros 02 casos abordam descrições bem parecidas, há concordância tanto nas fichas de atendimento do PAM como nas notificações do CT.

Sobre a questão dos encaminhamentos que no caso foram feitos pelo CT , (lembrando que esse é um serviço judicial e não de saúde), para o tratamento com relação à saúde dentro da rede ofertada pelo município, temos os seguintes locais descritos: Grupo de Apoio aos alcoólatras Amor Exigente, CREAS e ASMi. Notificando também que houve uma internação fora do município feita por ordem judicial, o que mais uma vez nos chama a atenção, pois vemos a intervenção do judiciário à saúde.

A título de complementar a análise dos registros fornecidos pela Tabela 03 na busca pelos adolescentes em cada um dos lugares a qual foram encaminhados, somente foi encontrado 02 deles no CREAS, mas também não permaneciam em tratamento por não aderirem ou por serem encaminhados à internação fora do município.

Em relação ao grupo “Amor Exigente”, num primeiro momento houve a resposta positiva, por ocasião de visita para explicar o projeto, incluindo o roteiro de entrevista, a duas pessoas que conduzem as reuniões do grupo. Após, houve a desistência na participação deste estudo onde alguns dias depois nos disseram, por meio de e-mail:

Após ler novamente seu questionário, troquei idéias com outras pessoas do grupo e as informações não cabem ao nosso grupo responder por que esses são projetos do município.(Informante Grupo Amor Exigente).

Sugeriram ainda que procurasse outras pessoas do município, que sob o seu ponto de vista, poderia auxiliar na respostas que buscávamos.

Observa-se que o informante acreditava não poder responder a entrevista, pois não se sentia parte de um projeto ou ainda das estratégias do município quanto à atenção a crianças/adolescentes usuários de álcool e outras drogas psicoativas, embora eles façam parte da rede, posto que o CT encaminhou usuários ao seu serviço, mesmo não constituindo um equipamento vinculado à rede de saúde ou do judiciário.

Continuando a descrição dos 38 casos encontrados no PAM e também descritos pelo CT, temos o relato, feito pelo conselheiro, sobre os demais casos atendidos no PAM que constam nesse trabalho , o qual informa o seguinte:

Dos demais 30 casos relacionados, 10 foram atendidos no PAM local, apresentando apenas problemas de saúde corriqueiros, porém desacompanhados de adulto responsável, razão pela qual, o CT foi acionado para encontrar os pais ou familiar adulto para acompanhar e assumir a responsabilidade em relação aos menores. (Informante 05 do CT).

Os 20 casos restantes foram atendidos no PAM local, para efetivação de laudo de exame de corpo de delito, pois se trata de adolescentes apreendidos pela Polícia Militar, praticando atos infracionais que, após as medidas legais foram liberados aos responsáveis pela Autoridade Policial, ou internados em instituição própria para cumprimento de medida socioeducativa por determinação judicial. O CT foi acionado para verificar o atendimento dispensado aos menores pela Polícia Militar e PAM, entregá-los aos responsáveis, se liberados pela Autoridade Policial ou acompanhar o recâmbio dos menores até as Instituições, em caso de internação bem como para efetivar as medidas protetivas de ordem em relação aos pais e em relação aos menores. (Informante 05 do CT).

Causou certa estranheza esse registro uma vez que no atendimento do PAM, todos os casos reportavam uso de álcool e outras drogas. Será que o procedimento para encaminhar inclui critérios diferenciados para cada usuário? Qual seriam eles?

Como não houve acesso aos arquivos é impossível responder a tais questionamentos. O que se tem são os registros fornecidos via ofício, os quais relatam ter sido problemas de saúde corriqueiros (dez dos atendimentos) e os outros por apreensão policial (sem a presença de um responsável) em atos infracionais, que tanto pode ser uso ou participação em tráfico de drogas, roubos sob efeito de droga, já que no PAM quem os atendeu registrou sintomas de uso. Ainda reforçando o não acesso aos arquivos, deixa-se de mencionar o atendimento/encaminhamento realizado pelo CT de 02 dos casos da amostra do estudo, pois o participante da pesquisa menciona 36 casos no total dos seus relatos e não 38 como na amostra inicial do PAM.

4.4. Serviço vinculado ao órgão social – centro de referência especializado de assistência social

O CREAS foi mais um dos serviços referenciados pelo CT, quando se trata de encaminhar a criança/adolescente para o tratamento. Entrei em contato com o serviço e procurei por técnicos que trabalhassem no acolhimento a população adscrita. Após serem questionados em suas percepções através do roteiro de entrevistas, as trabalhadoras, sendo uma psicóloga e uma assistente social, também afirmaram que não havia um programa/projeto para o tratamento de crianças/adolescentes usuários de substâncias psicoativas no município.

Ambas afirmam haver uma crescente demanda de encaminhamentos do CT ao CREAS e que não era da competência daquele serviço, conduzir o tratamento da maioria dos casos encaminhados. Disse ainda que:- “estavam tentando solucionar esse impasse”, porém que no momento, os casos aos quais eles não conseguiam atender, por falta de maiores recursos e também por não ser, segundo sua compreensão indicado, encaminhavam para outros municípios de São José do Rio Preto para triagem e possível internação em clínicas para tratamento de crianças/adolescentes em uso/abuso de substâncias psicoativas. Afirmam ainda:

Após internação e mesmo durante está, há o acompanhamento psicossocial da família por este setor, no entanto, não há um projeto terapêutico padrão para todas as famílias/usuários. O atendimento é realizado trabalhando com as particularidades de cada caso. (Informante 06 do CREAS).

Portanto, o serviço não possui um projeto ou plano estruturado a priori, ou mesmo diretrizes gerais de como se conduzir no serviço de apoio aos usuários e seus familiares, mas como ponto positivo, há de se destacar o fato de que informa trabalhar com as “particularidades de cada caso”, embora não especifiquem as formas como o façam.

A fala a seguir dá alguns dados a esse respeito, além de mencionar a falta de investimento do local para capacitar seu pessoal, sendo isso mais uma iniciativa do próprio profissional.

E quanto à capacitação, os profissionais tem cursos preparatórios que foram realizados por busca pessoal dos mesmos. Não houve investimento do setor (CREAS) neste tipo de capacitação. (Informante 06 do CREAS).

Ao buscar os casos de usuários descritos nesse trabalho, que o CT havia encaminhado a esse serviço (um total de 02 casos) encontrei-os, e juntamente com esses, outros novos casos.

Um dos adolescente (usuário G pertencente a amostra dos 38 casos iniciais do PAM), que não foi mencionado pelo conselheiro (dentro dos 06 casos que foram detalhados) do CT, foi identificado em acolhimento no CREAS e após ter sido atendido, foi encaminhado a uma

clínica para tratamento de dependentes em Araraquara e permanecia internado até a ocasião da entrevista ao profissional.

Vale destacar a fala de uma das trabalhadoras:

O CREAS por ser um serviço de trabalho social atende várias vítimas de violência e que muitas vezes o usuário de álcool e outras drogas vem agregado nessa história. (Informante 06 do CREAS).

Essa fala aponta que o uso de álcool e outras drogas psicoativas estão presentes nas situações de violência em que o serviço é acionado.

Portanto há no município mais uma porta de entrada para crianças/adolescentes usuários de álcool e outras drogas psicoativas, ou seja, um serviço de atendimento social. Segue na Tabela 04 os casos encontrados no CREAS, sendo um total de 08 novos casos.

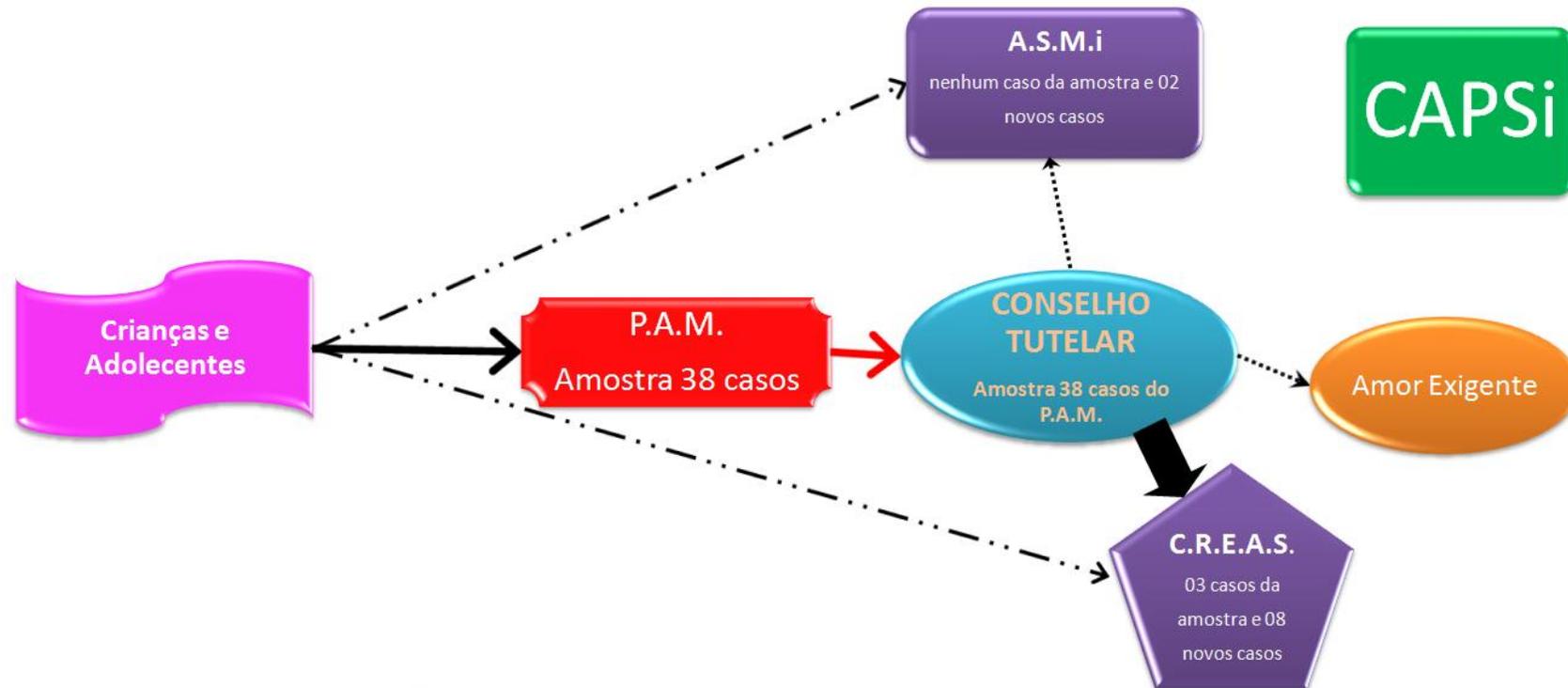
Tabela 04 – Crianças e adolescentes atendidos pelo CREAS não incluídos na amostra no período de novembro de 2011 a fevereiro de 2012.

Idade	Sexo	Data atendimento	Encaminhamentos e acompanhamentos
16 anos	M	26/01/2012	Compareceu somente no acolhimento e não aderiu ao tratamento.
5 anos	M	08/02/2012	Apresentando agitação psicomotora. Supostamente uso de cannabis. Mãe deixava com os primos para ir trabalhar e estes davam droga a ele.
16 anos	M	26/02/1012	Foi internado em Clínica de Reabilitação em Presidente Prudente. Após fugiu e desistiu do tratamento.
17 anos	M	07/02/2012	Veio encaminhado pela Igreja. Passou pelo acolhimento e não aderiu ao tratamento.
18 anos	M	16/01/2012	Após ser internado em Clínica de Reabilitação, apresentou fuga. Atualmente está em regime judicial na Fundação Casa.
16 anos	M	19/12/2011	Veio por encaminhamento judicial. Não aderiu ao tratamento.
16 anos	F	03/02/2012	Permanece em tratamento no CREAS, sendo acompanhada pelos técnicos e está em liberdade assistida com prestação de serviço à comunidade.
15 anos	M	05/12/2011	Foi internado em Clínica de Reabilitação em Presidente Prudente no começo do ano de 2012. Observação:A mãe também permanece internada em outra Clínica de reabilitação em Santa Fé.

Conforme observado na tabela 04 o atendimento de adolescentes em sua maior parte, dá-se na idade de 16 anos, porém consta a presença de uma criança com apenas 05 anos. Nesse serviço aparentemente não há uma triagem. Ao analisar o caso da criança de 05 anos talvez ela devesse ser atendida em outro serviço pelas características da descrição que mostrava, agitação psicomotora. Quanto ao encaminhamento os mesmos vêm pelo poder judicial, pela Igreja, pelo CT e outras instâncias e daí são reencaminhados a clínicas de reabilitação fora do município ou ainda, permanecem ou não, em tratamento no CREAS. Cabe destacar a pouca adesão dos usuários aos tratamentos propostos (inclusive com o registro de fugas) relatada pelos próprios serviços. Somente um dos casos aqui mencionados, encontrava-se em tratamento no serviço sendo acompanhado pelos técnicos estando em liberdade assistida com prestação de serviço à comunidade.

A realização do trabalho mostrou que o percurso de crianças/adolescentes usuários de drogas psicoativas é tortuoso. Abaixo segue um diagrama no qual se procurou esquematizar o caminho percorrido pela amostra cujo percurso de atendimento se buscou identificar e nesse processo outros usuários foram se agregando, os quais entraram no contexto de assistência por outras “portas”, que não a esperada.

Fluxograma 01 – Fluxo de atendimento e encaminhamento de crianças/adolescentes usuários de substâncias psicoativas no município Taquaritinga-SP.



Legenda quanto ao tracejado que expressa a procura de crianças/adolescentes aos serviços que elegem como prioridade no atendimento

- · · — ➔ ASM*i* procurado eventualmente como porta de entrada no atendimento de crianças/adolescentes usuários de substâncias psicoativas.
- ➔ PAM procurado com prioridade como porta de entrada para atendimento de crianças/adolescentes usuários de substâncias psicoativas.
- ➔ Acionamento direto do serviço do judiciário (CT), feito pelo serviço de saúde (PAM).
- · · · · ➔ Encaminhamento eventual de crianças/adolescentes de um serviço judiciário (CT) a um serviço de saúde especializado (ASM*i*).
- ➔ Encaminhamento prioritário de crianças/adolescentes de um serviço judiciário a um serviço social (CREAS) sendo estes, a maioria dos encaminhamentos.
- · · · · ➔ Encaminhamento eventual de crianças/adolescentes de um serviço judiciário a um grupo de aconselhamento (GAE).

Através do fluxograma exposto vemos os diferentes encaminhamentos no atendimento à crianças/adolescentes usuários de álcool e outras substâncias psicoativas. Esse recurso auxilia também a ter uma compreensão do panorama da rede municipal, onde praticamente o contexto social e judiciário, aqui exercido pelo CT, é quem dita os encaminhamentos.

As crianças/adolescentes poderão ser acolhidos, ao chegarem pelos variados serviços (portas de entrada) o PAM, o ASMi e o CREAS, sendo que 02 desses apresentam trabalhos de atendimento a saúde da população e o terceiro trata-se de um órgão social.

Vale observar que o serviço especializado CAPSi que teria segundo as diretrizes da saúde em vigor absorver a população do trabalho em questão, não se mostra atuante dentro desse contexto e não ocupa o seu importante espaço dentro da rede em relação ao acolhimento de usuários de substâncias psicoativas.

É notório que há a sensibilização do município referente à demanda que se apresenta a ele, haja vista o trabalho de acolhida desenvolvido pelos serviços aqui apresentados. A falta de um projeto direcionado à população de crianças/adolescentes usuários de substâncias psicoativas (conforme referido em resposta unânime pelos serviços participantes do trabalho), dificultou visualizar a prática efetiva da rede em torno do cuidado com crianças/adolescentes usuários de álcool e substâncias psicoativas? A resposta a esse questionamento, ao menos neste trabalho, não foi alcançada.

5. DISCUSSÃO

Segundo MORIN(2010) na formula de Heráclito, “viver de morte, morrer de vida” idéias complementares e antagônicas levam a uma complexidade e esse não é um problema novo, o pensamento humano sempre enfrentou a complexidade tentando ou bem reduzi-la ou bem traduzi-la. O pensamento complexo de Morin (1998) faz crítica ao paradigma da simplificação que objetiva tentar controlar a realidade por meio do pensamento simples, onde retira, reduz e trata de maneira unidimensional a realidade. Esse modelo de complexidade compreende um fenômeno que possui quantidade variada de interações, interferências, incertezas, indeterminações e incorpora uma forma dialética de compreender as oposições, diversidades, acaso, necessidade, buscando uma forma de unidade, porém complexa.

Fundamentado nessa perspectiva NEUBERN (2003) ao referir-se à drogadição, menciona que nenhuma abordagem é totalitária e se faz capaz de resolver ou de responder a complexidade da demanda dos problemas que envolvem o uso/abuso de substancias psicoativas e que a drogadição, enquanto fenômeno, deveria ser vista por variadas perspectivas ou inúmeras faces como individual, social, familiar, econômico, político, cultural, biológico entre outras e que não se encontra esgotado em nenhuma delas.

Talvez a dificuldade dos serviços e dos profissionais com relação às estratégias de tratamento relacionadas ao uso/abuso de substâncias psicoativas esteja na mudança do olhar em como ver essa perspectiva complexa e tantas vezes contraditória e compreender o fenômeno como se apresenta – num contexto dinâmico. Vale lembrar ainda, que as diretrizes voltadas a saúde mental de crianças/adolescentes recentemente tiveram seu reconhecimento como uma questão de saúde pública integrando as ações do SUS.

O trabalho muitas das vezes desenvolvido pela administração dos serviços é diferente do trabalho real aquele enfrentado no dia a dia, pelos trabalhadores os quais tem de pensar em soluções informais e tomar decisões que fogem daquilo que o papel determina. Existe o conhecimento de que pelos ditames do Sistema Único de Saúde, os serviços seguem os princípios doutrinários da Universalidade com garantia de atenção à saúde por parte do sistema, da Equidade onde todo cidadão será atendido conforme suas necessidades, todos iguais perante o SUS e a Integralidade afirmando a assistência biopsicossocial de cada usuário.

Na legislação brasileira há o posicionamento de “guerra às drogas” com ações militarizadas, mas esse não é só um problema jurídico-policial é também partilhado pela

abordagem da saúde pública. Embora o consumo de drogas ilícitas constitua crime, pois a proposta de descriminalização do porte de drogas ainda não tenha sido aprovada, admite-se o direito de cidadania aos usuários com a proposta do consumo com redução de danos, mas o tratamento ao usuário ainda é ditado sob a ótica do estigma de criminoso (Alves, 2009).

Ainda em relação às políticas públicas voltadas a atenção de crianças/adolescentes é importante mencionar o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA Lei Federal 8.069/1990), diretriz fundamental de atenção e proteção aos direitos de pessoas em faixa etária de desenvolvimento. Quanto às questões relacionadas ao tratamento de uso/abuso de substâncias psicoativas, temos o Artigo nº101, das Medidas Específicas de Proteção, estabelecendo o direito ao atendimento, sendo mais específico, diz que toda criança/adolescente usuário de droga deve “receber orientação, apoio e acompanhamento temporários; requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime seja hospitalar, seja ambulatorial, ou inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos”. Essas medidas também são aplicáveis aos pais e responsáveis, sendo atribuição do CT (Brasil, 2003).

Ao pensar no desenvolvimento do presente estudo, causou estranheza verificar que com todo esse suporte legal que deveria ser considerado pelo contexto da assistência, a criança/adolescente usuário de álcool e outras drogas, não haveria necessidade de se rastrear o destino da população infanto-juvenil atendida na porta de entrada do sistema de saúde no caso, o PAM. Esse serviço de urgência e emergência ainda que não tenha um subsídio para o atendimento das emergências psiquiátricas, também não dá indícios de se preocupar com o cuidado ou em implementar melhoras no atendimento à demanda de adolescentes (e crianças) usuários de substâncias psicoativas. Percebe-se um envolvimento do PAM restrito à medicalização seguido de acionamento do CT frente aos casos apresentados.

É encontrado na literatura que os serviços de urgência e emergência atendem uma grande demanda de casos de transtornos por uso/abuso de substâncias psicoativas e que nos Estados Unidos da América (EUA) representaram em 2008 cerca de 8,5% de todos os atendimentos realizados nesse ano, dentro desse setor. Já no Brasil, são cerca de 28,5% da população que apresentaram transtornos por uso/abuso de substâncias psicoativas considerados graves entre 1998 e 2004. O serviço de urgência e emergência pode ser encarado como uma oportunidade para a sensibilização do usuário quanto ao uso da substância, comportamentos de risco e conseqüências médicas e psicossociais e podendo ainda se pensar em estratégias de intervenção a serem oferecidas o que não foi observado nesse trabalho (AMARAL;MALBERGIER;ANDRADE, 2010).

Em termos de prática de acolhimento realizada pelos serviços especializados chama a atenção a competência de cada um em matéria de atendimento. O CAPSi do município estudado aparece em um isolamento em si mesmo e desarticulado da rede em referência ao atendimento de crianças/adolescentes usuários de álcool e substâncias psicoativas. Esse fato confirma os achados de estudo qualitativo realizado com gerentes de CAPSi e de Unidade de Saúde da Família (USF), localizado em distintas regiões da cidade de São Paulo, cujos autores Delfini e Reis (2012) mencionam que o papel do CAPSi na rede de cuidados de saúde mental é questionável, pois pode corroborar para seu isolamento em relação aos outros serviços por muitas vezes não saberem como lidar com a situação do que vem a ser “caso de CAPSi”: a passagem da demanda para “o outro”, no caso serviços da atenção básica, e esses por sua vez, devolvem o caso encaminhado.

Também mostrou em concordância com alguns desses casos o estudo dos autores Hoffmann, Santos e Mota (2008) sobre CAPI realizado no Brasil no ano de 2003, em 07 dessas instituições localizadas nas regiões sudeste (04 delas), sul (02 delas) e centro-oeste (somente 01) realizado a partir de dados secundários, no intuito de caracterizá-los quanto a natureza dos serviços prestados clientela atendida e a modalidade de cuidado oferecida. Os resultados dessa investigação evidenciaram ausência de registros e o não atendimento aos transtornos decorrentes do uso/abuso de álcool e outras substâncias psicoativas.

Analisando os estudos indaga-se sobre as competências de cada serviço, pois há pouca citação a respeito do trabalho em rede. Fato esse constatado no estudo atual em relação ao CAPSi, um dos locais investigados, o qual sequer está inserido nessa rede, ao menos no tocante a criança/adolescente usuários de substâncias psicoativas. Dentre os motivos assinalados para o não atendimento as crianças/adolescentes usuários de substâncias psicoativas autores Hoffmann, Santos e Mota (2008) destacam a necessidade de capacitação técnica específica. Razão essa também encontrada nesta investigação, seja através dos relatos dos participantes, seja das observações realizadas nos locais.

O CAPSi do município está apropriando-se das leis que norteiam o atendimento a esses grupo, mas deixou transparecer um certo preconceito sobre a questão, pois no mesmo espaço na qual atendem a população infanto-juvenil com transtornos mentais não acreditam ser viável o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas. Cabe lembrar que esse espaço (CAPSi) conta com uma equipe multidisciplinar de saúde mental, que deve ser capaz de envolver vários dos aspectos referentes ao acolhimento e acompanhamento na busca de alternativas para o tratamento não só da criança e adolescentes, mas também de seus familiares.

Quanto ao segundo serviço especializado o ASMi, mostrou-se insuficiente no atendimento a demanda, com fila de espera. Talvez devesse receber encaminhamentos adequados referentes aos seus programas de atendimento, dividindo com outros serviços da rede a tarefa de atenção a crianças/adolescentes usuários de álcool e outras drogas. Importante abordar que as filas de espera não devem acontecer, pois pelo acolhimento universal, proposta do Ministério da Saúde, todos os serviços públicos de saúde mental devem apresentar-se abertos à demanda que chegue a sua porta, independentemente da sua capacidade (BRASIL, 2005).

Olhando para os serviços sociais (CREAS) e jurídico (CT), tirando o foco da saúde, eles vêm compor a articulação no tratamento partindo do pressuposto que o social faz a articulação com a educação, cultura e esportes e o jurídico, compreenderia as medidas protetivas como vemos no art.nº 101 do ECA (como já citado anteriormente) que traz diretrizes sobre o abuso/uso de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, o encaminhamento e o atendimento do adolescente principalmente quando esse estiver sob medida sócio educativa privado ou não de sua liberdade. Porém, conforme o estudo mostrou, o observado nem sempre se resume a esse panorama. Buscou-se na intervenção do judiciário a solução de problemas graves, na expectativa de uma rápida resolução.

Há de se destacar as internações clínicas, pois elas não devem ser concebidas como um instrumento de cura que irá eliminar a dependência, mas devem ter uma indicação precisa e auxiliar no processo e não ser “tábua de salvação”.

Importante se faz trabalhar no sentido de construir uma demanda de um consentimento mínimo em relação ao tratamento, pois esse não acontecerá se o sujeito não o consentir/aceitar. Estar atento para olhar também o papel que a ordem judicial muitas das vezes desempenha na internação – a quem ela beneficia? Essa judicialização na internação pode apresentar-se dúbia e por vezes, vem facilitar a estratégia de acesso dos jovens ao serviço de saúde e em outras é utilizada como uma espécie de punição servindo como recurso a disciplinarização (LAURIDSEN; TANAKA, 2010).

A “naturalização” da internação psiquiátrica por ordem judicial para “apagar incêndios”, pode ser uma prática freqüente onde os jovens usuários de drogas não devem apenas receber um tratamento médico, mas também um tratamento jurídico (SCISLESKI; MARASCHIN; SILVA, 2008).

No percurso desse trabalho foi percebido uma amostra dessa lógica, a existência diferenciada no olhar do profissional da saúde em comparação ao do profissional que trabalha no âmbito jurídico. Essa relação é apontada na descrição da fala de um dos participantes do

estudo quando refere conhecer o adolescente por apresentar comportamento indisciplinado. Cabe destacar que o tratamento na saúde mental não deve ser confundido com uma penalização, mas sim com a oportunidade de desfazer algo já construído pelo processo desencadeado no uso/abuso habitual de álcool e outras substâncias psicoativas.

O tema sobre o tratamento de crianças/adolescentes usuários de álcool e outras drogas psicoativas mostrou-se escasso em termos de produção de pesquisas, com essa população atendida pelos serviços oferecidos pelo SUS. Como parâmetro há projetos governamentais e leis instituídas como as diretrizes previstas na Portaria GM/MS nº - 1190, de 04 de junho de 2009 que lança o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD 2009-2011), e centra-se na prioridade da faixa etária de crianças/adolescentes situação de vulnerabilidade contando com a qualificação e articulação das redes de saúde, adoção de estratégias de redução de danos, ampliação do acesso ao tratamento, promoção da saúde e dos direitos com inclusão social e o enfrentamento do estigma (BRASIL,2009).

Existe ainda a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 que 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, indicando que toda a rede do SUS seja na atenção básicas, hospitalar, nos serviços de emergência, nos CAPS e outros, que provê o acolhimento, acompanhamento e o auxílio à reabilitação de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

Portanto segundo se verifica nas disposições legais citadas, há diretrizes instituídas para esse atendimento, mas que aparentemente pouco foram incorporadas, talvez por serem novas e não houve ainda tempo e/ou preparo dos locais e dos trabalhadores para os serviços absorverem as incumbências exigidas.

Isso vem corroborar com a perspectiva da complexidade proposta por Morin (1998). Dentro do panorama preconizado por esse autor, admite-se que a racionalidade do conhecimento não elimina ou supera as contradições, mas aceita a irredutibilidade. Compreendendo que há nos homens uma multipersonalidade que pode revelar contradições e dessa forma, toma consciência da complexidade e dos desvios humanos.

Assim para esse autor pode haver uma convivência pacífica entre teorias e idéias – caso da Reforma Psiquiátrica de conhecimento e aparente adesão dos trabalhadores – contudo não passiva frente à contradição – deve-se incorporar o usuário de substâncias psicoativas,

conforme preconizado pela lei, mas ele não é aceito como cliente de saúde de saúde mental – daí as “manifestações de resistência” veladas.

Morin(1998) reconhece a necessidade de se estar consciente das resistências entre os homens, dado que em todos os tempos e áreas existem as forças da ideologia, cultura e história que podem conduzir a erros.

No campo da saúde, a lógica do pensamento complexo de Morin tem ampliado o contexto das discussões uma vez que os fenômenos envolvendo o processo saúde-doença apresentam múltiplas dimensões (ALBUQUERQUE, 2007).

Os dados obtidos nesse estudo mostram haver uma lacuna entre as políticas preconizadas e a real prática encontrada na rede de serviços, particularmente no CAPSi.

É possível que a falta de registros sobre informações em geral e dos procedimentos oferecidos, possa estar associada ao próprio percurso histórico do reconhecimento da criança/adolescente como pessoa e/ou a atenção voltada a saúde mental desse grupo que constitui um empreendimento recente. Também a carência de formação específica apontada como um obstáculo esteja levando ao encaminhamento preferencial desses clientes a um tipo de profissional (psicólogo) subvertendo a idéia de trabalho em equipe.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esse trabalho que surgiu com a proposta de fazer a escrita sobre um espaço (município) e vários atores (pessoas) envolvidos percebe-se que a questão investigada se aproxima não só do campo da saúde visto em um primeiro momento, mas também do social e do jurídico, campos estes que foram sendo agregados através de serviços de acolhimento e assistência contactados no decorrer dos encontros propiciados pela busca de crianças/adolescentes usuários de álcool e substâncias psicoativas, serviços que estavam inseridos na estrutura de atenção em saúde da cidade.

Verificou-se com relação à estrutura de atenção a saúde alguns dados coletados, que existe um olhar enviesado, pois os registros dos usuários nos serviços mostraram-se carentes de informações, além da dificuldade de acesso a todos os lugares e dados por onde se esperava que essa clientela fosse acolhida ou ainda, ter conseguido isso através da visão do outro. Esses entraves apenas confirmam obstáculos referentes a estrutura e a organização presentes no cotidiano vivenciado dentro dos serviços.

No material obtido através das entrevistas dos participantes, esses foram unânimes quanto ao município não ter um projeto direcionado ao tratamento de crianças/adolescentes usuários de substâncias psicoativas, porém todos esses locais promoviam, de certo modo, o atendimento/acolhimento aos que chegassem a sua porta. Com base nesses depoimentos, observou-se que as políticas públicas em relação ao atendimento do usuário infanto-juvenil de drogas psicoativas não são implementadas e os serviços não se articulam em rede.

Além disso, houve atitudes e expressões de trabalhadores dos serviços de saúde (geral e especializados) que denotaram distanciamento desse grupo e até preconceito. Isso vem corroborar as contradições que permeiam o lidar com um fenômeno complexo, pois embora os profissionais tenham ciência da necessidade de prestar o cuidado (por que o usuário está a sua frente ou por que as diretrizes de saúde mental do Ministério da Saúde as impõe) há todo um contexto de crenças pessoais que parecem estar presentes e atuando

Talvez em um esforço coletivo de todas as áreas afins como a saúde, o judiciário, o serviço social e o educacional pudesse modificar o atual contexto com intervenções mais eficazes no que se refere a políticas de atenção a essa população. É preciso criar possibilidades entre o preconizado pelas leis e o tratamento que vem sendo dispensado, bem como melhorar a articulação entre esses segmentos.

Em suma não se pretende esgotar aqui as questões referentes ao atendimento de crianças/adolescentes usuários de substâncias psicoativas, mas buscar compreender algumas dessas facetas envolvidas no processo através da investigação do caminho percorrido por um grupo de crianças/adolescentes usuários de substâncias psicoativas no cenário de uma cidade do interior de São Paulo. Consciente de que o fenômeno é realmente complexo, com muitas realidades, tantas quantas as instâncias e pessoas que fazem parte do contexto de cuidado e acolhimento. Como limitação do trabalho destaca-se o não conseguir identificar o destino das crianças/adolescentes (casos) em razão da escassez de informação nos locais pelos quais passaram indicando para onde eles foram ser encaminhados.

7. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. D. S.V. et. A expressão dos demônios de Morin, **Rev. Bras. de Saúde Matern. Infantil**, Recife, 2007, p. 503-506.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2009, vol. 25, n.11, p. 2309-2319. Disponível em :< <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>> Acesso em Jul.2012.

AMARAL, R. A. ; MALBERGIER, A. ; ANDRADE, A. G.de. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr. [online]**. 2010, vol. 32, supl.2, p. S104-S111. Disponível em :< <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600007>>. Acesso em:02 Ag.2012.

ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar. (1978)

BAPTISTA, M. ; CRUZ, M.S. ; MATIAS, R. **Drogas e pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2003.v.2.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa : Persona, 1970.

BOARINI, M.L. ; BORGES, R.F. Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise. **Estudos de Psicologia** (Natal) 1998 , v. 3(1), p.83-108.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: *Lei Federal 8.069/1990*. Porto Alegre : Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2003. 104 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília (DF), 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.
Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2005.
340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL .Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.190,de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. **Diário Oficial da União** 2009, 05 jun.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.179de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 2010, 21 maio.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da VI Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial [Internet]. Brasília, 2010. Disponível em : <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em:25 jul.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 8, Ano VI, nº 8, janeiro de 2011. Brasília, 2011. **Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental**. 24p. Disponível em : <<http://www.saude.gov.br> e www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em:12 dez.2010.

BRASIL.Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde**. PEAD (2009-2010), 2011.

CARLINI, E. A. (supervisão) [et. al.] .VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010/E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010.

COUTO, M. C. V. ; DUARTE, C. S ; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 2008, vol.30, n.4, p. 384-389.Acesso em :10 mar. 2011.

CUCCI, G. ; MARTA, T. N. A importância das políticas de inclusão familiar na formação de crianças e adolescentes. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, 80, 01/09/2010 [Internet].

Disponível em : <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8274>. Acesso em: 06 mar. 2011.

DELFINI, P.S.S. et al. Profile of patients from a psychosocial care centre for children and adolescents in São Paulo City, Brazil. **Rev. Bras. Crescimento desenvolv. Hum.** [on line]. 2009, vol.19, n. 2 [citado 2011-05-19], p. 226-236. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>>. Acesso em: 12 fev.2010.

DELFINI, P.S.S. ; REIS, A.O.A. Articulação entre serviços públicos de saúde . cuidados voltados à infância juventude saúde mental. **Cad. Saúde Pública** [online], 2012, vol. 28, n.2, p .357 - 366 . Disponível em : <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200014>>. Acesso em: 03 out. 2012.

FALAVINA ,O.P. ; CERQUEIRA, M.B. A saúde mental infanto-juvenil:usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.10, n.1, p. 34-46, dez. 2008.

FEFFERMANN, M. **Vidas arriscadas** : o cotidiano dos jovens trabalhadores do tráfico. Petrópolis : Vozes, 2006.

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio século XXI**: o dicionário da Língua Portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1999.

FIORI, M..Tenções entre o biológico e o social nas controvérsias médicas sobre o uso de drogas. Trabalho apresentado In : **XXVIII Reunião da ANPOCS**, Caxambu, 2004.Disponível em : <<http://www.neipe.info>>.Acesso em: 05 mar. 2011

FLICK, U. **Uma introdução a pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre : Bookman, 2004.

GALDURÓZ et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil** : estudos envolvendo as 107 maiores cidades do país, 2002,SENAD, Ed.CLR Balieiro Editores..

GALDURÓZ, J.C.F. ; NOTO, A.R. ; FONSECA, A.M. ; Carlini, E.A.

V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras 2004. São Paulo : CEBRID, 2005.

GONÇALVES A. M. ; SENA R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil : contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev Latino-Am. Enfermagem** , 2001 mar., 9 (2) : 48-55.

GRANDINO, P. J.. Estatuto da Criança e do Adolescente: O sentido da Lei para as relações intergeracionais. Brasil.Ministério da Educação. Programa Ética e Cidadania construindo valores na escola e na sociedade. Disponível em : <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Etica/12_junqueira.pdf>. Acesso em : 23 maio 2010.

HALPERN, R. ; FIGUEIRAS, A.C.M.. Influências ambientais na saúde mental da criança. **J. Pediatr.** (Rio J.) [online]. 2004, v.80, n.2, supl., p.104-110.Acesso em: 02 abr. 2011.

HOFFMANN, M.C.C.L. ;SANTOS, D.N.S. ; MOTA, E.L.A .Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008, 24(3) : p. 633-642.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese dos Indicadores de 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010 . Disponível em : <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sin_tese_2009.pdf>.Acesso em: 30 out. 2010.

LAKATOS, E. M. ; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**.7. ed. São Paulo : Atlas, 2010.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E. ; TANAKA, O.Y., organizadores. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo :Hucitec, 2010. Organização de serviços no Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental, p. 147-69.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE). Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, nov. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuário de álcool e outras drogas 2. Ed. Ver. Ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE). **Caminho para uma política de saúde mental infanto-juvenil** . Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE). **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MORIN, E. **Meus demônios**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

MORIN, E. **O método** : as idéias. Porto Alegre: Sulina, 1999, v.04.

MORIN, Edgar. Introdução às jornadas temáticas. In: JORNADAS Temáticas. A religião dos saberes: o desafio do século XXI/idealizadas e dirigidas por Edgar Morin. Tradução: Flávia Nascimento. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

NEUBERN, M.S. Contribuições da epistemologia complexa para abordagens da drogadição, p. 253-265. Drogas e pós-modernidade. Organizadores : Marcos Batista ;Marcelo Santos Cruz ; Regina Matias .Rio de Janeiro :Ed UERJ , 2003. 2v.

NEVES, J. L. Caderno de Pesquisa em Administração, São Paulo, v.1, ,n.3, 2ºsem./1996.

ONOKO-CAMPOS R.T. ; FURTADO J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental : um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) do Sistema Único de Saúde **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102311X2006000500018&Ing=pt&nrm=iso>>..Acesso em: 30 out. 2010.

PECHANSKY, F. ; SZOBOT, C. M. ; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes : conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Rev. Bras. Psiquiatr**, maio 2004, v..26, supl.1, p.14-17.

POLIT, D. F. ; HUNGLER B. F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.

RAMOS, D. K. R. ; GUIMARAES, J. ; ENDERS, B. C. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface (Botucatu)* [online]. 2011, v.15, n..37, p .519-527. Epub 13 maio de 2011. Disponível em : <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000015>>. Acesso em: 09 fev. 2011.

RAUPP, L. ; MILNITSKY-SAPIRO, C. Reflexões sobre concepções e práticas contemporâneas das políticas públicas para adolescentes: o caso da drogadição. *Saude soc.*[online]. 2005, v.14, n.2, p. 60-68. Acesso em: 18 mar. 2011.

REUNIÃO ORDINÁRIA DO FORUM NACIONAL DE SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL (8ª), Brasília. **Álcool e outras drogas** :atenção integral e inclusão, Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. **Psicol. Estud.**, 2006, v..11, n.1, p. 29-38.

SALLES, L. M. F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea : **Apontamentos alguns Estud. psicol.** (Campinas) [online]. 2005, v.,22, n.1, p 33-41. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2005000100005>. >. Acesso em: 25jan. 2011.

SANCHEZ, Z.V.D.M. ; OLIVEIRA, L.G. ; NAPPO, S. A.. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Revista de Saúde Pública** 39 : 599-605, 2005.

SANTOS, R. **Porta Giratória**: conceito e ocorrência nas internações psiquiátricas em Ribeirão Preto, 2007. 88 f. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

SCISLESKI, A. C. C. ; MARASCHIN, C. ; SILVA, R. N. A. da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, 24(2), 342-352, 2008. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/12.pdf>> Acesso em: 17 set. 2012.

SOUZA, M. et al.. A violência na sociedade contemporânea e suas repercussões na saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva* [on line] 2006, vol. 11 [citado 2011-04-07]. Disponível em : < <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63013510001>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

SPOSITO, Marília Pontes ; CARRANO, Paulo César Rodrigues. Juventude e políticas públicas no Brasil. *Rev. Bras. Educ.*, dez 2003, n..24, p.16-39.

TRIVINÕS, N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais** :a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo : Atlas, 1987.

WATKINS, T. R. ; LEWELLEN, A. ; BARRET, M. **Dual diagnosis**: an integrated approach to treatment. p. 11-24. Sage publications, Inc, 2001.

ANEXOS

Anexo A - Roteiro para obtenção de dados documentais

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO

Roteiro para obtenção de dados de documentos

Tipo de documento:

Ficha de internação	1
Ficha de encaminhamento	2
Prontuário	3
Outros	4

Data do evento _____

Local do evento _____

Tipo do atendimento:

 1ª vez reincidência

Outras informações relevantes: _____

Características do usuário (criança/adolescente)

Idade _____ sexo _____

Procedência _____

Escolaridade _____

Acompanhantes _____

Moradia:

() casa dos pais

() casa familiares

() casa amigos

() rua

Com quem mora _____

Problemas referidos _____

Anexo B – Roteiro de entrevista

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO

Roteiro de entrevista

Instituição-

Endereço-

Cidade-

Trabalhador da instituição que respondeu ao questionário-

Função –

Sexo-

Idade-

Escolaridade-

1-O município tem algum programas/projeto para o tratamento de crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas?

2-Esse programa/projeto é de natureza governamental?

Qual?

3-Esse programa/projeto é de natureza não governamental?

Qual?

4-Quem financia o atendimento? Algum tipo de parceria?

5-No caso de não atenderem esses usuários para onde vocês os encaminham?

6-Após o encaminhamento, vocês tem informações referentes ao destino dessas crianças/adolescentes?

7-No caso de fazerem atendimento, existe algum projeto terapêutico que fundamente o atendimento a essa população infanto-juvenil usuárias de substância psicoativas?

8-Quantos são e quais são as especialidades dos trabalhadores envolvidos nesse projeto?

9-Esses trabalhadores possuem capacitação para lidarem com crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas psicoativas?

Anexo C - Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa desenvolvida pelo Laboratório de Stress Álcool e Drogas da EERP-USP. Sendo responsável por essa pesquisa a Prof. Dr^a Margarita Antonia villar Luis e a aluna da pós-graduação (mestranda) Runete Aparecida Gratiere. Tendo por título da pesquisa: Atenção em saúde de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas psicoativas na cidade de Taquaritinga.

O objetivo é localizar os serviços que prestem algum tipo de atendimento/acolhimento a crianças e adolescentes que façam uso prejudicial de álcool e outras substâncias psicoativas, dentro do município de Taquaritinga e verificar como isso se processa.

Como funcionará isso?

- a) Haverá uma entrevista da qual o Sr. (gestor, trabalhador ou voluntário do serviço de saúde ou outros) fará parte, respondendo a questões sobre a instituição onde trabalha. Essas informações versarão sobre programas ou projetos desenvolvidos no tratamento de crianças e adolescentes usuários de álcool ou outras substâncias psicoativas.
- b) No formulário apresentado nessa entrevista, faremos algumas perguntas sobre dados pessoais como: sexo, idade, escolaridade e especialidades na área de trabalho.
- c) Sua participação é totalmente voluntária e consistirá em responder às questões do formulário durante a entrevista. Nesse procedimento será gasto uma média de 45 minutos.
- d) Algumas perguntas poderão lhe causar um certo desconforto, por isso, mesmo que tenha concordado em participar, você poderá desistir a qualquer momento sem ter que dar explicações ou qualquer justificativa.

- e) Também você pode se recusar a fornecer as informações no momento da entrevista, solicitando que esses dados sejam coletados em outra ocasião.

- f) Não haverá despesas nem remuneração e caso decida participar à sua identificação será mantida em sigilo, pois as informações serão analisadas de uma forma geral sem identificar instituições.

- g) Você manterá uma via deste termo de consentimento e outra ficará com a responsável pela pesquisa, ambas deverão ter a sua assinatura.

- h) Os resultados desse trabalho, poderão ser utilizados na implementação em políticas de saúde específicas no atendimento às crianças e adolescentes usuários de drogas, bem como ajudarão os profissionais da saúde entre eles os enfermeiros a ter uma melhor compreensão das dificuldades de familiares, usuários e as instituições envolvidas no apoio a essa população.

Para demais informações o/a Sr^o poderá entrar em contato com a Prof.^a Dr^a Margarita Antonia Villar Luis de segunda à sexta-feira pela manhã na rua das Paineiras, nº 17, Campus Administrativo de Ribeirão Preto, ou através do e-mail margarit@eerp.usp.br ou pelo telefone (16) 36024762.

Eu, _____ declaro ter lido e discutido o conteúdo do presente Termo de Consentimento e concordo em participar desse estudo de forma livre e esclarecida. Também declaro ter recebido cópia deste termo.

_____ / / _____
Assinatura do participante Data

_____ / / _____
Nome do entrevistador Ass. do entrevistador Data

Anexo D – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa




UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
 Fone: 55 16 3802.3382 - 55 16 3602.3361 - Fax: 55 16 3802.0518
 www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 034/2012

Ribeirão Preto, 15 de fevereiro de 2012.

Prezada Senhora,

O pesquisador aceitou as modificações sugeridas e reformulou o TCE original incorporando as sugestões referentes ao mesmo. Por outro lado, tendo em vista as sugestões apresentadas, comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 146ª Reunião Ordinária, realizada em 15 de fevereiro de 2012.

Protocolo: n° 1483/2011

Projeto: Atenção em saúde de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas psicoativas na cidade de Taquaritinga.

Pesquisadores: Margarita Antonia Villar Luis
Runete Aparecida Gratiere

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Margarita Antonia Villar Luis
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP