



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

**NATALIA ALONSO PEREIRA**

**Adolescentes usuários de substâncias psicoativas: desafios  
vivenciados em internações psiquiátricas e as possibilidades de  
cuidado no CAPSad**

**SÃO CARLOS - SP  
2022**

NATALIA ALONSO PEREIRA

**Adolescentes usuários de substâncias psicoativas:  
desafios vivenciados em internações psiquiátricas e as  
possibilidades de cuidado no CAPSad**

Dissertação de Mestrado apresentada junto ao  
Programa de Pós-Graduação em Terapia  
Ocupacional da Universidade Federal de São  
Carlos.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Thelma Simões Matsukura

São Carlos - SP  
2022



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

---

**Folha de Aprovação**

---

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Natalia Alonso Pereira, realizada em 27/05/2022.

**Comissão Julgadora:**

Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura (UFSCar)

Profa. Dra. Meire Luci da Silva

(UNESP)

Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional.

Dedico este trabalho a todos os colegas de profissão, que possuem o desafio do cuidado em Saúde Mental.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus, pelo acalento em dias difíceis.

Agradeço à minha orientadora pelos momentos de compreensão, pelo incentivo, e por sempre acreditar neste trabalho. Obrigada por me ensinar sobre a importância do rigor e da qualidade em uma pesquisa científica, mesmo diante dos contratempos.

Agradeço ao meu esposo por todo incentivo, auxílio e paciência diante das dificuldades, das ausências e das situações de cansaço. Obrigada por sempre estar comigo e por sonhar junto comigo.

Agradeço à minha mãe, Valéria, por todo carinho, amor, acolhimento e incentivo nesses anos de mestrado.

Agradeço à minha família pelo apoio, incentivo e pela acolhida nos dias difíceis.

Agradeço à Ana, minha sogra, pelo encorajamento e estímulo, sempre celebrando e enaltecendo cada etapa concluída.

Agradeço aos meus amigos pelas risadas e pelos momentos de leveza durante este processo.

Agradeço aos meus professores da UFSCar por todos os ensinamentos.

Agradeço às queridas professoras Dr<sup>a</sup> Maria Fernanda B. Cid e Dr<sup>a</sup> Meire L. da Silva por toda disponibilidade e pelas riquíssimas contribuições para a concretização deste trabalho.

Agradeço à equipe do CAPSad pela disponibilidade em me receber, e pela participação na pesquisa.

Agradeço aos queridos adolescentes e seus familiares pela confiança, por aceitarem participar do estudo, e por me permitir expor suas opiniões sobre um cuidado que leve em conta seus interesses e necessidades. Foi gratificante ouvi-los e poder participar desta experiência com vocês.

Agradeço à Natalia, que realizou a correção do meu texto de maneira impecável.

Agradeço à CAPES pela oportunidade de realizar a pós-graduação.

## RESUMO

A literatura tem demonstrado que a adesão de adolescentes usuários de Substâncias Psicoativas (SPA) ainda se constitui um desafio, e nos alerta para a necessidade de considerar os aspectos específicos deste período. Deste modo, o objetivo deste estudo foi compreender as percepções de adolescentes usuários de SPA sobre suas experiências nas internações psiquiátricas e nos acompanhamentos recebidos nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAd), bem como identificar os desafios e benefícios vivenciados nessas ocasiões. Trata-se de estudo exploratório e qualitativo. Participaram 4 adolescentes, vinculados a dois CAPSAd de duas cidades do interior paulista, que possuíam histórico de internação psiquiátrica e que responderam a uma entrevista semiestruturada. As entrevistas foram transcritas e analisadas pelo método de Análise de Conteúdo. Os adolescentes participantes iniciaram o uso de drogas precocemente, possuem experiências de uso de drogas consideradas “pesadas” e advêm de contextos de vulnerabilidade social. As internações foram involuntárias, e aspectos como distanciamento familiar, sensação de confinamento, situações de falta de segurança e período de permanência na instituição, bem como a ausência de abordagens diversificadas no dia a dia foram considerados os maiores desafios vivenciados nelas. Identificou-se que a compreensão de que teriam cumprido sua pena através deste isolamento, a desintoxicação, o reconhecimento da necessidade de ajuda e dos danos associados ao consumo de SPA foram as principais contribuições das internações psiquiátricas. Em relação ao tratamento ofertado pelo CAPSAd, houve maior aceitação, quando comparado às internações. A dificuldade de abstinência e a insatisfação com algumas atividades e com as abordagens durante os atendimentos foram os maiores desafios vivenciados no serviço; quanto às suas contribuições, consideraram importante seguir as medidas de prevenção de recaídas, evitar situações de risco, e a aquisição de habilidades socioemocionais. Discute-se que a internação continua fortemente caracterizada como punição, isolamento e controle, e que apenas os encaminhamentos, tanto para internação como para pós-alta, configuram-se como comunicação entre os dispositivos de cuidado onde o estudo foi realizado. Relativamente ao CAPSAd, aponta-se a necessidade de revisão e ampliação das ações de cuidado no território, em rede e articuladas com as demandas dos adolescentes e seus familiares, priorizando o protagonismo do adolescente no processo de seu cuidado.

**Palavras-chave:** Hospitais Psiquiátricos; CAPSAd; Adolescência; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Terapia Ocupacional.

## ABSTRACT

The literature has shown that the adherence of adolescents users of Psychoactive Substances (PAS) is still a challenge, and alerts us to the need to consider the specific aspects of this period. Thus, the aim of this study was to understand the perceptions of adolescents who use PAS about their experiences in psychiatric hospitalizations and follow-ups received in the Centers for Psychosocial Care Alcohol and Drugs (CPSCad) as well as identify the challenges and benefits experienced in these occasions. This is an exploratory and qualitative study. Four adolescents, linked to two CPSCad from two cities in the interior of São Paulo state, who had a history of psychiatric hospitalization and who answered a semi-structured interview, participated in the study. The interviews were transcribed and analyzed by the Content Analysis method. These adolescents started using drugs early, have experiences of "heavy" drugs uses and come from social vulnerability contexts. The hospitalization were involuntary, and aspects such as family distancing, feeling of confinement, situations of lack of security and as well as the absence of diversified approaches in daily life were considered the greatest challenges experienced in them. It was identified that the understanding that they would have served their sentence through this isolation, detoxification, the recognition of the need for help and the damages associated with the consumption of PAS were the main contributions of psychiatric hospitalizations. Regarding the treatment offered by CPSCad, there was greater acceptance when compared to hospitalizations. The difficulty of abstinence, and displeasure with some activities and with the approaches during the care attendance were the greatest challenges experienced in the service, as for their contributions, they consider it and acquisition of socioemotional skills. It is argued that hospitalization remains strongly characterized as punishment, isolation and control, and that only referrals, both for hospitalization and for post-discharge, are configured as communication between the care devices where the study was conducted. Regarding CPSCad, the need for review and expansion of care actions in the territory is pointed out, in a network and articulated with the demands of adolescents and their families, prioritizing the protagonism of adolescents in the process of their care.

Keywords: Psychiatric Hospitals; CPSCad; Adolescence; Substance Use Disorders; Occupational Therapy

## **LISTA DE QUADROS**

- Quadro 1** - Informações sobre os participantes..... **p. 67**
- Quadro 2** - Informações relacionadas à escolaridade, residência, situação laboral dos  
adolescentes e envolvimento com a justiça ..... **p. 68**
- Quadro 3** - Internações em hospital psiquiátrico ..... **p. 68**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACM – Associação Cristã de Moços

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSia - Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência

CAPSij - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DRS – Departamento Regional de Saúde

ECT – Eletroconvulsoterapia

EM – Ensino Médio

ES – Ensino Superior

ESF – Estratégia de Saúde da Família

LSD - Dietilamida do ácido lisérgico

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

PCP - Fenciclidina

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

SENAPRED - Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas

SNC – Sistema Nervoso Central

SPA – Substâncias Psicoativas

TC – Transtorno de Conduta

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2 INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA	13
2.2 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS	19
2.3 ADOLESCÊNCIA	32
2.4 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL, O USO DE SPA E A ADOLESCÊNCIA	36
2.5 ENTRE A PSIQUIATRIZAÇÃO E O CUIDADO EM REDE	48
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>55</b>
3.1 OBJETIVO GERAL	55
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	55
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>56</b>
4.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO	57
4.2 LOCAL	58
4.3 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	60
4.4 MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	61
4.5 PROCEDIMENTOS	61
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>66</b>
5.1 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA	66
5.2 RESULTADOS ADVINDOS DAS ANÁLISES DAS ENTREVISTAS	75
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>111</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE A</b>	<b>134</b>
<b>APÊNDICE B</b>	<b>140</b>
<b>APÊNDICE C</b>	<b>142</b>
<b>APÊNDICE D</b>	<b>144</b>
<b>APÊNDICE E</b>	<b>147</b>
<b>APÊNDICE F</b>	<b>149</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Desde o princípio de minha trajetória da graduação, na UNESP de Marília, sempre me encantei pelas disciplinas relacionadas à saúde mental. Me pegava refletindo sobre essa área tão curiosa, desafiante e tão pouco vislumbrada pelos meus colegas de turma. Durante as aulas me sentia fascinada pelas discussões relacionadas à loucura, e tive a certeza de que minha atuação seria na saúde mental.

As aulas teóricas se passaram, e chegaram os estágios. Lembro-me do medo, e eu diria que passageiro, no primeiro dia de atendimento no CAPS e no hospital psiquiátrico, e do quão foi admirável me conectar com aquelas pessoas, recusadas em tantos projetos de vida. A satisfação em conhecer suas histórias de vida, entender suas dificuldades, seus sofrimentos e de saber que ali eles seriam capazes de adquirir novas possibilidades de produção de vínculos, novos contratos e novos recomeços foi gratificante.

Apesar de não ter me envolvido nas pesquisas acadêmicas na saúde mental, sempre me interessei pela investigação, e participei de iniciação científica relacionada à espiritualidade e outras temáticas. Após a conclusão da graduação, iniciei meu primeiro emprego (2018) em um hospital psiquiátrico.

Nesse primeiro contato profissional, iniciei os atendimentos a adultos e adolescentes usuários de Substâncias Psicoativas e a portadoras de Transtornos Mentais. A maioria dos adolescentes internados estava na instituição por solicitação da família, ou devido ao cumprimento de ordem judicial para tratamento. Me recordo de pouquíssimos adolescentes que realmente desejavam fazer o tratamento (ainda que por um curto período). Em conversa com eles, sempre estavam envolvidas frases relacionadas ao cometimento de atos infracionais, descontrole frente ao consumo de SPA, ausência de acompanhamento no tratamento ambulatorial, histórico familiar de uso de SPA, o que estava de acordo com as informações nos prontuários. De tantas vivências nesse local, percebia os adolescentes “cumprindo” o tratamento, e após pouco tempo de alta, retornarem à instituição para nova internação. Não conseguia compreender o motivo de tantas reinternações, pois evidentemente não estava sendo resolutivo. Ao mesmo tempo, mesmo após a alta hospitalar, os adolescentes não frequentavam o CAPS, e isso dava a justificativa para as famílias e poder público para uma nova reinternação.

Passei a me questionar sobre o que faltava para esses adolescentes aderirem ao tratamento proposto no território, uma vez que suas únicas possibilidades eram ou a internação

ou o CAPS, ou entender os motivos da recusa ao tratamento, e o que estava associado à não aceitação desse cuidado. Como dito anteriormente, eu procurava entender por que os adolescentes não possuíam direito de escuta frente a seu próprio tratamento, assim como a impossibilidade de fala, ou de expressão sobre suas preferências e escolhas. Meu principal questionamento durante todo o ano de 2018 pairou sobre o que era necessário estar presente no cuidado a esses adolescentes, e de que forma um tratamento poderia ser mais atrativo e resolutivo para esse público. Em 2019, decidi me inscrever no Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO) da Universidade Federal de São Carlos, de forma a tentar investigar e compreender a opinião dos adolescentes sobre seu próprio cuidado. O projeto sofreu várias transformações desde a sua concepção inicial até a versão final, que pretendeu, por fim, identificar as experiências de adolescentes usuários de Substâncias Psicoativas (SPA) durante os tratamentos que passaram, tanto no CAPS quanto nas internações psiquiátricas.

Lembro-me do desafio que foi passar por todas as etapas de seleção, até ser aceita no programa, sob a orientação da professora Dr<sup>a</sup> Thelma Simões Matsukura. Após efetuar a matrícula presencialmente e conhecer minha orientadora, a pandemia se instaurou em nosso cotidiano e, com isso, nossos planos foram completamente “virados ao avesso”. A faixa etária envolvida no projeto seria composta à princípio apenas de adolescentes de 12 aos 18 anos. Antes mesmo da finalização da escrita do projeto, a pesquisadora fez busca nos CAPS de 4 regiões do interior paulista a fim de verificar a adesão dos adolescentes ao tratamento no território. Em todas as instituições contactadas via telefone, fomos informadas de que a adesão dos adolescentes consistia em um desafio e que estas possuíam pouquíssimos jovens desta faixa etária vinculados ao serviço.

Outro desafio que surgiu no final de dezembro de 2020, período de apreciação ética do projeto, é que fui indicada para uma vaga de emprego no CAPSad da mesma cidade em que atuava como Terapeuta Ocupacional de um hospital psiquiátrico. Minha vontade de conhecer a fundo as perspectivas de um modelo completamente diferente me levou a pedir demissão do primeiro emprego. Entretanto, fui insistentemente convencida pelos meus superiores a tentar conciliar os dois empregos, nos quais permaneço até o momento, atuando por 50 horas semanais. Por algum tempo, pensei ser impossível conciliar a alta carga de trabalho e um mestrado em desenvolvimento, o que só foi possível com grande empenho, e a despeito dos contratempos.

Após a aceitação do projeto pelo comitê de ética, próximo a janeiro de 2021, iniciou-se o contato com as instituições e órgãos superiores na tentativa de conseguir aprovação para a realização da pesquisa. Já havia se passado um ano de pandemia e possuíamos a esperança de

“normalização da rotina dos serviços”. Na realidade, o cenário que encontramos era totalmente desfavorável. Com o descontrole da pandemia e o aumento dos casos, a ausência (até então) das vacinas e as propostas da fase emergencial contribuíram para mudanças na rotina dos serviços, como a suspensão dos grupos terapêuticos, a suspensão dos agendamentos (agendamentos apenas em casos urgentes) e a realização de teleatendimentos. No contato com os profissionais de ambas as instituições (Psicólogos, Assistentes Sociais, e Coordenadores) que aprovaram a realização da pesquisa, já foi verificado a dificuldade de encontrar pacientes para realização das coletas. Na impossibilidade da pesquisadora estar presente na rotina dos serviços (também devido à pandemia), foi acordado com os profissionais, a manutenção de contato via Whatsapp, para facilitar a mediação com os possíveis participantes. Estando cientes do período incerto ao qual a pandemia nos submeteu, iniciamos a realização de uma revisão de literatura, como forma de complementar nossos resultados. As coletas de dados estavam previstas para ocorrer de fevereiro a maio de 2021 (4 meses), entretanto, devido ao pouquíssimo número de adolescentes, foram prorrogadas até setembro de 2021 (8 meses). Apesar da última coleta ter sido realizada no mês de maio, acreditávamos na possibilidade de novos adolescentes surgirem no serviço, o que não aconteceu.

Dito isso e compreendendo que limites e desafios de diversas ordens nos acompanharam em todo este percurso do mestrado, apresentamos este estudo, intitulado “Adolescentes usuários de substâncias psicoativas: desafios vivenciados em internações psiquiátricas e as possibilidades de cuidado no CAPSad”.

## 2 INTRODUÇÃO

### 2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA

A história da loucura, contada por Foucault (2010), ilustra a “estrutura de exclusão”, que se inicia com a retirada das pessoas com hanseníase dos leprosários, ao final da idade média. Tais lugares se caracterizavam pela escuridão, exclusão, e que não possuíam o objetivo de curar a doença, e sim, mantê-la distante. Após o controle da lepra, esses locais passaram a incluir portadores de doenças venéreas para tratamento, no fim do século XV. Em pouco tempo, os leprosários passam a atender todos os tipos de enfermidades, inclusive os loucos. Assim, com a internação nos antigos leprosários, os loucos e os portadores de doenças venéreas começam a partilhar um espaço moral de exclusão.

O próximo passo culminou na inauguração do Hospital Geral de Paris, que tinha por objetivo recolher e oferecer “moradia” às pessoas pobres e ocultar a situação de ociosidade e mendicância dessas pessoas. De acordo com Batista (2014, p. 394):

Pessoas de qualquer sexo, de qualquer idade, válidas ou inválidas, “doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis”, todos eram forçados a trabalhar como forma de “purificação”. O hospital era uma instituição sem caráter médico, apenas “uma espécie de entidade administrativa” semi jurídica, com poder de julgar e executar, sem direito a apelações. Foucault observa que essas casas de internamento se espalharam por toda a Europa, especialmente na França, Alemanha e Inglaterra, muitas delas estabelecidas dentro dos muros dos antigos leprosários, e eram mantidas com dinheiro público.

Retomando brevemente a história de pacientes em sofrimento mental, verifica-se que o modelo de tratamento predominante historicamente foi baseado no tratamento moral, disciplinar e na institucionalização dos pacientes em hospitais psiquiátricos. O isolamento social como medida de tratamento ocorria em condições desumanas, como em porões, prisões, calabouços, etc. (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013), sendo que suas premissas se baseavam no alcance do retorno à normalidade, no adestramento e na doutrinação do “louco”, além da exploração da força de trabalho dos internos (FOUCAULT, 2012).

Tais locais não estavam cumprindo com seu propósito, pois vinham sendo agentes promotores da cronificação ao invés de serem entidades de cura, e necessitavam de reformas

urgentes. Iniciaram-se, então, movimentos em busca da modificação dos manicômios, com maior enfoque sobre a humanização (ALVES *et al.*, 2009).

Na Inglaterra, no início da década de 50 do século passado, visando a superação do modelo manicomial, emerge o movimento das Comunidades Terapêuticas. Segundo Leal, (2017, p. 225):

A proposta original de Comunidade Terapêutica foi criada no campo psiquiátrico com a denominação de Comunidade Terapêutica Democrática para Distúrbios Mentais e foi desenvolvida na Inglaterra nos anos 1940. Maxwell Jones e seus colaboradores esboçaram as características desse tipo de CT a partir de uma natureza terapêutica do ambiente total, sendo essa proposta a precursora do conceito fundamental de comunidade como método. Outro modelo foi criado por Charles (Chuck) Dederich na Califórnia – o Synanon, sendo esse modelo que firmou-se e que deu origem a outras CTs. Mas, é a CT Daytop Village o exemplo mais significativo dessa abordagem. Foi fundada em 1963 pelo Monsenhor William O'Brien e por David Deitch e se multiplicou em vários países.

Na França, a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor fundaram um conjunto de reformas que influenciaram, além da Europa, a América Latina. O pressuposto da Psicoterapia Institucional estabelecia que a instituição total estava doente, seja ela hospital, presídio, ou outras instituições. Desse modo, os doentes não eram apenas os pacientes e usuários, mas também os trabalhadores e servidores, sendo que todos deveriam ser tratados. Conseqüentemente, o propósito da Psicoterapia Institucional e da Psiquiatria de Setor se constitui enquanto método para promoção de saúde pública (DESVIAT, 1999).

Entre os princípios da Psiquiatria de Setor, se encontram: o princípio do zoneamento/setorização (delimitação de territórios com 50 mil a 100 mil habitantes); o princípio do seguimento terapêutico (uma mesma equipe, no conjunto de cada setor, se responsabilizaria pelo paciente nos diferentes serviços, e durante todas as etapas de seu tratamento, desde a prevenção, a cura e após a cura); o deslocamento do eixo da assistência hospitalar para o ambiente extra-hospitalar (o paciente deveria ser atendido preferencialmente no território de modo a evitar o efeito cronificador das instituições fechadas (DESVIAT, 1999).

Na América, na década de 60 do século passado, surge o movimento denominado Psiquiatria Comunitária e preventiva, que sugere a substituição da concepção de “doença mental”, por “saúde mental”, com foco na prevenção e no desenvolvimento de ações na comunidade (TENÓRIO, 2002).

Semelhantemente, na década de 60, inicia-se o movimento de AntiPsiquiatria por Laing e Cooper, na Inglaterra. Esse movimento evidencia a incapacidade de a Psiquiatria responder às questões relacionadas à loucura, além de realizar um intenso questionamento à psiquiatria e à doença mental (AMARANTE, 1998).

De acordo com Alves *et al.* (2009, p. 90):

Entretanto, é na Itália, na década de 60, que surge o movimento que promove a maior ruptura epistemológica e metodológica entre o saber/prática psiquiátrico, vivenciada até então. Ao contrário da Antipsiquiatria, a Psiquiatria Democrática Italiana não nega a existência da doença mental, antes propõe uma nova forma de olhar para o fenômeno. Olhar que beneficia a complexidade da loucura como algo inerente à condição humana e que vai além do domínio da psiquiatria, dizendo respeito ao sujeito, à família, à comunidade e demais atores sociais.

Na prática, a comunidade psiquiátrica internacional só passou a se preocupar com a Reabilitação após a ocorrência de 3 eventos. O primeiro foi relacionado à redução das internações psiquiátricas a partir de 1960. A razão para essa diminuição foi o movimento de desinstitucionalização, sendo um processo de desospitalização, que culminou na transferência de grande parcela de pacientes abandonados no hospital para desamparo fora do hospital. O resultado dessa nova “classe de abandono” foi o crescimento significativo dos pacientes psiquiátricos encontrados fora das instituições, desabrigados, descontentos e sem vigilância, que passam a trazer inúmeros problemas aos familiares, à comunidade e aos órgãos sanitários (SARACENO, 2001). Deste modo, percebe-se que o que motivou o interesse da psiquiatria pela reabilitação, a princípio, foi a urgência em acolher a necessidade de entretenimento para ex-internos dos hospitais.

O segundo evento refere-se à afirmação dos direitos das pessoas que ainda permaneciam internadas nos hospitais psiquiátricos. O entendimento sobre os direitos dos pacientes passou a ser de interesse dos familiares, trabalhadores, administradores e dos próprios usuários, reivindicando, de todos, transformações no modo de gerenciar a relação com essa população (SARACENO, 2001).

O terceiro episódio esteve associado a indicativos epidemiológicos que demonstraram o amplo universo de possibilidades acerca da evolução das psicoses, bem como das estratégias de intervenção. Os estudos publicados na época evidenciavam que a evolução clínica negativa (cronicidade e empobrecimento) das psicoses não é absolutamente intrínseca à doença, e, sim, consequência da inter-relação de uma série de fatores suscetíveis a modificação e orientações na prestação de assistência (SARACENO, 2001).

Desta forma, com a experiência de Franco Basaglia na liderança do Hospital Psiquiátrico de Gorizia (1961 a 1968), é que se inicia o movimento de desinstitucionalização da psiquiatria italiana. Com as ações realizadas nesta instituição torna-se notório o aspecto segregador, de violência e morte ocorridos no manicômio, devendo ser combatido, rejeitado e superado (BASAGLIA apud AMARANTE, 1992).

Pouco tempo depois, em 1971, o Hospital Psiquiátrico de San Giovanni, em Trieste, passa a ser dirigido por Basaglia. Inicia-se o denso planejamento de ações de desinstitucionalização, visando o desmonte do aparato manicomial, bem como de toda a lógica segregativa que lhe é própria (ALVES *et al.*, 2009). O Psiquiatra Italiano parte da necessidade de elaborar a concepção de um novo imaginário social para a loucura, de forma a desassociá-la das noções de periculosidade, preguiça, incapacidade, e, conseqüentemente, produzir uma nova relação do “louco” na sociedade (ALVES *et al.*, 2009).

Importa ressaltar que a Reforma Psiquiátrica Italiana se constituiu como um modelo promissor pois suas concepções foram opostas aos modelos de outros países. A construção de seu modelo, embora tardia, possibilitou tecer reflexões acerca do que havia de êxitos e de falhas na assistência Europeia e Norte-Americana. Outro ponto importante foi a realização de parcerias com coletivos e sindicatos, e a realização de denúncias incisivas e contundentes, visando o fechamento dos hospitais psiquiátricos (BARROS, 1994).

De outro lado, no Brasil, essa história pode ser contada a partir da chegada da Família Real, em 1808, quando inicia-se a formulação de práticas de controle voltadas aos desviantes. Esse período é caracterizado pela necessidade de rearranjo urbano, o que incluiu a retirada de pessoas que vagavam pelas ruas (mendigos, órfãos, delinquentes, ociosos, e os loucos). À princípio, essas pessoas são levadas a prisões, ruas, ou celas exclusivas dos hospitais gerais das Santas Casas de Misericórdia do Rio de Janeiro (COSTA, 1976).

Vinte anos mais tarde, em 1830, a Sociedade Brasileira de Medicina do Rio de Janeiro rejeita o modelo vigente de abandono das pessoas em sofrimento psíquico, e recomenda a criação de um Asilo para essas pessoas, no formato europeu, com alteração das alas insalubres e das punições por Hospícios saneados, ventilados e com tratamento moral. Nesse período, também foi iniciada a medicalização da loucura (ALVES *et al.*, 2009).

Entre 1930 e 1950, a Psiquiatria passa a confiar na cura da loucura, com o surgimento da Eletroconvulsoterapia (ECT), da Lobotomia, juntamente ao descobrimento dos primeiros neurolépticos.

Nesse contexto, Tenório (2002) menciona a ocorrência de um novo fenômeno nos anos 70:

Na segunda metade da década de 1970, no contexto do combate ao Estado autoritário, emergem as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central. Além disso, surgem as denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e, o que é mais importante para o posterior movimento da reforma, as denúncias do abandono, da violência e dos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos muitos e grandes hospícios do país. Não se criticavam os pressupostos do asilo e da psiquiatria, mas seus excessos ou desvios (TENÓRIO, 2002, p. 32).

Em 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Este movimento, através de lutas em vários domínios, passa a ser o principal agente na denúncia de violência nos sanatórios, da mercantilização da loucura, da hegemonia da rede de assistência privada, além da exposição de críticas à psiquiatria e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Em 1980, após duas décadas de regime militar, se inicia a tentativa de redemocratização do país. Neste cenário, se configura o Programa do movimento sanitário, objetivando a ampliação do direito à saúde para toda a população. Dois anos mais tarde, ocorre a autorização do Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), dando início à elaboração de uma política de saúde mental em oposição ao modelo hospitalocêntrico (ALVES *et al.*, 2009).

No ano de 1987, ocorrem a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e o 2º Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental. A 1ª Conferência retrata o fim do itinerário sanitarista, de transformar somente o sistema de saúde, e o início da trajetória de romper socialmente e no cotidiano das instituições com as formas regressistas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização, que traz consigo a criação de um novo lema: “Por uma Sociedade sem Manicômios”, estabelecendo um novo caminho de ação, considerando não apenas as macrorreformas, mas, igualmente, a preocupação com o cuidado em saúde, que envolve profissional e cliente, e não apenas as instituições psiquiátricas, mas o cotidiano, a cultura, as mentalidades. Do mesmo modo, reúne novos protagonistas, os usuários e familiares, que passam a ser agentes catalisadores deste processo (TENÓRIO, 2002).

Neste sentido, para Alves *et al.* (2009, p. 93):

O movimento nomeado de Luta Antimanicomial tem na superação do Manicômio, não apenas em sua estrutura física, mas, sobretudo, ideológica, seu grande objetivo. Busca-se a desconstrução da lógica manicomial como sinônimo de exclusão e violência institucional, bem como a criação de um novo lugar social para a loucura, dando ao portador de transtorno psíquico a possibilidade do exercício de sua cidadania. Neste sentido, a reinserção social passa a ser o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista potencializar a rede de relações do sujeito, através do resgate da noção de complexidade do fenômeno humano e reafirmação da capacidade de contratualidade do sujeito, criando assim um ambiente favorável para que aquele que sofre psiquicamente possa ter o suporte necessário para reinscrever-se no mundo como ator social.

Como visto anteriormente, dentre os objetivos da Reforma Psiquiátrica, além das transformações na assistência à saúde mental, e da defesa dos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, destaca-se a desinstitucionalização. De acordo com Amarante (1994), a desinstitucionalização ultrapassa o sentido puramente de desospitalização, ao contrário,

esforça-se para que sua operacionalização rompa com os padrões que fundamentam a psiquiatria tradicional.

O processo de desinstitucionalização, de acordo com Rotelli, De Leonardis e Mauri (1990, p. 29) consiste em:

[...] um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e medidas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento.

Em suma, desinstitucionalizar deixa de ser associado à busca pela cura, e torna-se a estruturação de um projeto voltado para a promoção de saúde e da reprodução social do indivíduo. O cerne passa a ser a possibilidade de produção de vida pelo sujeito, a construção de oportunidades sociais e de sentido, ao invés da cura como significado de vida produtiva (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 1990).

Para Barros (1994, p. 192):

[...] desinstitucionalização é desconstrução quando é capaz de decompor o agir institucional, isto é, quando se compõe um feixe de estratégias que desmonta e desconstrói as soluções para compreender os problemas, usando os mesmos espaços, os mesmos recursos, decompondo os sistemas de ações, de interações e de justificação no qual cada elemento se insere. Desconstruir a instituição psiquiátrica significa mostrar, a partir de seu interior, como se subverte a filosofia que a sustenta e, ainda, as oposições hierárquicas sobre as quais se baseia.

Morato (2019) menciona que a concepção da desinstitucionalização revolucionou a ciência psiquiátrica, na perspectiva italiana, sendo este o referencial que contribuiu ricamente para o processo de transformação dos serviços de saúde mental brasileiros, e compôs ideias, princípios e valores vitais para os referenciais que sustentam o campo até o momento.

A título de exemplo, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, o Centro de Atenção Psicossocial Dr. Luis da Rocha Cerqueira, em São Paulo, e o Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, no Rio Grande do Sul, conhecido como Nossa Casa, representam marcos práticos da reversão do modelo manicomial (HIRDES, 2009). Aguiar (1995), Bezerra Júnior (1992) e Nicácio (1994) entendem a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em 1989, como um marco da psiquiatria brasileira, por ser considerada uma experiência transformadora, em que ocorreu uma intervenção médico-legal em um asilo. Esta pode ser classificada como a primeira experiência perceptiva da desconstrução do modelo manicomial no Brasil, e da criação de serviços alternativos.

Desta forma, a Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica, o movimento de Reabilitação Psicossocial e a desinstitucionalização foram movimentos fundamentais no processo de implantação do cuidado extra-hospitalar, oportunizando um campo fértil para mudanças nas concepções de cuidado e do modo de olhar para a pessoa em sofrimento psíquico (YASUI, 2010). Este conjunto de mudanças teórico-práticas têm permitido novos modos de pensar, cuidar e tratar que envolvem a colaboração de uma ampla rede de cuidados e serviços em parceria com usuários, familiares, colaboradores, gestores e a comunidade (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010).

Conforme mencionado, no campo da saúde mental, tornou-se possível a ampliação das discussões relacionadas ao cuidado e aos processos de cuidar, uma vez que as demandas nos programas e serviços de saúde mental se complexificaram. Nesse sentido, a mudança do modelo de atenção extra-hospitalar, em detrimento do modelo hospitalocêntrico, revelou um novo panorama, viabilizando a constituição de tecnologias de cuidado psicossocial com foco na interdisciplinaridade (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010).

Com essa ruptura do modelo manicomial, passa-se a priorizar o cuidado no território, por meio de dispositivos que atualmente compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), implementada em 2011, sendo: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II, III, Álcool Drogas e Infanto-juvenil), Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Núcleo de Assistência à Saúde da Família, Ambulatórios de Saúde Mental, Serviços de Urgência/Emergência, leitos em hospital geral, e assistência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de centros de convivência e outros espaços de socialização (BRASIL, 2011).

## 2.2 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS

A concepção de Reabilitação Psicossocial, proposta por Benedetto Saraceno (2001), supõe a construção e execução de um projeto voltado ao cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, orientada para uma prática humanizada, que possibilite a inclusão social e a recuperação do poder de contratualidade e do verdadeiro exercício de cidadania.

O psiquiatra italiano faz uma importante retomada aos principais modelos teóricos e práticos da Reabilitação Psiquiátrica (Modelos como Social Skills Training, Psico-educativos, Spivak e de Ciompi), com o intuito de elaborar uma coletânea acerca da Reabilitação

Psicossocial. Empenhou-se em realizar uma crítica investigação sobre estes modelos, suas carências e competências na reprodução “oculta” da lógica da supremacia psiquiátrica, procurando, a partir desse esclarecimento meticoloso, demonstrar conceitos e práticas que se revelam condições essenciais para aproximar-se do entendimento da reabilitação e identificar seus núcleos centrais, assim como as transformações substanciais nas terapêuticas, para que seja possível arquitetar um programa de reabilitação nos moldes da referida Reabilitação Psicossocial (SARACENO, 2001).

Para Amarante (1998), a conceituação da Reabilitação Psicossocial está em consonância com os fundamentos da desinstitucionalização italiana, que remodelou a oferta de cuidados em saúde mental do país.

Saraceno (1995) afirma que a reabilitação psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços), que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes de saúde mental.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a reabilitação psicossocial seria um conjunto de atividades capazes de aumentar as possibilidades de recuperação de indivíduos e reduzir os efeitos debilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (PITTA, 1996).

De acordo com Saraceno (1999), a reabilitação psicossocial precisa atender a três esferas da vida de qualquer sujeito, sendo estes: a casa, o trabalho e o lazer. Neste panorama, a reabilitação visa promover a melhora da qualidade de vida, à medida que se propõe ao resgate da subjetividade, e considera a singularidade e respeito à pessoa com sofrimento psíquico.

Como se verifica, os conceitos onde essas práticas reabilitadoras acontecem têm variado de “setting” e ideologias. As práticas territoriais têm sido mais coerentes com os propósitos reabilitadores articulando diferentes serviços comunitários, centros ou núcleos de atenção psicossocial, cooperativas de trabalho, moradias assistidas, ateliês terapêuticos e centros de ajuda diária de diferentes tipos (PITTA, 1996).

De acordo com Amarante (2011) um importante marco, advindo dos processos da Reforma psiquiátrica, foi a mudança de paradigma, em que os serviços passaram a lidar com pessoas ao invés de lidar com doenças. Deste modo, o campo da saúde mental e atenção psicossocial passaram por uma série de mudanças que colaboraram para uma nova concepção da loucura e dos sujeitos em sofrimento.

Para Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), a atenção psicossocial se encontra incluída no campo da reforma psiquiátrica, e permanece assegurando a produção de ações teórico-práticas,

éticas e políticas-ideológicas, visando a substituição do modelo asilar e, eventualmente, o paradigma psiquiátrico.

Em relação à atenção psicossocial, Yasui (2016<sup>a</sup>, p. 111) destaca:

A Atenção Psicossocial apresenta como proposição epistêmica a construção de um objeto para além da doença. O objeto é a vida e sua complexidade, que se configura, se encarna nos sujeitos que comparecem aos serviços e pontos da atenção psicossocial. Nessa perspectiva, a sua clínica deve deslocar o seu sentido das práticas que incidem sobre o indivíduo, reduzindo a tragédia da vida a um conjunto de sintomas e sinais que, articulados, configuram um diagnóstico, a partir do qual se prescrevem as condutas terapêuticas. Trata-se, na Atenção Psicossocial, de olhar para a multiplicidade de aspectos biográficos, familiares, sociais, políticos, econômicos, históricos, culturais, ou seja, para as diferentes dimensões que incidem em sujeitos concretos que, no plano do cotidiano, se agenciam, produzindo subjetividades. Eis aqui os elementos que constituem a Clínica Ampliada como uma diretriz.

Sobre a Atenção Psicossocial, Amarante (2011) ainda reforça a necessidade dos serviços de atenção psicossocial possibilitarem o acolhimento de pessoas em crise; sobre a importância da escuta qualificada; e, ainda, sobre a necessidade dos usuários poderem expressar suas dificuldades, temores e expectativas. Nesse processo, considera-se como essencial o estabelecimento de vínculos afetivos e profissionais com os sujeitos do cuidado, de modo que estes se sintam ouvidos e cuidados, e que percebam que os profissionais estão de fato voltados aos seus problemas e dispostos a ajudá-los.

Em atenção psicossocial, procura-se responsabilizar-se pelas pessoas que estão sendo cuidadas. Igualmente, na saúde mental e atenção psicossocial, o que se busca é o fortalecimento da rede de relações entre os sujeitos envolvidos no cuidado - que são capazes de escutar e cuidar, sejam eles médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros personagens pertencentes a esse processo social complexo -, com aqueles que vivenciam as problemáticas - os usuários, familiares e outros atores sociais (AMARANTE, 2011).

A atenção psicossocial, enquanto campo, possui como principal característica a habilidade em reunir e nomear um conjunto de ações em saúde, visando a substituição do modelo asilar, mantendo-se permeável e maleável às transformações e inovações em curso e às futuras (MORATO, 2019).

Nesse sentido, Morato (2019, p. 35) declara que:

[...] Atenção psicossocial, traduz a concretude e a prática cotidiana do que vem sendo as lutas, os investimentos e os resultados de aproximadamente 40 anos de transformação no âmbito da atenção às pessoas em sofrimento psíquico, a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica do país.

A atenção psicossocial tem sido construída ultimamente por meio da articulação entre as diversas disciplinas e experiências práticas. Com a renúncia ao paradigma psiquiátrico e à racionalidade médica, passa-se a reconhecer a existência humana e o sofrimento psíquico como processos complexos (YASUI, 2010).

Assim, a atenção psicossocial representa um conjunto de técnicas, saberes e políticas, esforçando-se em ultrapassar uma reforma psiquiátrica que se limita à reforma da psiquiatria (COSTA-ROSA, 2013).

Esse agrupamento de postulados teóricos e transformações práticas, tanto éticas quanto políticas, introduzido e experienciado na Política de Saúde Mental vigente, tornam-se suficientes para se referir à Estratégia de Atenção Psicossocial (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Desse modo, a estratégia de atenção psicossocial é caracterizada por Yasui e Costa-Rosa (2008, p. 36) como:

[...] Uma lógica que perpassa e transcende as instituições enquanto estabelecimentos, tomando-as dispositivos referenciados na ação sobre a demanda social do território, distanciando-se, dessa forma, de um sistema organizado e hierarquizado por níveis de complexidade da Atenção.

Como resultados da reforma psiquiátrica brasileira, observou-se o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, a implementação das Residências Terapêuticas e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além de outras estratégias de reinserção social para pacientes egressos de longas internações psiquiátricas como o “Programa de volta para casa” (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013).

Cabe destacar que Yasui (2006), reconhece o CAPS como um serviço pertencente a uma ampla rede de cuidados em saúde mental que não se restringe ou se esgota por ser instituído como serviço de saúde, mas que se caracteriza como estratégia para redirecionamento de assistência.

No que diz respeito ao tratamento, a Política Pública de Saúde Mental Brasileira tem no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) a referência de equipamento estratégico, que incide sobre várias instâncias na atenção ao usuário com transtorno mental e pessoas com necessidades devido ao uso de álcool e outras drogas, dentro de um recorte geográfico, seja em cidades ou bairros com grande concentração de populações em situação de vulnerabilidade (CHIAVAGATTI *et al.*, 2012). Dentre as modalidades desse serviço se encontram os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSad III e CAPSij, destacando-se o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis (CAPSij) e o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras

Drogas (CAPSad), voltados para adolescentes em uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2011).

Ainda que o movimento da Reforma Psiquiátrica, juntamente a outros marcos significativos para a proteção dos direitos de crianças e adolescentes, entre esses a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990 (BRASIL, 1990), tenha apontado a importância do cuidado voltado para esse público, verifica-se que as ações destinadas a essas pessoas estiveram em segundo plano, quando comparado às discussões e proposições como estratégias de cuidado para adultos em circunstâncias semelhantes de sofrimento psíquico (TAÑO, 2014).

Apenas no final de 2001, seguindo as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, é que o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras drogas, admitindo o consumo abusivo de SPA como um problema de saúde pública, e elaborando uma política pública de saúde mental específica para esse público, adotando como plano estratégico a expansão do acesso ao tratamento, o cuidado integral, a promoção de direitos e as estratégias de redução de danos - RD (BRASIL, 2005).

No ano de 2003, a Política para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas foi lançada pelo Ministério da Saúde, que entende essa temática como uma questão de saúde pública, de forma a promover ações de prevenção, tratamento e reabilitação para pessoas em uso prejudicial de SPA (BRASIL, 2003).

Apenas em 2004, é que se amplia o olhar para a Saúde Mental de crianças e adolescentes, através do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, instituído pela Portaria MS/GM nº 1.608. O Fórum é considerado um espaço para trocas e discussões de articulação intersetorial, que objetiva debater sobre as principais pautas relacionadas à Saúde Mental de crianças e adolescentes, além de estimular a participação de diversos atores envolvidos no campo. Atua na organização de fóruns locais, e oferece subsídios para a elaboração de políticas públicas voltadas à infância e juventude (BRASIL, 2014).

As deliberações provenientes das reuniões foram publicadas por meio do documento “Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil” e apresentam as recomendações dos fóruns realizados de 2005 a 2012. Constituem-se como membros participantes dos fóruns: representantes de Áreas Técnicas do Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Direitos das crianças e dos adolescentes (CONANDA), Conselho Nacional de Saúde, outras instâncias do Governo Federal (Saúde, Educação, Justiça, Cultura, Esportes, Desenvolvimento Social), além

de membros de associações e movimentos sociais, representantes de CAPSij e de coordenadores de saúde mental (BRASIL, 2014).

Na Recomendação nº 1/2005 o Fórum anuncia a implementação improtelável de ações que visem a reversão da institucionalização de crianças e adolescentes e dá providencias para revogar esse quadro, uma vez que reconhece a existência no País de aproximadamente 19.400 crianças e adolescentes institucionalizados em abrigos, incluindo os abrigos para portadores de deficiência, 11.000 adolescentes cumprindo medidas socioeducativas em regime de internação, além da existência de crianças e adolescentes internados em instituições psiquiátricas voltadas para a população adulta, em sua maioria por determinação judicial (BRASIL, 2014).

Igualmente, reitera a responsabilidade dos programas de saúde mental (municipais, estaduais e federal), em particular dos CAPSij, em desenvolver ações de desinstitucionalização consonantes com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e reforça a importância de que os princípios da reforma psiquiátrica sejam incorporados ao público infanto-juvenil, por meio da criação de serviços de base territorial, do fortalecimento das redes de apoio comunitárias e familiares, da articulação entre os diferentes segmentos públicos que integram a rede assistencial, além de promover o diálogo permanente com Operadores do Direito, para que suas ações estejam alinhadas aos princípios que norteiam as ações de cuidado em saúde mental (BRASIL, 2014).

A segunda recomendação (nº 2/2005) recebeu como tema a Articulação dos Campos da Saúde e do Direito nas Políticas Públicas de Atenção à Infância e Adolescência”. Esta recomendação recordou o elevado número de internações de crianças e adolescentes no país, sendo a maioria dos casos realizada por determinação judicial, realçando o fracasso histórico das ações embasadas no isolamento, e aponta para a necessidade de elaboração de recursos mais eficazes para um diálogo eficiente entre o campo da saúde mental e da justiça. Outro aspecto discutido nessa recomendação, foi a mudança no modelo de atenção promovido pela Reforma Psiquiátrica, com a implantação dos CAPSij, atuantes no território e na comunidade, substituindo a lógica hospitalocêntrica, possibilitando cuidar de seus usuários, sem distanciarlos de seu contexto. Recordou, ainda, o quadro histórico de desassistência e a inexistência de políticas públicas efetivas às crianças e adolescentes, evidenciando um panorama de abandono decorrente de um extenso processo histórico de controle social, indicando a necessidade de romper com a mentalidade punitiva e tutelar, em favor de uma mentalidade que assegure a garantia de direitos (BRASIL, 2014).

No ano seguinte, é realizada a VI Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental, nos dias 5 e 6 de dezembro de 2006, em que os colegiados reconhecem ser direito das

crianças e dos adolescentes o atendimento integral, integrado e intersetorial em saúde mental. Ademais, fica pactuado que as instâncias gestoras de saúde mental, juntamente aos CAPSij, deverão agenciar ações de integração com a rede escolar, a rede de assistência social, a saúde em geral, as instituições dos campos da Justiça, da Cultura e do lazer, assim como os conselhos tutelares e de direitos para a efetivação de uma rede ampliada em seu âmbito de gestão que opere sob os princípios da atual Política Pública de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2014).

Na VII Reunião Ordinária do Fórum Nacional, no que se refere ao uso abusivo de álcool e outras drogas, os colegiados presentes apontam para a importância de ações com foco no protagonismo dos jovens e que possam ser executadas de forma intersetorial entre os diversos dispositivos presentes na comunidade (geração de trabalho e renda, cultura, esporte, lazer, entre outros). Segundo a recomendação, os CAPSad devem acolher e possibilitar o atendimento de jovens usuários de álcool e outras drogas, recorrendo, inclusive, ao Programa de RD (BRASIL, 2014).

No caso de adolescentes e jovens, a preocupação com a saúde mental tem sido marcada historicamente pela negligência e desamparo, quando se considera políticas públicas e serviços que incluam necessidades e direitos. Há pouco tempo é que se incluiu a população infanto-juvenil nas propostas e debates em saúde mental (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). Entretanto, apenas em 2009, jovens e adolescentes foram incluídos nas pautas, para ampliação de diretrizes e prerrogativas relacionados ao uso de álcool e outras drogas durante a VIII Reunião Extraordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil em Brasília. (BRASIL, 2014).

A oitava Reunião Ordinária, que ocorreu em 2009, teve como foco central a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, e considera como necessária a promoção de estratégias multissetoriais de aproximação que considerem o jovem usuário como protagonista, levando em conta seus desejos e seus impedimentos já construídos, possibilitando a criação de alternativas ao uso de drogas. Dentre suas recomendações, os membros identificaram a complexidade nos casos de crianças e adolescentes que fazem uso de SPA, como uma questão que deve ser trabalhada considerando os princípios da intersetorialidade, da integralidade e da corresponsabilidade, e reforçam a necessidade de “despatologizar” o consumo de drogas. Ademais, fica definido que todas as ações que sejam desenvolvidas não percam de vista a família e a escola como potenciais fatores de proteção à vulnerabilidade e ao risco (BRASIL, 2014).

Nesta mesma reunião, os colegiados preconizam que os serviços de atenção em saúde mental do SUS incentivem e articulem a rede de cuidados, processos, mudanças e transformações com foco na substituição e na eliminação de práticas tradicionais excludentes, repressivas e/ou voltadas para a obtenção de lucro. Fica estabelecida a utilização de estratégias criativas e inovadoras de promoção e prevenção em diferentes mídias de modo que se aproximem da cultura jovem, despertando seu interesse para o cuidado à saúde no que se refere ao uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2014).

Sobre a medida socioeducativa, interpreta-se que esta não deve ser aplicada como uma prática compensatória diante da insuficiência das políticas sociais voltadas para crianças e adolescentes, e que, neste sentido, não deve ser usada como medida protetiva (BRASIL, 2014, p. 49), e enfatiza-se que a medida socioeducativa não deve ser porta de entrada para assegurar direitos.

Similarmente, fica instituída a necessidade de a equipe multiprofissional desenvolver de forma intersetorial o Plano de atendimento individual. A RD volta a ser destacada como estratégia oficial integrante da Política Nacional de Álcool e Outras Drogas (cuja implantação e execução não ferem os preceitos contidos no ECA), pois estimula o reconhecimento da autonomia do indivíduo e da singularidade de cada situação (BRASIL, 2014).

Nessa mesma reunião, os membros registram sua indignação e repulsa diante das violações, maus tratos e da invisibilidade dos direitos de crianças e adolescentes, pela manutenção de internações involuntárias em hospitais psiquiátricos e/ou unidades especializadas, extrapolação do tempo de 45 dias de internação provisória ou de três anos no caso de internamento em entidades socioeducativas, instauração de incidentes de sanidade mental e utilização de medidas de segurança (BRASIL, 2014).

Recentemente, o Brasil enfrenta um contexto de incertezas e de graves ameaças aos direitos humanos no campo da saúde mental.

Em 2018 é publicada a Resolução n° 1, de 9 de março de 2018, que define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), voltando o foco da abstinência total como principal estratégia de tratamento. Vale ressaltar que a antiga Política Nacional sobre Drogas (aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002 e que permaneceu vigente por 17 anos, até ser anulada em 2019), possuía como referência a estratégia de RD.

A nova Política Nacional sobre Drogas direciona-se na contramão da antiga política, estabelecendo que:

Os programas, projetos e ações no contexto da política nacional sobre drogas devem considerar, em sua estruturação, iniciativas de ampliação e reorganização da rede de cuidados, acolhimento e suporte sociais, conceitualmente orientadas para a prevenção e mobilização social, promoção da saúde, promoção da abstinência, suporte social e redução dos riscos sociais e à saúde e danos decorrentes (BRASIL, 2018, p. 129).

Aspectos como repressão, censura e criminalização ao uso permanecem evidentes na nova política. De acordo com o mesmo documento, há o incentivo à manutenção de organizações da sociedade civil de prevenção, e acolhimento, inclusive em comunidades terapêuticas (BRASIL, 2018).

Em 2019, em evidente retrocesso, é revogado o Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002 e instituído o Decreto nº 9.761, que aprova a Nova Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2019a), e regulamenta como objetivo de assistência, a abstinência de pessoas que utilizam SPA, removendo a RD como política oficial, e reorienta o foco para as Comunidades Terapêuticas (CONCEIÇÃO; PEREIRA, 2019). De modo semelhante, o decreto privilegia exclusivamente o paradigma hospitalocêntrico, através do financiamento e encaminhamento para serviços que atuam sob a lógica segregadora e de isolamento, como as comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos.

Para Jucá (2019), a defasagem de equipamentos e ausência de condições que permitem o desenvolvimento do trabalho territorial, somada às dificuldades no treinamento de equipes, aos frágeis vínculos trabalhistas e às dificuldades em assegurar a proteção para jovens e familiares em situação de vulnerabilidade, colaboraram para a manutenção e propagação das comunidades terapêuticas.

Conforme percebido, o sucateamento da Saúde Mental se mostra evidente com a instauração da nova política e do fortalecimento de ações que desconsideram a autonomia, a singularidade e a cidadania de pessoas em uso prejudicial de SPA. Novamente, apesar das inúmeras críticas quanto ao modelo vigente, em 2022, o Ministério da Cidadania lança o edital nº 03/2022, visando a transferência de recursos financeiros para organizações da sociedade civil que prestem atendimento como Hospital Psiquiátrico nas modalidades de internação, e/ou ambulatório, e/ou hospital dia, e/ou pronto atendimento para pessoas com problemas decorrentes do uso de SPA em ambiente hospitalar, sob a prerrogativa de “cuidado”, “tratamento” e “reinserção social” (BRASIL, 2022).

No bojo das recentes mudanças, é citada a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), responsável por elaborar Políticas Públicas voltadas à redução da demanda de drogas, considerando a abstinência de drogas lícitas e ilícitas como um dos fatores

de redução dos problemas sociais, econômicos e de saúde, decorrentes do uso indevido e da dependência de drogas (BRASIL, 2022).

O foco da nova Política Nacional sobre Drogas, parece recair sobre a repressão, combate e criminalização ao uso de drogas. No documento é possível encontrar trechos relacionados à redução da demanda, à redução da oferta, mas nada relacionado à redução de danos enquanto estratégia de cuidado, em que se considera a autonomia e o respeito ao usuário ao optar por interromper ou não o uso de SPA (BRASIL, 2018).

O mecanismo proibicionista, acionado pela guerra às drogas, pode ser derivado das políticas públicas de cunho repressivo, que compreendem a criminalização da venda, do consumo, a punição por comportamentos de risco, bem como a violência institucional como meios de produção de controle social sobre determinados grupos sociais mais vulneráveis: usuários contumazes, prostitutas, pequenos criminosos, jovens de comunidades marginalizadas, pessoas envolvidas com o comércio local, entre outros. Esse tipo de política se difundiu por diversas nações no século XX, com o discurso do controle do comércio e do consumo de substâncias perigosas (SERRA; SOUZA; CIRILLO, 2020).

Nesse sentido, Serra, Souza e Cirillo (2020, p. 96) expressam:

Sendo assim, a coerção que barra a escolha sobre a experimentação de sensações produzidas pelas drogas se insere num mecanismo de obsessão, que cria o próprio descontrole individual, comodamente definido dentro da problemática categoria psiquiátrica dos transtornos. [...] E mais, mecanismos são acionados através dos discursos e instituições que afirmam, propagam, reforçam discursos elaborados sob a égide de uma política que é ao mesmo tempo repressiva e disseminadora. Os discursos e práticas proibicionistas movimentam instrumentos de repressão e de estímulo das drogas, assim, a ação a ser reprimida acaba se reforçando pela sua presença conspícua na realidade social, como uma maldição que recai sobre aquelas pessoas que são objetivadas como “vulneráveis”, para as quais são designadas ações preventivas, de controle e repressivas.

As substâncias ilícitas, no cenário da proibição, mobilizam todo um mecanismo policial-penal, que posiciona todo um grupo social sob suspeita e sob ameaça de restrição de direitos, produzindo um imaginário sobre riscos e sobre o crime que se alimenta do tráfico e dos traficantes. Além disso, os autores expressam que esse cenário criminaliza a pobreza e a miséria, e potencializa mais e mais a exclusão das camadas populares, não obstante dar sinais de esgotamento (SERRA; SOUZA; CIRILLO, 2020).

Reforçando os retrocessos na assistência em Saúde Mental, agora relativas ao público infanto-juvenil, é publicada pelo Ministério da Saúde a nota técnica nº 11 de 2019, que permite, e viabiliza, a internação de crianças e adolescentes sobre a pseudo-prerrogativa do “bom-senso”. A nota afirma que:

Não há restrições absolutas para o atendimento de pacientes menores de idade nos Serviços da RAPS, sendo aplicável o bom senso, a ética e o princípio da preservação da integridade física, moral e da vida do paciente. O melhor interesse do paciente deve sempre prevalecer. Deve-se colocar como exemplo o caso de internação de crianças e adolescentes em unidades psiquiátricas. Vale ressaltar que não há qualquer impedimento legal para a internação de pacientes menores de idade em Enfermarias Psiquiátricas de Hospitais Gerais ou de Hospitais Psiquiátricos. A melhor prática indica a necessidade de que tais internações ocorram em Enfermarias Especializadas em Infância e Adolescência. No entanto, exceções à regra podem ocorrer, sempre em benefício dos pacientes (BRASIL, 2019c).

Paradoxalmente, é publicada a resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019, em conjunto com o Ministério da Mulher, da Família, e do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (BRASIL, 2019b), que dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. Essa resolução se destina aos agentes e instituições do estado, incluindo não apenas o campo da saúde, mas também o setor judiciário e legislativo, estando voltada à orientação de políticas de saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas em todo o território nacional, sendo estendido a todos os cidadãos que se incluam nessa clientela.

A resolução manifesta nítida recusa ao modelo manicomial, e faz crítica às recentes mudanças na política de saúde mental, especialmente no que se refere ao cuidado prestado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, repudiando o incentivo às comunidades terapêuticas propostas pela Nova Política Nacional sobre Drogas.

Entre os tópicos presentes na resolução, se encontram a garantia de acesso ao cuidado sem qualquer forma de violação dos direitos humanos, abolição dos tratamentos cruéis e degradantes, como contenções físicas, químicas, maus tratos, perda dos direitos civis ou que provoquem a discriminação, o estigma e o preconceito. Dentre as proposições, estão a substituição gradual de internações prolongadas, e a promoção de cuidado em espaços abertos, que promovam e valorizem a dignidade, a liberdade, a autonomia, a autoestima e o consentimento prévio.

Ainda, de acordo com o documento, a internação psiquiátrica deve ser considerada um recurso terapêutico com forte potencial iatrogênico, que induz à reincidência (reinternações), com pior prognóstico a longo prazo para os quadros de transtornos mentais, aumento desproporcional para o custo do sistema e da assistência, além de promoção de estigma, isolamento e fragilização das relações sociais (BRASIL, 2019b).

De acordo com a mesma resolução, problemas associados ao uso de álcool e outras SPA não devem ser considerados por si só indicativo de internação, sem que sejam avaliados seu contexto clínico, recursos disponíveis e vínculos sociais (BRASIL, 2019b).

Já em artigo de 2013, Assis, Barreiros e Conceição alertavam para o retorno da defesa de intervenções e concepções similares às adotadas no modelo manicomial, sob o argumento de que pessoas que utilizam drogas não são capazes de lidar, em liberdade, com as consequências decorrentes do consumo (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013).

Para estas autoras, o fenômeno da dependência química não deve ser reduzido à causalidade, ou, relação de causa e efeito, sendo considerado a partir de uma perspectiva complexa, que abrange múltiplas variáveis e suas interações entre diferentes domínios do conhecimento. Entretanto, o fenômeno da drogadição dificilmente é considerado em sua plena dimensão e complexidade (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013).

De acordo com Schneider (2011), as esferas jurídicamoral, biomédica, psicossocial e a sociocultural se constituem como dimensões relacionadas à problemática da adicção e conseqüentemente, possíveis áreas de implicação. Para a autora, a temática da drogadição tem sido retratada de modo reducionista, fragmentado e determinista.

Desta forma, torna-se necessário que, na rotina dos serviços, se renovem os espaços potenciais de reflexão, e que, ao mesmo tempo, viabilizem-se a troca de informações, a inovação, a espontaneidade e a integralidade das ações. No cenário das ações de cuidado, a reorientação do modelo assistencial sob a perspectiva da atenção psicossocial questiona o saber psiquiátrico e propõe o cuidado no território, definindo como importantes as discussões sobre planejamento das ações em saúde mental, e tendo como concepção a construção de práticas integrais de cuidado (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010).

Conforme mencionado anteriormente, os CAPSad e CAPSij se caracterizam por serem serviços comunitários, que incentivam a autonomia e reinserção social de seus usuários. Dentre as abordagens presentes no serviço, destaca-se a Redução de Danos (RD). Essa estratégia é pautada no acolhimento e responsabilização do usuário com seu próprio tratamento, possuindo caráter progressista, à medida que considera a vontade do sujeito e seu engajamento nas intervenções, estando presente principalmente nos CAPS e nas Estratégias de Saúde da Família (ESF). Para Cruz (2006), a RD propõe a formulação de práticas que visam reduzir os danos provocados pelo consumo de drogas.

Apesar da RD já apresentar evidências científicas quanto aos seus resultados, a adoção da abstinência total como único caminho para tratamento de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas é preconizada pela Política Nacional de Drogas (BRASIL, 2019a), desconsiderando as escolhas e autonomia desse grupo. Cabe destacar que a RD envolve um conjunto de políticas e práticas que se propõem a reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas (lícitas e ilícitas). Por definição, o foco dessa abordagem se dá na prevenção aos

danos, e não na prevenção do uso de drogas (ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE REDUÇÃO DE DANOS, 2010).

Veronese (2015) aponta para a necessidade de maior investimento em equipes de redução de danos, em cuidados no território e em formação continuada dos profissionais já inseridos neste campo, visando o desenvolvimento de habilidades de escuta, acolhimento e análises profundas, evitando o risco de produzir velhas práticas em novos modelos.

As ações da RD podem ser individuais e/ou coletivas, como destaca Andrade (2002), e são pautadas em alguns pressupostos que consideram a complexidade do fenômeno: o processo de adoecimento, como resultante da pluralidade de fatores biopsicossociais; a consideração das particularidades, diversidades culturais, direitos humanos e de cidadania de cada usuário; e o trabalho intersetorial, como modo de organização dos serviços de atenção (MARTINS; SILVEIRA, 2019).

A Redução de Danos parte de uma concepção na qual o usuário de drogas é um cidadão detentor de direitos, como: à seguridade social, ao trabalho e a usufruir do sistema público social de saúde e educação. Como sujeito de direitos, o indivíduo é considerado coautor de sua própria história, sendo responsável pelas escolhas advindas do uso indevido de drogas (PINTO *et al.*, 2014).

## 2.3 ADOLESCÊNCIA

Conforme publicado no Marco Legal da Saúde de Adolescentes (BRASIL, 2007), a adolescência é compreendida como a fase entre a infância e a idade adulta, etapa essa caracterizada por um complexo processo de amadurecimento e desenvolvimento biopsicossocial. A Organização Mundial da Saúde descreve a adolescência como período que se estende dos 10 aos 19 anos (segunda década da vida) e a juventude compreendendo o ciclo entre os 15 aos 24 anos (BRASIL, 2007). Complementarmente, o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), considera criança a pessoa até 12 anos idade incompletos, e adolescente, aquela entre 12 e 18 anos de idade, sendo que, em casos expressos em lei, este estatuto pode ser aplicado, excepcionalmente, também em pessoas com 18 a 21 anos de idade.

De acordo com Formigli, Costa e Porto (2000), a adolescência é iniciada com as transformações decorrentes da puberdade, e termina com a inserção social, profissional e econômica na sociedade adulta. A adolescência é um período de expressivas transformações, que reverberam não apenas no próprio indivíduo, como também em sua família e na comunidade (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010).

Sabe-se que as mudanças orgânicas de maturação biológica ocorridas no período da puberdade demarcam o dimorfismo sexual e a função reprodutiva. Na adolescência, ocorre a adequação às novas estruturas físicas, sociais e psicológicas (BIANCULLI, 1997).

Nos tempos passados, a concepção da adolescência enquanto fase de transição para a vida adulta era fortemente difundida. Na Grécia antiga, os jovens eram sujeitos a um real adestramento, com a finalidade de atribuir-lhes as virtudes militares e cívicas. Aos 16 anos, lhes era permitido participar de assembleias. A maioridade civil era obtida aos 18 anos e, em seguida, eram inscritos nos registros públicos da cidade (GROSSMAN, 1998). Semelhantemente, na Roma, aos 12 anos, os meninos da elite saíam do ensino elementar, e convertiam-se ao estudo de autores clássicos e da mitologia, com o intuito de enriquecer o espírito. Aos 14 anos, possuíam o direito de fazer tudo o que um jovem gostasse de fazer, e abandonavam as vestes pueris. Aos 16 anos, adquiriam o direito de optar pelo exército ou seguir carreira pública. Ao contrário da Grécia Antiga, não existia “maioridade”: o sujeito era considerado impúbere até que o pai ou o tutor considerasse que estava na idade de ganhar as vestes de homem e cortar o primeiro bigode (GROSSMAN, 1998).

Em relação às mulheres, as pressões para os afazeres da vida adulta, na Grécia antiga, eram semelhantes. Como forma de preparo para o futuro sendo mãe de família, as moças

praticavam exercícios físicos para alcançar energia e vitalidade, visto que estas se casavam aos 15 ou 16 anos. Conforme observado, na fase da puberdade (GROSSMAN, 1998).

Nessa mesma perspectiva, no período feudal, há relatos de que as crianças e adolescentes eram vistos como adultos de pequeno porte, necessitando apenas desenvolver-se em todos os aspectos físicos e mentais da raça humana (GARROD *et al.*, 1995). Portanto, após a criança superar o período de alto risco de mortalidade, era incluída ao meio dos adultos, de forma a aprender as tarefas, valores e crenças que seriam requeridos na fase adulta (GARROD *et al.*, 1995; GROSSMAN, 1998).

Nesse cenário, pensadores clássicos descreveram características da adolescência que influenciaram o pensamento atual acerca deste período do desenvolvimento. Segundo relatos, Aristóteles, no século IV a.C, descreveu os jovens como irascíveis, apaixonados e propícios de serem levados por impulsos. Ele presumia que os jovens eram excessivamente determinados em suas afirmações, e que estes se consideravam oniscientes, apesar de julgar que o aspecto mais valioso da adolescência fosse a habilidade de escolha, e que a autonomia seria um indicativo de maturidade (ASSIS *et al.*, 2003; COLE; COLE, 2004; SPRINTHALL; COLLINS, 1999). Ainda nesse sentido, Rousseau concebia a adolescência como período de intensa instabilidade e conflito emocional, decorrentes do processo de amadurecimento. Em sua opinião, tanto as alterações orgânicas quanto as sociais eram acompanhadas por transformações psicológicas (GALLANTIN, 1978).

Segundo Schoen-Ferreira, Aznar-Farias e Silvares (2010), com a intensificação do processo de industrialização e a instituição formal de sistemas educacionais obrigatórios é que a adolescência passa a ser melhor observada. Segundo as autoras, ao longo do século XIX a adolescência passa a ser reconhecida como um “momento crítico” da existência humana. É temida como uma fase de riscos em potencial para o próprio indivíduo e para a sociedade como um todo.

Stanley Hall (1925) descreveu esse período como uma época de emotividade e estresse aumentados. Em sua concepção, a adolescência era compreendida como zona de turbulência e refutação, constituindo-se em uma linha de rupturas e erupções vulcânicas no seio das famílias.

Na idade moderna, o estado passou a interferir repetidamente no campo social, especialmente nos modos de agir perante a família, comunidade, nos grupos religiosos e educacionais (ARIÈS, 1981). Com o progresso da alfabetização e a relativa facilidade de leitura, houve o distanciamento dos sujeitos de sua própria comunidade. A escola tornou-se, então, uma instituição fundamental na sociedade, enquanto local de doutrina e educação. As crianças e

adolescentes passaram a ser educados em lugares isolados e fechados, sob a autoridade de profissionais adultos (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010).

Desta forma, os adolescentes passaram a desejar maior privacidade, visto que estes se encontravam sob constante vigilância e, ao mesmo tempo, encontravam-se mais distantes dos familiares. Houve um aumento da escrita de diários confidenciais e da amizade com seus semelhantes. A escolha de uma amiga pessoal se constituía como um importante capítulo na vida de uma adolescente. Em relação ao sexo masculino, as relações de amizade eram igualmente importantes. No final do século XIX, foi originada a Associação Cristã de Moços - ACM. Já em meados do século XX, foi criado o Movimento Escoteiro. Especialmente na Alemanha, após a primeira Grande Guerra, é que surgiram diversos movimentos juvenis, ligados ou não a associações profissionais e fraternas, em virtude da rejeição às estruturas adultas vigentes e, conseqüentemente, motivados pelo descontentamento com o *status quo* (HAROCHE, 2006).

Os períodos que antecederam a I e II Guerra Mundial marcaram o desenvolvimento da adolescência. Nos períodos anteriores às guerras os jovens eram retratados como indisciplinados, indolentes e ociosos. Durante as guerras e nos anos posteriores, essa perspectiva se transforma, e a juventude passa a ser reconhecida pelos pesquisadores, pela importância de seu trabalho em preservar a sociedade tal como eles conheciam (STEINBERG; LERNER, 2004).

A questão sobre a universalidade ou não da adolescência é um tema importante, e alguns historiadores interessados nesse problema defendem que a adolescência é uma construção social (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010). Como se percebe, as discussões sobre as concepções de adolescência variaram de acordo com o tempo e a cultura, sendo representados ora por sua resistência, ora por seu dinamismo.

As contribuições da Antropologia Social consistiram especialmente na mudança do paradigma da adolescência, inovando a maneira de entender as fases do desenvolvimento humano, especialmente sob duas vertentes: a adolescência não deve ser caracterizada, necessariamente, por um período turbulento; e as características do desenvolvimento psicossocial não são absolutas. Em Samoa, sociedade pesquisada por Margaret Mead (GROSSMAN, 1998; SANTROCK, 2003; SPRINTHALL; COLLINS, 1999), por exemplo, verificou-se que o desenvolvimento de adolescentes era progressivo, calmo e sem impactos intensos. A organização social, a inclusão no mundo adulto e as tarefas realizadas pelos indivíduos possibilitavam uma adolescência relativamente livre de estresse.

Em contrapartida, na década de 50, nos Estados Unidos, surgiu o movimento “rebelde sem causa”, ou “juventude transviada” (GROSSMAN, 1998). Nesta época, já se iniciava uma consciência etária à oposição jovem e não-jovem (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010). De acordo com Marty (2006), a violência, apesar de não ser exclusiva dos jovens, possui caráter consubstanciado com a juventude. Para a pesquisadora, é esperado nessa fase algum nível de violência.

No início da década de 80, houve uma explosão da taxa de natalidade, que culminou na expressão “onda jovem”, usada para denominar o grande número de sujeitos pertencentes a essa faixa geracional. Esses adolescentes se depararam com um panorama econômico desfavorável, além das dificuldades em conseguir permanecer no emprego, obstáculos sociais e urbanos (BRASIL, 1999; MATHEUS, 2003). Vargas e Nelson (2001) complementam sobre o cenário adverso com outras transformações como a ausência de perspectivas, as mudanças nos valores sociais e a redução do controle tradicionalmente exercido pela família, igreja e comunidade. Simultaneamente, a concepção de proteção integral do estado passa a ser fortalecida, à medida que as crianças e adolescentes adquirem a condição de portadores de direitos sociais (ESPINDULA; SANTOS, 2004).

De acordo com Schoen-Ferreira, Aznar-Farias e Silvares (2010), a OMS determina a juventude abrangendo a faixa etária dos 15 aos 24 anos, em vista do prolongamento da fase em que não são exercidas as responsabilidades referidas como adultas. Protelou-se o matrimônio, aumentou-se a necessidade de maior tempo de permanência no lar parental, ampliaram-se as gestações fora do matrimônio, razões estas que levaram os jovens a conviver com diferentes pessoas, de faixas etárias diversas, em ambientes distintos, portadoras de múltiplos valores, crenças e ideias (VARGAS; NELSON, 2001).

A ampliação das concepções de adolescentes demonstra que recortes etários não são suficientes, ao se considerar a diversidade de parâmetros biológicos e psicossociais particulares da adolescência (DAYRELL, 2003; LEON, 2005). Sifuentes, Dessen e Oliveira (2007) afirmam sua concepção de adolescência como uma etapa da vida com características próprias, que atuarão na criação de trajetórias de vida de cada sujeito, dentro de um cenário sociocultural.

A concepção histórico-social da adolescência compreende os adolescentes e a adolescência como um processo flexível, uma vez que seus modos de vida e expressão se encontram em constante movimento. Essa perspectiva considera ainda que as mudanças neste período ocorrem de forma interligada e interdependente, o que proporciona a essa etapa da vida vivências singulares, distintas de tentativas homogeneizantes e universais, possibilitando refletir sobre as diferentes adolescências (OZELLA; AGUIAR, 2008; OZELLA, 2011).

## 2.4 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL, O USO DE SPA E A ADOLESCÊNCIA

Como visto, o cuidado às pessoas com transtornos mentais e/ou que fazem uso de substâncias psicoativas (SPA) passa a ser centrado na perspectiva comunitária, distanciando-se das práticas hospitalares. Aspectos como humanização, reintegração social, e avaliação dos serviços revelam-se fundamentais para garantir o direito das pessoas com doenças mentais (GUIMARÃES *et al.*, 2010).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as drogas psicotrópicas foram classificadas como substâncias que agem no Sistema Nervoso Central (SNC), provocando alterações no comportamento, humor e cognição, apresentando intensa propriedade reforçadora, sendo, potencialmente, passíveis de autoadministração (uso não legalizado pela medicina). Em síntese, essas substâncias levam à dependência (WHO, 2004).

Sabe-se que a dependência de SPA é considerada um grave problema de saúde pública. Segundo o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2017), em 2017, estimava-se que 271 milhões de pessoas com idades entre 15 e 63 anos já haviam feito uso de drogas no ano anterior. De acordo com o relatório, a Cannabis (maconha) ainda continuava sendo a droga mais consumida no mundo, atingindo 188 milhões de pessoas no ano. Globalmente, estimava-se que naquele ano, 12,6 milhões de pessoas que faziam uso de drogas eram adolescentes (15-16 anos).

No cenário brasileiro, a situação permanece alarmante, pois, de acordo com o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, também de 2017, menores e estatisticamente significativas proporções de adolescentes consideraram muito fácil obter cocaína, crack, anabolizantes, estimulantes anfetamínicos, medicamentos tarja preta e solventes, quando comparados a maiores de 18 anos. Ainda neste relatório, estima-se que 15 milhões de pessoas já fizeram uso de alguma substância ilícita na vida. Destaca-se que para os aproximadamente 15 milhões de indivíduos que referiram ter usado alguma substância ilícita na vida, a mediana da idade de primeiro consumo foi de aproximadamente 16 anos (BASTOS *et al.*, 2017).

O uso precoce destas substâncias é preocupante porque, dentre outros motivos, a literatura reconhece que o uso frequente da maconha, cocaína e outras drogas inalantes pode

provocar alterações físicas, mentais e sociais, tendo seu uso associado a transtornos mentais, criminalidade, dependência, suicídio e morte (RAPOSO *et al.*, 2017).

Especialmente na adolescência, o consumo de drogas torna-se mais propenso, pois é nesta etapa da vida que o jovem não acata orientações, por desejar possuir o controle de si mesmo, e testar novas possibilidades de ser adulto. Neste momento, o adolescente afasta-se da família, como de costume, para se aderir ao seu grupo de iguais. Caso este grupo esteja fazendo uso de substâncias, o jovem que o frequenta será pressionado a fazer o uso. Sendo que é neste momento de contato com as drogas que o jovem se expõe a muitos outros riscos, devido à sua vulnerabilidade (GERSTEIN; HARWOOD, 1990). Tal aspecto é reforçado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, apontando que a adolescência (12 a 17 anos) é o período de risco crítico para o início ao uso de substâncias (UNODC, 2019).

Além do exposto, Gil *et al.* (2008) afirmam que a percepção de danos é reduzida na adolescência, e que essa concepção pode intensificar o consumo de drogas. Ainda, segundo os autores, uma característica comum entre os jovens é de que estes possuem a crença de que nada vai acontecer, e acreditam que podem controlar as situações. Tal fato pode ser identificado em sua pesquisa, que buscou conhecer a opinião dos adolescentes sobre o uso de drogas e sobre as pessoas que fazem uso de drogas. Os resultados apontam que 53% (n=386) dos adolescentes se declararam favoráveis ao consumo de drogas e 52,3% deles apresentaram opiniões desfavoráveis quanto à percepção de risco.

Um estudo realizado por Cardoso e Malbergier (2014) verificou que os adolescentes que relataram ter amigos que usavam regularmente álcool e outras drogas tiveram 8 vezes mais chances de se tornarem usuários de tais substâncias, frente a aqueles que não tinham amigos que usavam drogas regularmente. Frequentemente, as drogas tendem a ser enaltecidas pelos jovens, de forma que seu uso pode ser apreciado, reconhecido e validado pelo grupo, aumentando as chances de que os adolescentes e jovens iniciem o uso, a partir de uma lógica de pertencimento ao grupo (DUAN *et al.*, 2009). Assim, observa-se que o início do uso de drogas tem afetado, sobretudo, os mais jovens, e o surgimento de substâncias com poder toxicológico mais elevado nos alerta para a importância de um olhar mais atento aos adolescentes, seus contextos de vida e suas vulnerabilidades.

O uso de substâncias associado a aspectos específicos da adolescência e uma rede de serviços falha e insuficiente caracterizam o adolescente como grupo altamente vulnerável (BRASIL, 2010; SILVA *et al.*, 2014).

Outras consequências do uso precoce de substâncias são os problemas de saúde, sanções legais, conflitos familiares e sociais, abandono escolar e sentimentos de ansiedade e culpa (BRASIL, 2003; VASTERS; PILLON 2011). Além disso, o preconceito associado ao uso de drogas, bem como a agressividade e problemas de comportamento/conduita, intensificam as pressões legais para obrigar os indivíduos a aceitarem o tratamento. Esta abordagem é preocupante, pois pode ofuscar a identificação das demandas do paciente e tornar o tratamento incoerente e coercitivo (SOARES *et al.*, 2011).

Conforme já descrito, apesar de inclusão tardia de crianças e adolescentes nas políticas públicas, em 2009, durante a VIII Reunião Extraordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil em Brasília, esse público foi incluído nas discussões para ampliação de diretrizes e prerrogativas referentes ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2014).

A pesquisa de Mendes (2020) procurou descrever o perfil dos atendimentos prestados a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas (SPA) realizados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da I Macrorregião de Pernambuco, no período de 2014 a 2018. Os dados para a realização da pesquisa foram extraídos do sistema SIA/TABNET PE. Foram observados 72 municípios da I Macrorregião de Saúde de Pernambuco, embora apenas 43 municípios contassem com algum tipo de CAPS. Dentre 1.761 atendimentos a crianças e adolescentes, foi verificado que a faixa etária de 14 a 18 anos (adolescência) representou 88,19% dos atendimentos prestados, seguida pela faixa etária de 10 a 13 anos, com 10,44% dos atendimentos.

Taxas semelhantes foram encontradas na pesquisa de Conceição *et al.* (2018) procurou descrever o perfil de crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de SPA que fizeram tratamento nos CAPS do Brasil. Nesse estudo, foi verificado que entre 2008 e 2012 a faixa etária dos 15 aos 19 anos representou 84% dos atendimentos prestados, seguida pela faixa de 10 a 14 anos, com 15,2% dos atendimentos. Já os menores de 10 anos representaram 0,8%. Segundo a autora, essas informações sugerem que o elevado número de atendimentos pode ter relação com a ampliação da rede assistencial e maior acolhimento às demandas associadas ao uso de substâncias psicoativas neste local.

O estudo de Paula *et al.* (2017) objetivou compreender as implicações da atenção psicossocial e da institucionalização no atendimento às necessidades de adolescentes usuários de crack e de seus familiares. A pesquisa foi realizada em um CAPSad II, um CAPSij e um Abrigo de referência, todos em Fortaleza – Ceará. Participaram da pesquisa 11 adolescentes (10 a 19 anos) e 6 familiares. Dentre os resultados, a pesquisa evidencia que, comumente, os jovens

acessam os serviços comunitários apenas quando já passaram por alguma experiência de institucionalização, o que vai na contramão da Política de Atenção Integral ao Usuário de drogas, que preconiza preferencialmente o recebimento de serviços comunitários. Outro aspecto importante mencionado pelos pesquisadores é que os adolescentes estabelecem um vínculo maior com o CAPSij, em comparação ao CAPSad, pois foi verificado que neste último não foram observadas atividades voltadas para os adolescentes. Ainda que se reconheça o potencial dos CAPSad, verifica-se que para os adolescentes e suas famílias este possui papel secundário, no que se refere aos cuidados voltados a usuários de SPA, sendo a principal estratégia o afastamento do contexto de uso das drogas. A pesquisa também identificou a carência de recursos materiais e humanos e fragilidades nos serviços comunitários, pois estes possuem muitas dificuldades para lidar com usuários de drogas, principalmente quando estes são adolescentes.

No que se refere às internações, de acordo com os relatos dos adolescentes e familiares, foi observado que o tratamento oferecido consistiu apenas em condutas voltadas ao corpo biológico, manifestadas pela contenção e uso de medicações. No que se refere à internação compulsória, tanto adolescentes quanto o familiar concordam que esta não contribuiu para a mudança nos padrões de uso de crack, sendo que no mesmo dia após a alta o jovem retomou o consumo.

De acordo com estes autores (Paula *et al.*, 2017), a dificuldade em manter a condição de abstinência conseguida na internação também pode estar relacionada a obstáculos encontrados pelas instituições na busca do fortalecimento dos vínculos familiares, visto que muitas famílias alegavam falta de tempo para participar de atividades com foco na família, embora ainda se reconheça que o contexto social dessas famílias seja escasso de suporte social.

De modo semelhante, a pesquisa de Ferrari e Januzzi (2019) procurou compreender de que forma as dificuldades de adesão de adolescentes usuários de SPA podem contribuir para o trabalho realizado nos CAPSij de Minas Gerais. Para objeto de análise, foram realizadas entrevistas com 5 profissionais e 5 adolescentes. As dificuldades de adesão ao tratamento dos adolescentes da pesquisa indicaram que um tratamento que desconsidera a particularidade da desinserção de cada sujeito contribui para a reprodução de experiências desconectivas que podem levar ao pior. Desta forma, adotar modelos de tratamento que exacerbam ainda mais as dificuldades dos jovens na relação com o desejo favorece e mantém a desinserção dos sujeitos.

Além do tratamento oferecido pelos CAPSad e CAPSij para crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas encontram-se as internações psiquiátricas. Ainda que se evidencie e se reconheça seu caráter segregativo e sua frequente associação com práticas que desconsideram a singularidade do sujeito, surpreendentemente, em 2017, passa a vigorar a Portaria nº 3.588 (BRASIL, 2017), que preconiza o aumento do valor da diária de internação e amplia de 15% para 20% o número de leitos psiquiátricos nessas unidades, reforçando o papel dos hospitais psiquiátricos.

A internação, em qualquer uma de suas modalidades, é uma medida prevista pela Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001, que deveria ser indicada apenas quando os recursos extra hospitalares se mostrassem insuficientes (BRASIL, 2001). No entanto, Lara e Volpe (2019) mencionam que entre 2002 a 2011 houve elevação das internações por transtornos ligados ao abuso de substâncias psicoativas no estado de Minas Gerais. Outro estudo sugere que as hospitalizações por uso de substâncias psicoativas não se alteraram após uma década da reforma psiquiátrica, não aumentando, mas também não diminuindo suas taxas de internação (BALBINOT *et al.*, 2016).

Nessa mesma perspectiva, a pesquisa de Sakae, Fernandez e Magajewski (2018) procurou analisar os padrões de internação hospitalar para usuários de SPA, em Santa Catarina no período de 1998 a 2015. O estudo evidencia que no período foram observadas 108.721 internações, sendo que as internações por uso de álcool, alucinógenos, cocaína e estimulantes tiveram aumento anual. Resultados semelhantes foram encontrados em outras pesquisas (GUARESCHI; LARA; ECKER, 2016; PASSOS, 2011).

Os hospitais psiquiátricos funcionam sob a premissa da desintoxicação. Paula *et al.* (2017) declaram que este tipo de serviço desconsidera fatores subjetivos, socioculturais, contextuais e as experiências de vida associadas ao uso de drogas, e o consideram como local que contribui para o isolamento social. Outra preocupação se refere ao quanto as internações inviabilizam a saída do processo de marginalização no qual alguns adolescentes se encontram.

Aprofundando a compreensão sobre o tratamento oferecido pelos hospitais psiquiátricos, o estudo de Mombelli, Marcon e Costa (2010) buscou caracterizar o perfil de adolescentes dependentes químicos para tratamento de desintoxicação em uma unidade de psiquiatria e correlacionar as variáveis sociodemográficas com o uso de drogas ilícitas. Verificou-se que os adolescentes já haviam realizado acompanhamento ambulatorial, bem como já apresentavam histórico de internação psiquiátrica. Segundo a pesquisa, 91% dos

adolescentes foram encaminhados para as internações pelo CAPS. O estudo cita outros aspectos que ocorrem com frequência nas internações, como as evasões e reinternações de adolescentes nas instituições, demonstrando possível desaprovação dos adolescentes por este modelo de tratamento.

Apesar dos avanços, a permanência de adolescentes no tratamento ainda constitui um desafio (SCADUTO; BARBIERI, 2009), uma vez que ainda perduram as crenças relacionadas à adolescência como período associado à hostilidade, desconfiança e outras formas de resistência, além de baixa motivação para a adesão ao tratamento (OLIVEIRA; SZUPSZYNSKI; DiCLEMENTE, 2010).

Pesquisas demonstram que o início do tratamento especializado nas situações que envolvem o uso de substâncias ocorre principalmente por encaminhamentos, tanto judiciais, relacionados a atos delituosos, quanto nos casos em que há acompanhamento do Conselho Tutelar, assim como por intervenção da família (GONÇALVES *et al.*, 2019; VASTERS; PILLON, 2011). Slesnick, (2001) alega que os jovens raramente procuram algum tipo de tratamento para dependência de substâncias, e, quando procuram, muitas vezes o abandonam no início, antes que ocorra uma mudança objetiva.

Sobre a problemática das evasões, a pesquisa de Spohr, Leitão e Schneider (2006) aponta que em dois dos cinco ambulatórios estudados houve baixa adesão e alto índice de fugas dos pacientes.

Beynon, McMinn e Marr (2008) e Botelho e Medeiros (2010) apontam que quanto mais jovem for o usuário, menores as chances de permanência no tratamento e, que quanto mais precoce a idade de início do uso de drogas, maior o risco de desenvolver a dependência.

A literatura tem demonstrado diversos fatores que influenciam na adesão de adolescentes aos tratamentos devido ao uso de SPA. Destaca-se a relevância de conhecer aspectos associados ao uso de drogas e as possíveis deficiências que os tratamentos têm demonstrado sob o olhar desta população. As fugas e as reinternações são exemplos destas deficiências, demonstrando a aparente desaprovação dos jovens por esse modelo de cuidado (PAULA *et al.*, 2017). Para Lorem, Hem e Molewijk (2015) as reações de luta e resistência ao tratamento decorrem da pressão informal exercida pelos familiares e formal pelos profissionais de saúde, quando estes solicitam intervenção judicial. Ambas as pressões estão relacionadas à falta de controle dos pacientes sobre a terapia e à perda de autonomia.

Bittencourt, Garcia e Goldim (2020) analisaram as reações de adolescentes usuários de substâncias psicoativas frente a situações coercitivas durante o tratamento em um CAPSia (Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes), pelos registros em prontuário. Foram selecionados 23 prontuários de adolescentes em tratamento. Dentre os resultados, o estudo demonstra que 31,6% dos adolescentes apresentaram reação de resistência, e 14% apresentaram falta de motivação com o tratamento. Para os pesquisadores, a resistência ao cuidado representa a luta pela autodeterminação, em que o desejo de manter o uso de drogas é usado para evitar o tratamento. Quando esta argumentação perde a eficácia, os adolescentes usam outras defesas, como fugas, agressões ou silêncio. No momento em que os pacientes mostram oposição à ineficácia desse cuidado, tornam-se alvos de abuso físico, verbal e, possivelmente, psicológico.

A literatura demonstra que o sentimento de coerção influencia o paciente de forma negativa, levando à baixa adesão e ao abandono do tratamento (LIDZ *et al.*, 1998; MONAHAN *et al.*, 1995; TABORDA *et al.*, 2004; URBANOSKY, 2010;). Strauss *et al.* (2013) apontam, ainda, outras consequências geradas pelo sentimento de coerção, como a falta de confiança nos cuidadores, alienação, evasão, e menor satisfação do paciente em relação a novas internações.

Considerar a opinião dos adolescentes sobre seu próprio tratamento se constitui como uma importante ferramenta na adequação dos serviços, de maneira que atendam às suas escolhas e às suas necessidades. Diversos autores têm demonstrado preocupação com a adesão de adolescentes usuários de substâncias. De Micheli, Fisberg e Formigoni (2004), Silva *et al.* (2003), e Vasters e Pillon (2011) enfatizam a importância de serem realizadas reflexões sobre os tipos de propostas de intervenção e a efetividade destas como uma forma de auxiliar no processo de adesão dos adolescentes ao tratamento, uma vez que ainda são escassas as produções sobre esse tema.

No que se refere ao tratamento ofertado aos usuários, Donabedian (1978) já evidenciava a preocupação com a qualidade da assistência prestada, demonstrando a necessidade de incorporar a avaliação dos resultados do tratamento, e afirmando que os resultados obtidos deveriam estar coincidentes com a perspectiva dos usuários, caso contrário, a qualidade do tratamento poderia estar comprometida. Entende-se, então, a partir dessa perspectiva, que somente os próprios usuários podem fornecer uma compreensão aprofundada sobre seu estado clínico e sobre os efeitos das intervenções realizadas em suas vidas, compartilhando informações que não estão presentes nas medidas clínicas dos profissionais. Suas experiências com o uso de drogas, com o tratamento recebido e seus resultados só podem ser relatadas por eles próprios (BANDEIRA *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2012).

Associado a este fator, estudos têm apontado que há uma lacuna sobre onde os adolescentes estão buscando auxílio no que diz respeito às problemáticas relacionadas ao uso das drogas, sendo necessário dar foco a esta questão e realizar estudos que investiguem e aprofundem esta realidade, visto a importância e urgência que ela demanda (BARCELLOS-OLIVEIRA *et al.*, 2012; RAUPP; MILNITSKY-SAPIRO, 2005; VASTERS; PILLON, 2011;).

O trabalho de Raupp e Milnitsky-Sapiro (2005) buscou analisar as modalidades de atendimento aos adolescentes que realizavam uso abusivo de drogas e eram encaminhados para a rede pública, a fim de avaliá-las baseando-se no que preconizam as políticas públicas, valendo-se de entrevistas com os próprios adolescentes e com os profissionais dos serviços. Verificou-se no estudo de 2005 que os profissionais ainda mantinham a perspectiva do uso de drogas como doença, não levando em consideração, muitas vezes, outras motivações para o uso, como também mantendo um olhar generalista desses adolescentes, sem se atentar para as subjetividades dos mesmos, apontando a necessidade de novos trabalhos que se aprofundem em tal realidade.

Nesse sentido, o estudo de McCann *et al.* (2016) apontou os fatores que podem contribuir para a busca de ajuda por jovens que utilizam SPA. Os jovens destacaram que ser aberto com amigos e família, possuir sistema de apoio comunitário forte, confiar em onde/quem pedir ajuda, assim como a experiência, conhecimento e habilidade dos profissionais foram aspectos valorizados e relatados por jovens como motivos para busca de ajuda. A falta de conhecimento em saúde mental e o estigma da doença mental foram relatados pelos jovens como fatores que podem impedi-los de procurar ajuda.

De modo semelhante, as pesquisas de Posselt *et al.* (2017) e Smith *et al.* (2017) apontaram que o problema mais comumente relatado para os jovens acessarem e receberem cuidados apropriados foi a estrutura fragmentada dos serviços e o medo de sofrer estigma. O medo e a desconfiança foram as principais barreiras para envolvimento nos serviços de saúde mental.

No cenário nacional, Costa, Colugnati e Ronzani (2015) realizaram uma revisão sistemática da literatura brasileira sobre a avaliação de serviços em saúde mental, com o intuito de identificar e problematizar métodos, perspectivas avaliativas e resultados. A pesquisa identificou que dentre os 35 artigos estudados, 24 eram referentes à avaliação de serviços do tipo CAPS. Além disso, os usuários dos serviços de saúde mental se constituíram como público alvo de 22 avaliações (62,9%), trabalhadores dos serviços estiveram presentes em 23 avaliações (65,7%); familiares de usuários em 19 (54,3%); e gestores dos serviços ou da rede de saúde mental participaram em três avaliações (8,6%). Vinte e um estudos (60,0%) avaliaram mais de

um grupo de participantes, repetindo-se na contagem das frequências. Os resultados demonstram avanços no cuidado de pessoas com transtornos mentais. Os familiares e usuários apresentaram níveis elevados de satisfação com os CAPS, ESF e residências terapêuticas. Grande parte dos estudos aponta para a insatisfação e sobrecarga de trabalho devido à alta demanda, a escassez de recursos humanos, infraestrutura deficitária, qualificação profissional insuficiente, entre outros aspectos.

Já o estudo de Bosca *et al.* (2018) objetivou avaliar se os usuários dos CAPSad percebem mudanças com o tratamento recebido e quais as variáveis associadas a essas mudanças. Semelhante a outros estudos, as autoras encontraram correlação inversamente proporcional entre Escala de Mudança Percebida e as internações, ou seja, quanto maior o número de internações psiquiátricas antes do tratamento no CAPSad, menor foi a mudança percebida pelos usuários. O encarceramento do indivíduo pode levar ao aumento da dificuldade deste em perceber mudanças com o tratamento no território, pois, nessa perspectiva, o usuário é corresponsável pelo seu tratamento e o controle do uso de drogas não é respondido com o afastamento do mesmo do seu contexto de vida. Dessa forma, o foco na reabilitação psicossocial pode se caracterizar como mais longo e trabalhoso, porém, permite, com mais efetividade, a validação da autonomia das escolhas dos usuários e suas consequências (WETZEL *et al.*, 2011; ZANATTA; GARHETTI; LUCCA, 2012).

Longinaker e Terplan (2014) mencionam que os encaminhamentos forçados funcionam em ambientes ambulatoriais (estão associados a maiores chances de conclusão de tratamento), porém, têm pouco efeito sobre os pacientes internados (desintoxicação), e podem até ser prejudiciais, resultando em menores chances de conclusão do tratamento de pacientes coagidos em comparação com pacientes voluntários.

Sabe-se que a adesão ao tratamento por usuários de drogas constitui um desafio, a julgar pelas elevadas taxas de abandono (50% no primeiro mês). Especialmente entre os adolescentes, os indicativos de abandono do tratamento são ainda mais elevados, em razão da ausência de motivação para a mudança, uma vez que grande parte deste público chega para tratamento por encaminhamentos diversos, como familiares, escolas, ou via judicial (SCADUTO; BARBIERI, 2009). Andretta (2008) aponta que 50% dos jovens não regressam ao serviço após o primeiro contato, e até 70% apresentam grande possibilidade de abandonar o tratamento precocemente.

De acordo com Silveira e Ribeiro (2005), a adesão ao tratamento implica em uma cooperação entre profissional e paciente, demandando assiduidade, constância e insistência na relação com o cuidado.

Além da problemática das drogas, discute-se sobre a justiça terapêutica. A imposição judicial de tratamento especializado como medida socioeducativa para adolescentes usuários de SPA envolvidos em atos infracionais ainda permanece em vigor. Neste sentido, a pesquisa de Oliveira, Szupszynski e DiClemente (2010) procurou avaliar o estágio motivacional para mudança em adolescentes infratores usuários de substâncias ilícitas que cometeram ato infracional, e analisar a relação entre o estágio motivacional e a adesão ao tratamento. Participaram do estudo 103 adolescentes, atendidos no Laboratório de Intervenções Cognitivas do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia – PUCRS. Os resultados evidenciam que dos 103 participantes, 35 (34%) aderiram ao tratamento proposto, enquanto que a maioria dos adolescentes (69,3%) não permaneceu no tratamento, e encontrava-se no estágio pré-contemplativo<sup>1</sup>. O estudo também evidencia associação entre Transtorno de Conduta (TC) e adesão, demonstrando que quem possuía o TC tinha menor probabilidade de aderir ao tratamento.

Outro fator que parece ter relação com o abandono do tratamento é a faixa etária. A pesquisa de Valência e Villanueva (2014) objetivou determinar a frequência e fatores associados ao abandono precoce do tratamento, com 418 pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. A pesquisa aponta que possuir idade inferior ou igual a 18 anos aumenta o risco de abandono do tratamento.

A literatura aponta que as variáveis sociodemográficas e ambientais, o vínculo terapêutico no tratamento recebido, e a satisfação com o cuidado são fatores associados à melhor adesão ao tratamento. Em contrapartida, a severidade da sintomatologia é apontada como fator de risco para abandono do tratamento (MARTÍNEZ; FUENTES; GARCÍA, 2013; TETZLAFF *et al.*, 2005).

A pesquisa de Andretta, Limberger e Oliveira (2014) procurou identificar fatores associados ao abandono precoce do tratamento, entre adolescentes usuários de SPA (n=135) que cumpriam medida socioeducativa em meio aberto. A intervenção proposta consistiu na realização de 5 sessões de Entrevista Motivacional e de Psicoeducação. Foram considerados aderentes aqueles que concluíram todas as etapas do processo. Os resultados demonstram que, dos 135 adolescentes, 35,6% (n=48) concluíram o programa de atendimento, enquanto que 64,4% dos participantes abandonaram o tratamento. Entre o grupo que aderiu ao tratamento,

---

<sup>1</sup> O modelo transteórico de mudança de comportamento, composto por 5 estágios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. No estágio da pré-contemplação não se observa nenhuma intenção de mudar comportamentos-problema, sendo que a existência de um problema é completamente negada. A negação é a principal característica de pessoas neste estágio (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

observa-se que 93,8% (n=45) dos sujeitos eram do sexo masculino, 68,8% (n=33) conviviam com os pais, 58,3% (n=28) possuíam ensino fundamental completo, e 91,5% (n=43) estavam estudando no momento da avaliação.

Ainda, segundo os autores, com relação ao grupo que não aderiu ao tratamento, percebe-se, em comparação ao outro grupo, que 41,9% (n=36) viviam com os pais, 75,6% (n=65) tinham ensino fundamental incompleto, 55,3% (n=47) estavam estudando e 61,9% (n=52) já haviam sido expulsos. Outro fator apontado na pesquisa foi a presença de maior porcentagem de dependentes de álcool (3,9%, n=3), e crack (17,7%, n=14) no grupo que não aderiu, enquanto que no grupo que permaneceu em tratamento, foi observado maior porcentagem de dependentes de tabaco (66,7%, n=32) e de maconha (60,4%, n=30). Jovens que não estavam estudando apresentavam 7,69 vezes mais chances de abandonar o tratamento. Do mesmo modo, os adolescentes que relataram terem sido expulsos ou suspensos da escola em algum período da vida apresentaram 2,83 vezes mais chances de abandono. De modo geral, a pesquisa demonstra que a expulsão ou suspensão da escola em algum momento da vida, o não comparecimento na escola, ter iniciado uso de álcool precocemente, estar em uso de cocaína no momento atual, fazer uso excessivo de tabaco, e fazer uso abusivo de cocaína, estão entre os fatores preditivos para abandono do tratamento (ANDRETTA; LIMBERGER; OLIVEIRA, 2014).

Hser *et al.* (2001) afirmam que a utilização de escalas para avaliação do tratamento de adolescentes, em comparação com adultos, tem demonstrado que, apesar de haver redução no consumo de álcool e drogas pós tratamento, grande número de adolescentes retoma o consumo. Deste modo, as particularidades no padrão de consumo dos adolescentes, que os diferem dos adultos, necessitam de estratégias de intervenção mais específicas e detalhadas.

Neste sentido, o estudo de Lind *et al.* (2019) procurou fornecer uma análise entre os beneficiários do Medicaid (principal fonte de pagamento para tratamento de dependência nos Estados Unidos), em Oregon, entre 2010 e 2015, lançando foco sobre as semelhanças e diferenças entre adultos e adolescentes com Transtornos por uso de Substâncias, a fim de fornecer uma visão sobre os fatores associados a taxas mais altas e mais baixas de iniciação e envolvimento de tratamento. A análise incluiu beneficiários com idades entre 13 e 64 anos que tiveram um novo diagnóstico de dependência de álcool ou outras drogas. Os resultados demonstram que, entre os adultos, a chance de início foi menor para indivíduos com diagnóstico psiquiátrico, mas em adolescentes os diagnósticos psiquiátricos foram associados a uma maior probabilidade de início no tratamento. Por outro lado, residir em centros urbanos foi associado a uma maior chance de iniciação em adultos, mas menor em adolescentes. Os pesquisadores mencionam também que algumas das diferenças de preditores entre adultos e adolescentes

podem ser explicadas por fatores externos, que muitas vezes são os fatores que motivam os adolescentes a entrar em tratamento, como pais, escolas ou sistema de justiça criminal.

Os autores concluem que há uma heterogeneidade substancial no início e envolvimento do tratamento e que essas diferenças não são consistentes ao comparar adultos e adolescentes. Enquanto as mulheres adultas e os adultos não brancos tiveram taxas de iniciação e engajamento comparáveis ou melhores do que suas contrapartes masculinas brancas, essas descobertas foram na direção oposta para os adolescentes. Em particular, os resultados sugerem disparidades substanciais para mulheres adolescentes e minorias raciais, tanto no tratamento quanto no envolvimento. Esses achados sugerem que os esforços para melhorar o tratamento e envolvimento geralmente podem precisar diferenciar estratégias para as populações de adultos e adolescentes (LIND *et al.*, 2019).

Surjan, Pillon e Laranjeira (2000) enfatizam a necessidade de transformação dos serviços, de forma a torná-los mais flexíveis, e que possam adequar-se às características dos pacientes.

Nesse sentido, a pesquisa de Posselt *et al.* (2017) objetivou especificar as barreiras e facilitadores para a prestação de serviços que seja eficaz e culturalmente responsiva para jovens (12 a 25 anos) refugiados, com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Para engajamento nos serviços, foi observado que ser flexível com os critérios de inclusão, com as regras sobre consultas perdidas, ou atraso nas consultas, foram relatados como facilitadores para envolvimento mais eficaz dessa população. Foi sugerido pelos jovens que mudanças no formato dos atendimentos, como consultas fora do ambiente de consultório, e até posturais, como substituir modelo convencional (sentar frente a frente) para andar lado a lado, foram valorizados pelos participantes. Quando os serviços puderam oferecer cuidado holístico, considerando as necessidades não clínicas dos sujeitos do cuidado, e as demandas relacionadas ao uso de SPA, percebeu-se que houve incentivo ao engajamento, à continuidade do cuidado e estímulo à confiança e aliança terapêutica (POSSELT *et al.*, 2017).

Conforme sugerido pelos participantes da pesquisa de Posselt *et al.* (2017), os serviços de saúde mental e álcool e outras drogas precisam assumir a responsabilidade pelo envolvimento da comunidade, promoção de serviços e desenvolver parcerias para facilitar esse processo. Os jovens também relataram que a saúde mental não era uma prioridade, pois se os médicos não pudessem ajudar simultaneamente com questões de habitação, questões sociais, educacionais e ocupacionais, eles rapidamente se desligavam do tratamento.

O estudo americano de Saberi *et al.* (2020), dentre os objetivos, buscou compreender as barreiras para receber aconselhamento e tratamento para saúde mental e uso de substâncias,

além de explorar de que forma a tecnologia poderia ser usada para a prestação desses serviços. Participaram 29 jovens soro-positivos que responderam uma entrevista em profundidade. Aproximadamente 37,9% dos entrevistados relataram grau moderado a grave de uso de drogas. Sobre o relacionamento com prestadores de saúde mental, foi evidenciado que, de acordo com aqueles que receberam serviços de saúde mental, estabelecer um relacionamento conectado e consistente com seus prestadores de saúde mental foi essencial para sua satisfação e uso contínuo dos serviços. Vários jovens ecoaram o desejo de um terapeuta que fosse genuíno, responsivo, fornecesse respostas singulares para o indivíduo (ou seja, que levasse em conta as particularidades de cada caso) e fizesse as sessões parecerem uma conversa com um amigo ou membro da família. Os participantes expressaram frustração com os provedores que eram vistos como impessoais ou sem a capacidade de se envolver ativamente com eles da maneira que precisavam.

Ainda dentre os resultados do estudo de Saberi *et al.* (2020), com relação ao uso de tecnologia, os participantes indicaram uma variedade de usos para a tecnologia que eles sentiram que poderiam ajudá-los com seus cuidados de saúde e acesso a serviços de saúde mental/uso de substâncias. Isso incluiu o uso de mídia social existente, tecnologia para construir comunidades *online* e suporte social, e tecnologias para acessar serviços de saúde (por exemplo, telessaúde ou videoconferência com um conselheiro). A maioria dos participantes favoreceu o uso de videoconferência com conselheiro e apontou a comodidade, a menor necessidade de disponibilidade de tempo, de uso de transporte e de recursos financeiros, além da possibilidade de resposta rápida em tempos de crise, evitando a chance de encontrar conhecidos ou membros da comunidade em áreas de espera da clínica.

A literatura demonstra uma escassez de pesquisas que analisem e aprofundem as discussões sobre o consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes (CONCEIÇÃO *et al.*, 2018; MARTINS; PILLON, 2008). Do mesmo modo, Battjes *et al.* (2004), Hser *et al.* (2001); e Scaduto e Barbieri, (2009) sugerem a realização de pesquisas que apresentem modelos de compreensão e intervenção para adolescentes usuários de SPA, com a finalidade de melhorar a adesão e efetividade do tratamento.

## 2.5 ENTRE A PSIQUIATRIZAÇÃO E O CUIDADO EM REDE

A psiquiatrização é um conceito trabalhado por Foucault (2006) e Donzelot (1980) para complexificar formas de governo de jovens e familiares por meio de procedimentos classificatórios e interventivos movidos pelo saber/poder psiquiátrico. Tal concepção tem sido utilizada no país, de modo a reavaliar o caráter violador de direitos humanos, como se verifica nas estratégias de suposta proteção, como a internação compulsória e o acolhimento/abrigamento compulsório (VICENTIN; ASSIS; JÓIA, 2015).

Para Foucault (2001), em nome da proteção, toda e qualquer referência de anormalidade será circunscrita ao âmbito da medicalização, e a psiquiatria assumirá a função de “defesa da sociedade contra os perigos que minam do interior” (p. 403).

A psiquiatrização pode ser identificada em diversas situações, onde dispositivos de saúde se transformam em dispositivos de punição e controle. Por exemplo, como abordam Vicentin, Gramkow e Matsumoto (2010), a assistência a adolescentes que cometeram ato infracional para tratamento por uso de SPA em clínicas especializadas tem ocorrido de modo que o Judiciário determina o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e estabelece medida protetora com inserção em programas de tratamento para dependentes químicos, devendo ser realizada em casas de recuperação e comunidades terapêuticas, que resulta na internação do adolescente. Esse tipo de “justiça terapêutica” emprega um modelo de internação compulsória em que o jovem, para cumprir a sanção por sua infração, fica submetido a um tratamento imposto como dever e não como direito à saúde (VICENTIN; GRAMKOW; MATSUMOTO, 2010).

Assim, essas práticas, fantasiadas de cuidado, acabam condenando esses jovens a processos de mortificação em instituições totais, que são utilizadas para uma suposta proteção dos ditos normais (MARTINS; SILVEIRA, 2019).

As articulações entre o campo da saúde mental e da proteção social são observadas não só no cotidiano das ações em saúde, como também estão presentes no centro de uma crescente de iniciativas do estado. Vicentin, Assis e Jóia (2015) associam as propostas de modificações no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), com a proposição de sanções similares às medidas de segurança para os jovens classificados com diagnósticos psiquiátricos relacionados à suposta prática de atos delituosos julgados como graves, bem como nos dispositivos para operacionalização dessas ações.

Conforme frequentemente observado, quando a internação não é feita por vias judiciais, ocorre por busca da família. Refletir sobre a necessidade da família diante da prática da internação, como fenômeno que perdura até os dias atuais, nos remete, dentre alguns aspectos, ao papel da família como sendo a primeira instituição de disciplinamento, responsável por

corrigir determinados comportamentos e que, quando colocada diante de situações insustentáveis, recorre a um poder maior, como o poder médico e a internação (FOUCAULT, 1987).

Por outro lado, as internações involuntárias e/ou compulsórias são procuradas pelas famílias por estas não acreditarem que na residência seja possível controlar o consumo de drogas. Desse modo, as internações são vistas como forma de proteção, à medida que afastam o usuário de drogas do contexto de risco (ARAÚJO, 2018; PAULA *et al.*, 2017).

Contudo, o trabalho com famílias no cenário da saúde mental ainda é um desafio nas práticas destes serviços, suscitando dificuldades nas relações familiares, as quais podem perpassar pela interdição e/ou invisibilidade dos direitos e autonomia dos usuários (ASSAD; PEDRÃO, 2011; FERREIRA *et al.*, 2019).

Outra hipótese a respeito desta entrada no sistema de saúde pela atenção hospitalar, e não pela atenção primária, é aquela apontada por Rosa (2005) sobre o movimento das famílias em postergar a procura por ajuda psiquiátrica tanto quanto seja possível, muitas vezes ocorrendo a busca em momentos de crise.

A crise é uma probabilidade de modificação e alteração de sintomas, porém, na maior parte das instituições psiquiátricas de internação, o sofrimento que a motiva é ignorado em sua complexidade, descontextualizado e diminuído a um sintoma de uma doença. Dessa maneira, forma-se uma cadeia “crise-supressão-crise”, que acaba por determinar sua emergência, à qual essa rede não dá conta de cuidar (ROSOLEM, 2016).

A pesquisa de Teixeira *et al.* (2021) procurou analisar a primeira experiência de internação sob a ótica dos familiares. A internação psiquiátrica é a indicação feita em períodos que os comportamentos dos usuários colocam em risco sua própria integridade (moral e/ou física) ou de terceiros (BRAGA; PEGORARO, 2020). A partir das narrativas dos familiares, percebeu-se que não há qualquer diferenciação no cuidado ofertado para o usuário em situação aguda ou em crise, o paciente crônico ou aquele de primeira internação. A dinâmica do processo de trabalho é a mesma, sem que haja qualquer exceção ou priorização dos casos de primeira internação e os impactos de estar em uma instituição fechada disciplinadora pela primeira vez (TEIXEIRA *et al.*, 2021).

A composição de uma rede de serviços integral atuante nos casos de crise ainda necessita de investimentos. A falha de comunicação entre os serviços, a dificuldade na seleção e direcionamento dos casos, o baixo número de CAPS III, o déficit de equipes, entre outras questões, têm contribuído para que o hospital continue aberto e seja aparentemente considerado a alternativa viável de resolução dessas dificuldades (ROQUETTE, 2019).

Um importante movimento para a constituição das redes ocorreu junto ao processo de descentralização da saúde no Brasil, o que possibilitou ampliar as ações locais, favorecendo o início de experiências bem sucedidas nos vários serviços de saúde e nos diversos níveis de atenção, mediante processos de hierarquização e regionalização (FERLA; LEAL; PINHEIRO, 2006). Idealmente, as redes permeiam trabalhadores e equipamentos de saúde e podem se articular de uma unidade básica para urgência, ou desta para uma unidade hospitalar; enfim, os percursos a serem percorridos são acionados, sempre considerando cada caso, e pautados nas especificidades, demandas e nos recursos disponíveis para o cuidado (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

A pesquisa brasileira de Guareschi, Lara e Ecker (2016) procurou discutir sobre a internação compulsória de adolescentes atendidos em um serviço de saúde mental em Porto Alegre, utilizando a noção de Biopolítica proposta por Foucault (2004). O estudo demonstra a necessidade de romper com os discursos consolidados sobre a criminalização ao uso de drogas e a vigilância sobre os adolescentes (em especial os pobres e moradores de rua), sobre a configuração familiar tradicional, e sobre formas de higiene, condutas e valores, que se apresentam como rachaduras para que outras formas de cuidado sejam pensadas.

A pesquisa de Reis e Guareschi (2016), procurou analisar o caso de um personagem (jovem) composto a partir de trechos de documentos judiciais, a fim de compreender, como a internação judicial se configura como a principal resposta da rede de serviços, apesar da irresolutividade da medida. Os percursos deste jovem, se resumiram a seis internações consecutivas, diante de comportamentos interpretados como “inadequados” pela rede de proteção (Escola, Conselho Tutelar, Ministério Público, Assistência Social). De acordo com o caso citado, foi possível perceber que, mesmo após várias internações psiquiátricas, estas permanecem praticamente como única resposta para a evasão escolar, situação de rua e uso de SPA. A inexistência de outras respostas do poder público e a sequência de internações provocam um agravamento na situação do jovem, que vai se distanciando da escola e da família, não aceitando mais a abordagem dos serviços socioassistenciais (REIS; GUARESCHI, 2016).

De acordo com os autores, a escola acaba contribuindo como mais um meio de exclusão quando não é capaz de tolerar ou oferecer respostas aos comportamentos julgados como desviantes. Da mesma maneira, a Assistência Social e o Conselho Tutelar, por sua vez, operam como mecanismos de monitoramento sobre os adolescentes e suas famílias. Para esses dispositivos, a internação funciona como um instrumento de punição frente à falta de eficiência de suas outras “medidas protetivas”. Quando o adolescente afirma que nada vai acontecer (devido aos “comportamentos desviantes”), o Conselho Tutelar busca na “rede de proteção”,

isto é, na articulação com a Assistência Social, Educação, Saúde e o Judiciário, suporte para a legitimação de suas ameaças (REIS; GUARESCHI, 2016).

Couto (2001), ainda, fala da necessidade de se colocar em análise a tradição naturalizada do exercício da tutela sobre as crianças e jovens, mas de um modo no qual não deixe de se considerar a responsabilidade de proteger que cabe ao poder público. Porém, é preciso tensioná-la permanentemente para que ela não se confunda ou se reduza a uma tutela integral de controle dos corpos, da palavra, do pensamento e do desejo. Por isso, antes de construir novas modalidades de serviços para o cuidado de crianças e adolescentes no campo da atenção psicossocial, é fundamental rever e reescrever as fundações conceituais do exercício da tutela, repensar e questionar o seu exercício. Assim, é urgente que façamos a diferenciação entre cuidado necessário e tutela que invalida essas pessoas. Essa linha entre o que é cuidado e o que é controle é tênue, e com implicações perigosas.

Nesse domínio, o ato de cuidar pressupõe do cuidador uma postura ativa, que permita reconhecer o outro na sua liberdade, na sua dignidade e singularidade (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010), e apresenta como principais funções a defesa da vida, o exercício de cidadania, e o pertencimento na comunidade (FERREIRA; SOUZA; GOMES, 2017). Destaca-se, portanto, que esta relação se organiza a partir de um contexto, é construída processualmente com convivência (intensiva ou não), deve estar articulada às questões cotidianas e deve ser dinâmica. Implica, ainda, no estabelecimento de ações dirigidas à promoção de saúde (BORGES; BAPTISTA, 2008). Portanto, torna-se necessário considerar as relações entre sujeito e cuidado, e compreendê-las como produtoras de vida. Assim, a mudança nas concepções decorrentes da reforma psiquiátrica assume um aspecto técnico (avaliação das ações de cuidado) e cultural, na defesa por uma transformação da representação social da loucura, que possibilite aos usuários vivenciarem e participarem da vida comunitária (FERREIRA; SOUZA; GOMES, 2017).

Nesse contexto, Quinderé, Jorge e Franco (2014, p. 261), discutem sobre o cuidado compartilhado:

Assim, existe cuidado compartilhado quando há entre trabalhadores, e destes com usuários, o compartilhamento de saberes e fazeres, o encontro, mútuo reconhecimento, e intercessão do saber científico com o saber da experimentação da vida, popular, que entrelaça as diversas racionalidades e a dimensão sensível e afetiva. Cuidado compartilhado é uma forma de fazer, e neste sentido é uma tecnologia de trabalho em saúde.

De acordo com Saraceno (1999, p. 13), “as intervenções devem incorporar em suas estratégias o manejo dos fatores de proteção, que são aqueles que garantem aos sujeitos a

possibilidade de viver a vida fora dos circuitos de institucionalização”. Para isso, deve-se levar em consideração a complexidade das ações, de modo a evitar o enfraquecimento das relações sociais das pessoas em sofrimento mental e, conseqüentemente, ampliar suas oportunidades de manutenção na vida e na comunidade.

Nota-se que a reorientação do modelo assistencial no campo da saúde mental possibilitou a constituição de novas práticas e do comprometimento com os sujeitos da atenção, na perspectiva comunitária, como pela implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Em síntese, torna-se necessário compreender o cuidado em todas as suas variáveis, e considerar, essencialmente, seu caráter emancipatório, à medida que possibilita a construção de projetos terapêuticos que levem em conta as particularidades e que contribuam para a qualidade de vida dos sujeitos do cuidado (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010).

No entanto, no contexto da adolescência, Paiano *et al.* (2016) apontam em sua pesquisa que há um distanciamento entre os adolescentes e os serviços de saúde mental, constatando que tais distâncias ocorrem pela ausência de serviços de saúde voltados para esse público, pelas dificuldades de adesão, pela postura pouco acolhedora e pelas fragilidades no processo formativo dos profissionais, bem como pelas dificuldades no trabalho intersetorial (saúde, trabalho, educação, esporte, justiça), além da carência de intervenções específicas para o público infanto-juvenil.

Pesquisadores ainda apontam que a porta de entrada ao serviço, ou seja, a chegada dos adolescentes nos serviços e a maneira como estes são recebidos, assim como suas primeiras impressões, são fatores essenciais para o fortalecimento de vínculo com os profissionais e a adesão destes às intervenções propostas nos serviços (BRASIL, 2017; ESPÍNOLA, 2013). Tais questões apontam que, por um longo período de tempo, a gestão do cuidado foi realizada sobre o usuário e não com o usuário (MESSIAS; MARTINS; CASTRO, 2020).

Na literatura ainda se verifica escassez de estudos que considerem a opinião dos sujeitos do cuidado sobre o tratamento recebido. Nesse sentido, a pesquisa brasileira de Messias, Martins e Castro (2020) analisou versões de usuários de serviços de saúde mental sobre a internação psiquiátrica involuntária. Uma de suas etapas consistiu de uma análise crítica da literatura, verificando que dentre 7 artigos encontrados que falavam sobre hospitalização e internação compulsória, nenhum apresentou as versões dos usuários dos serviços de saúde sobre a experiência vivida, aparecendo nos artigos apenas o ponto de vista idealizado pelas políticas e legislação. Tal constatação evidencia a carência de estudos que valorizem a experiência do usuário no serviço de saúde mental.

Frente à complexidade dos desafios presentes, que afetam principalmente os adolescentes usuários de SPA, verifica-se a necessidade de aprofundar a compreensão sobre suas experiências associadas ao uso de substâncias, e sobre os aspectos presentes no cuidado dessa população. Compreende-se que conhecer o que os adolescentes têm a dizer sobre seu próprio tratamento pode ser uma ferramenta importante para melhorar a qualidade e o alcance do cuidado proposto nos serviços, de forma a contribuir para a necessária garantia de que os pressupostos que sustentam a Atenção psicossocial estejam presentes na atenção desta população.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

O presente trabalho tem como objetivo geral compreender, a partir das percepções de adolescentes usuários de substâncias psicoativas, sobre suas experiências nas internações psiquiátricas e nos CAPSad.

#### **3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO**

Procurou-se compreender quais foram os desafios e benefícios vivenciados pelos adolescentes durante o processo de internação psiquiátrica e também no acompanhamento em CAPSad.

## 4 METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa de campo, de caráter exploratório e que faz uso de abordagem qualitativa.

Os estudos exploratórios destinam-se ao desenvolvimento, esclarecimento e modificação de concepções e pressupostos, contemplando, posteriormente, a elaboração de questões objetivas que subsidiam pesquisas futuras. Desta forma, visam demonstrar um panorama geral, em torno de um determinado fato (GIL, 2008).

Adicionalmente, recomenda-se a realização desse tipo de estudo, quando determinado tema foi pouco ou nada explorado (GIL, 2008). Em vista disso, os estudos exploratórios propiciam a familiarização com fatos relativamente desconhecidos, e sobre os quais existem poucos conhecimentos, de modo que sua execução acaba por determinar tendências sobre algo, exibir um panorama sobre áreas, cenários e circunstâncias de pesquisas, assim como possibilitar a determinação da ênfase de pesquisas futuras com maior rigor e adensamento (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

A abordagem qualitativa, por sua vez, não procura esclarecer os eventos que ocorrem com o indivíduo ou com o coletivo enumerando ou classificando seus comportamentos, mas busca entender a fundo esses eventos e seus respectivos significados para as populações (BOGDAN; BIKLEN, 1998). Em suma, procura-se compreender o significado dos fenômenos para quem os vivencia (sujeito e coletivo), ao invés dos fenômenos propriamente ditos.

Compreender os significados dos eventos/fenômenos é importante, porque estes possuem papel ordenador na vida das pessoas. De certa forma, a atribuição de significado a esses eventos passa a ser compartilhada culturalmente, e as pessoas passam a se organizar em torno dessas representações e simbolismos. Essa concepção no cenário da saúde permite aumentar a adesão de pacientes a tratamentos ofertados individual e coletivamente, compreender sentimentos em profundidade, o comportamento dos pacientes, familiares e da equipe de saúde, além de melhorar a relação entre paciente-família-equipe-instituição (TURATO, 2005).

Ressalta-se que as abordagens qualitativas viabilizam a revelação de variáveis sociais pouco conhecidas, relativas a grupos específicos, e possibilita a criação de novas abordagens e conceitos ao longo do processo de investigação (MINAYO, 2014).

Neste estudo, buscou-se conhecer sobre os percursos de adolescentes usuários de substâncias vinculados ao CAPSad e que já tiveram experiência em proposição de tratamento a partir da internação psiquiátrica. Assim, os adolescentes foram convidados a falar sobre essas experiências em situação de entrevista.

De acordo com Minayo e Sanches (1993):

[...] A fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (p. 245).

Ainda, nesse contexto, de acordo com Gerhardt e Silveira (2009) a entrevista:

[...] constitui uma técnica alternativa para se coletarem dados não documentados sobre determinado tema. É uma técnica de interação social, uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca obter dados, e a outra se apresenta como fonte de informação. A entrevista pode ter caráter exploratório ou ser uma coleta de informações (p.72).

Em relação às vantagens do uso da entrevista, destaca-se que esta apresenta muita flexibilidade, pois o entrevistador pode facilmente adaptar-se às características das pessoas e às circunstâncias em que ela se desenvolve, sendo possível captar a expressão corporal do entrevistado, bem como a tonalidade da voz e a ênfase nas respostas; além de facilitar que o respondente peça esclarecimento das questões, permitindo a obtenção de dados com elevado nível de profundidade, oferecendo maior garantia de respostas do que o questionário, e permitindo, ainda, que os dados sejam analisados quantitativa e qualitativamente (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

#### 4.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Participaram do estudo, 4 adolescentes<sup>2</sup> usuários de serviços de saúde mental, de dois municípios do interior paulista, com idades entre 17 e 18 anos, que já foram internados para tratamento de dependência química e que estão em acompanhamento no CAPSad.

A composição da amostra foi feita por conveniência e adotou-se os seguintes critérios de inclusão:

---

<sup>2</sup> Considera-se adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade. Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade (Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990).

- estar vinculado a um CAPSad no momento da coleta de dados;
- ter histórico de uso de SPA;
- possuir uma ou mais internações para tratamento de uso de SPA;
- ter entre 12 e 21 anos;
- aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) ou o Termo de Assentimento (TA), em caso de menoridade (APÊNDICE B).

Os critérios de exclusão foram:

- estar sob efeito de substâncias no momento da coleta de dados;
- apresentar momento de crise, ou quaisquer outras condições que impeçam o adolescente de participar;

#### 4.2 LOCAL

A pesquisa foi realizada, por conveniência, em dois CAPSad do Estado de São Paulo, regularmente registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo um localizado em um município de médio porte, com 240.590 habitantes, denominado neste estudo como Município A, e outro município, de pequeno porte, com 44.409 mil habitantes, denominado como Município B.

Em termos de rede assistencial de saúde, o município A conta com 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 40 Unidades de Saúde da Família (USF), 1 CAPS II, 1 CAPSij e 1 CAPSad. O município também conta com 1 divisão de saúde mental, responsável por formular e avaliar em conjunto com o Grupo Gestor da SMS o Plano Municipal de Saúde, nas metas relativas ao Programa Municipal de Saúde Mental.

Complementarmente, a cidade conta com um hospital psiquiátrico, referência para internação psiquiátrica, um ambulatório especializado de Saúde Mental, e um hospital clínico que dispõe de 18 leitos para internação psiquiátrica.

De acordo com o site da prefeitura, o município B conta com 12 Unidades de Saúde da Família, 1 hospital psiquiátrico referência para internações psiquiátricas, 1 CAPS I, 1 CAPSad.

Como visto, o município possui limitados equipamentos que compõem a Rede de Saúde Mental.

Nos municípios em que o estudo foi realizado, adolescentes usuários de substâncias psicoativas são atendidos<sup>3</sup> exclusivamente no CAPSad, apesar do município de médio porte contar com CAPSij.

O CAPSad do município A presta atendimentos desde 2003 para pessoas de ambos os sexos a partir de 6 anos de idade. Integra a rede de atenção à saúde do Departamento Regional de Saúde (DRS) em questão, cuja área de abrangência inclui 62 municípios, agrupados em 5 microrregiões. Os atendimentos são realizados por profissionais de Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Educação Física, Terapia Ocupacional, Médicos, Estudantes de Medicina e Residentes da área da Saúde Mental, e contam, também, com um artesão. O serviço funciona das 07:00 às 17:00, de segunda a sexta-feira. Na unidade são realizadas atividades sociais, culturais e recreativas, com foco na integração, autonomia e motivação. Os atendimentos com urgência psiquiátrica são encaminhados ao hospital da cidade (cuja gerência é a mesma do serviço CAPSad). Os pacientes atendidos no serviço possuem profissional de referência, cuja atribuição consiste na realização de relatórios necessários para a rede de saúde, de educação e judiciária, além de promover cuidado integral ao paciente sobre sua responsabilidade. O objetivo do serviço é o cuidado das pessoas que sofrem com transtornos mentais devido ao uso de SPA, prestando atendimento a adultos e adolescentes. O tratamento intensivo é ofertado aos pacientes e familiares, sendo realizados atendimentos em grupo e individuais.

O CAPSad situado no município B oferece atendimento desde 2011, para as pessoas que possuem problemas relacionados ao uso de álcool ou drogas, a partir dos 12 anos de idade. Entretanto, no serviço, não existe um planejamento específico de atividades voltadas para a população infanto-juvenil que faz uso de SPA. Conforme informações obtidas por meio da coordenadoria, inicialmente, a única modalidade de atendimento oferecida aos adolescentes são os acolhimentos, realizados pela equipe multiprofissional. Cabe destacar ainda que, após o adolescente ser mantido por um período em acolhimento, e receber as orientações, é que posteriormente a consulta médica é agendada, exceto em casos de urgência (por demanda do poder público, ou nos casos de internação). Durante o acolhimento, caso o profissional identifique alguma demanda psicológica, o caso é discutido com a Psicóloga, sendo solicitada avaliação. Em casos específicos o Conselho Tutelar é acionado, assim como as unidades de saúde. Em relação aos atendimentos grupais, que ocorrem em dias úteis, vale ressaltar que no

---

<sup>3</sup> Essas informações foram confirmadas por meio de acesso eletrônico junto ao site da Prefeitura dos municípios, e via contato com os respectivos secretários de saúde.

CAPSad em questão não é permitido aos adolescentes participarem dessa modalidade, pois, de acordo com o serviço, o adolescente se encontra em idade escolar e, por este motivo, deve estar vinculado à escola no período matutino e vespertino. Entre os objetivos do serviço estão: a promoção de abstinência, a melhora da qualidade de vida, a reinserção social, o desenvolvimento de novas formas de lidar com problemas cotidianos, e a construção de novos hábitos/rotina/estilo de vida. É formado por equipe multidisciplinar, sendo: médico psiquiatra, enfermeiro, técnicos de enfermagem, psicóloga, terapeuta ocupacional, assistente social, recepcionista e auxiliar de limpeza. Atende os moradores de 6 regiões. Sobre as atividades desenvolvidas na unidade destaca-se os atendimentos de grupo informativo, grupos de prevenção de recaídas, grupo de leitura, horti terapia, terapia ocupacional, oficinas de geração de renda, oficina culinária, grupo de sentimentos, e realização de passeios externos. O serviço funciona das 07:00 às 17:00, de segunda a sexta-feira.

#### 4.3 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os instrumentos para a coleta de dados foram elaborados com base na literatura sobre a temática, visando responder aos objetivos da pesquisa. Foram utilizados 2 instrumentos distintos:

a) *Ficha de Caracterização*: foi elaborada para registrar informações sociodemográficas dos(as) usuários(as) e de seus familiares. Foi composta por questões relacionadas à identificação dos adolescentes, como nome, idade, sexo, orientação sexual, estado civil, filhos e naturalidade. Também conta com informações relacionadas à escolaridade, moradia, constituição familiar, envolvimento com a justiça e recebimento de benefício do governo (APÊNDICE A).

b) *Roteiro de entrevista semi-estruturada*: contendo questões sobre o uso de substâncias, percursos de vida, tratamentos recebidos e desafios enfrentados durante a última internação psiquiátrica e durante acompanhamento no CAPSAd. Foi composto por 49 questões, divididas em 4 sessões (APÊNDICE B).

Sobre este segundo instrumento, a saber, a seção 1 caracterizou-se como uma seção mais geral e ampla, onde foi abordado sobre o uso de substâncias psicoativas. Assim, foram apresentadas questões que permitiram identificar idade de início de uso de SPA, tipo(s) de

substância(s) utilizada(s), breve histórico sobre o uso e seus impactos, percurso nos serviços de saúde e outros.

A segunda seção pretendeu focalizar a experiência vivida pelo participante relativa à(s) internação(ões) psiquiátrica(s). As questões abordaram sobre o percurso relativo à(s) internação(s), incluindo-se informações sobre o tipo (voluntária ou involuntária), a experiência de tratamento ao longo da internação (dinâmica da instituição, equipe envolvida, contato com outros pacientes, rotina, etc.), a opinião do participante sobre possíveis benefícios e limitações advindos deste tipo de tratamento, avaliação sobre a efetividade deste recurso, o retorno à vida cotidiana pós internação, sugestões sobre melhorias do serviço de internação hospitalar visando o tratamento de adolescentes em uso abusivo de substâncias, dentre outras.

A terceira seção refere-se à experiência de tratamento junto ao CAPSad. Neste eixo, as questões foram semelhantes àsquelas presentes no eixo 2, porém, voltadas para a vivência dos participantes desde sua chegada para acompanhamento no CAPSad. Assim, além das informações relativas à chegada, dinâmica do serviço, equipe e relacionamentos ali estabelecidos, os participantes foram solicitados a falar sobre como compreendem os possíveis benefícios e limites do tratamento, como contribuíram ou não para redução ou interrupção do uso, e solicitadas sugestões que pudessem fornecer para o cuidado de adolescentes em uso abusivo de substância nestes equipamentos comunitários de saúde mental.

A quarta sessão buscou revelar sobre o momento atual e expectativas futuras dos adolescentes. Foi composta por questões que abordaram sobre relacionamentos sociais, familiares, tratamentos, objetivos e expectativas para o futuro.

#### 4.4 MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

Foram utilizados na pesquisa: papel sulfite, caneta, celular (gravador de áudio), impressora e computador.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS

A seguir, serão apresentados todos os procedimentos relativos à pesquisa de campo.

#### **4.5.1 Procedimentos éticos**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar. Somente após a aprovação é que o estudo foi desenvolvido. Todos os participantes e seus responsáveis foram orientados quanto aos objetivos e procedimentos do estudo e, após concordarem, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Para os adolescentes com idade inferior a 18 anos, foi aplicado o Termo de Assentimento, seguido do Termo de consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelo familiar ou adulto responsável. Todos os participantes receberam uma via do Termo. Para garantir o sigilo dos entrevistados, seus nomes foram omitidos. Após procedimentos éticos e aprovação da secretaria de saúde do município e órgãos competentes, além dos CAPSad selecionados, deu-se início a localização dos(as) adolescentes que atenderam aos critérios estabelecidos, sendo convidados a participarem da pesquisa. Após a conclusão do estudo, os principais resultados serão apresentados para as equipes dos CAPSad onde o estudo foi realizado, e demais equipamentos interessados.

#### **4.5.2 Elaboração dos instrumentos de coleta de dados**

A partir da literatura emergente sobre a temática, relativa ao cuidado de usuários de substâncias psicoativas, tanto no contexto da internação psiquiátrica quanto nos serviços comunitários, como nos CAPS, foram levantados os principais aspectos a serem considerados no roteiro de entrevista.

Assim, a primeira versão do roteiro de entrevista foi elaborada pela pesquisadora junto à orientadora, a partir da literatura da área.

Três aplicações testes foram realizadas e ajustes foram efetivados até a obtenção da versão final do roteiro de entrevista. Destaca-se que após a aplicação do piloto foram retiradas algumas sessões e realizadas mudanças na ordenação e estruturação das questões. Tais aplicações foram realizadas com jovens e adultos vinculados aos mesmos serviços selecionados para a pesquisa, buscando aproximação com a realidade do objeto de estudo.

#### **4.5.3 Preparando o campo: contato com a Secretaria Municipal de Saúde e Serviços CAPSad dos municípios**

Inicialmente, a pesquisa estava prevista para ocorrer apenas no CAPSad do município A e, por este motivo, foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa documentação contando apenas com essa instituição. Entretanto, devido à pandemia de Covid-19, a cidade em que o projeto seria desenvolvido se encontrava na fase vermelha do Plano São Paulo. Esse fator, associado à probabilidade de redução do número de usuários no serviço, fez a pesquisadora aventar a possibilidade de propor a pesquisa em outros CAPSad de municípios próximos, tendo sido considerados ao todo três municípios, dentre os quais foi possível a aprovação do estudo também junto ao município B.

O contato com as instituições participantes se iniciou em outubro de 2020, destinando-se a colher informações sobre procedimentos para solicitação de desenvolvimento da pesquisa.

A princípio, foi estabelecido contato com as unidades dos CAPSad, solicitando orientação quanto aos procedimentos necessários para permissão de realização da pesquisa. A partir deste contato inicial a pesquisadora foi orientada a procurar dois órgãos responsáveis pela análise e aprovação de pesquisas, sendo um responsável pela gestão do CAPSad do município B e outro responsável pelo CAPSad do município A. As autorizações foram expedidas, então, pela Diretora Assistencial e pela Gerência de Educação em Saúde e Superintendência, respectivamente.

Destaca-se que, devido à pandemia, os documentos necessários para análise do pedido (projeto de pesquisa, termos de consentimento, folha de aprovação do CEP) foram enviados inicialmente via e-mail e presencialmente no primeiro semestre (janeiro) de 2021, tendo recebido autorização de ambos os órgãos para a realização da pesquisa. Ressalta-se que a pesquisadora submeteu o projeto ao CEP e solicitou envio das autorizações de pesquisa posteriormente (conforme comunicado excepcional publicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), devido ao período de isolamento social).

Em meados de fevereiro de 2021 a pesquisadora compareceu aos serviços para apresentar formalmente a pesquisa e levar as autorizações. Nestes encontros, que ocorreram com a Assistente Social, Psicólogo e Enfermeira coordenadora nos CAPSad, também foi discutido sobre a rotina dos serviços e orientações para a realização da coleta de dados. Devido ao período de isolamento social e a adoção de medidas restritivas, não foi viável a permanência da pesquisadora nos serviços, como havia sido inicialmente proposto. Desta forma, foi acordado com os profissionais sobre a possibilidade de aviso prévio à pesquisadora, em caso de comparecimento dos adolescentes ao serviço. Também foi colhido contato telefônico dos profissionais, como forma de facilitar a intermediação da pesquisadora junto aos prováveis participantes da pesquisa.

#### **4.5.4 Procedimento para coleta de dados**

Conforme acordado anteriormente, pela impossibilidade de permanência da pesquisadora nos serviços devido aos protocolos adotados durante a pandemia, a pesquisadora se manteve em contato com alguns dos profissionais de cada serviço, de forma a facilitar os procedimentos de coleta de dados. Assim, a pesquisadora compareceu ao serviço sempre que havia adolescentes que atendiam aos critérios de inclusão. A pesquisadora, logo ao chegar aos serviços, foi direcionada aos possíveis participantes e familiares, a fim de se apresentar, informar sobre a pesquisa, seus objetivos, suas etapas, bem como duração das entrevistas e sigilo das informações. Após esclarecer quaisquer dúvidas que surgissem e tendo os sujeitos aceitado em participar do estudo, a pesquisadora aguardava os adolescentes serem atendidos, conforme cronograma da instituição, e apenas ao final de todas as atividades o adolescente e a família foram chamados para assinar os TCLE e TALE.

Apenas após a assinatura dos documentos pertinentes é que a pesquisadora conduzia o(a) adolescente a uma sala previamente reservada pela equipe do CAPSad, e assegurando a ventilação e os demais procedimentos relativos ao protocolo de enfrentamento ao covid-19, conversava com os participantes, semelhante à um acolhimento, sobre a importância de sua participação na pesquisa, o quanto suas opiniões poderiam contribuir no direcionamento e futura modificação da assistência oferecida pelos serviços de tratamento. Também foram comunicados de que suas informações se encontravam seguras, e garantiu-se-lhes a preservação de suas identidades na divulgação do estudo. A pesquisadora agradeceu a colaboração com a pesquisa e esclareceu quaisquer dúvidas que surgiram. Em seguida, foi aplicado o formulário de identificação do adolescente. Após preenchimento dos dados pela pesquisadora, os adolescentes foram reiterados sobre os assuntos a serem abordados na entrevista, sobre a gravação em áudio e a preservação de identidade. Foram informados, também, de que a qualquer desconforto a entrevista poderia ser interrompida, sem nenhum prejuízo ao participante.

Após a coleta das informações referentes à ficha de caracterização, deu-se início à entrevista, tendo a pesquisadora seguido a ordem das perguntas, conforme roteiro semi-estruturado. Os relatos foram gravados em áudio pelo celular, e tiveram em média 30 minutos cada um.

O período de coleta de dados, inicialmente previsto para ocorrer entre fevereiro e maio de 2021 (4 meses), foi prorrogado até setembro de 2021 (8 meses), em função da dificuldade de reunir maior número de participantes ao estudo. Ressalta-se que apesar da última coleta ter ocorrido em maio, durante todo o período de prorrogação, a pesquisadora esteve em contato com os profissionais dos CAPSad, mensalmente, e estes se dispuseram a informar a pesquisadora sobre o surgimento de algum adolescente novo no serviço. Houve a tentativa de coleta com uma adolescente que estava agendada para comparecer ao CAPSad no mês de abril, entretanto, a mesma foi reinternada antes de comparecer ao CAPSad. Surgiram outros adolescentes no serviço, conforme informações passadas pelo Psicólogo, porém, estes nunca haviam passado por internação, portanto, não atendiam aos critérios de inclusão. No final do mês de outubro, um novo adolescente surgiu no serviço, porém, devido ao prazo curto para finalização da análise e organização dos resultados, não foi possível realizar a coleta.

#### **4.5.5 Procedimentos para análise de dados**

O conteúdo dos formulários foi analisado de maneira descritiva. Foi realizada a análise temática, conforme proposta por Bardin (2016), sendo uma das técnicas da análise de conteúdo que se presta ao estudo das comunicações, objetivando especificamente o reconhecimento dos “significados” (BARDIN, 2016).

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação, e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. O tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc. As respostas às questões abertas e entrevistas podem ser analisadas, e frequentemente o são, tendo o tema por base (BARDIN, 2016, p. 68).

Para a realização da análise temática, o conteúdo proveniente das entrevistas foi transcrito na íntegra. Em seguida, procedeu-se com a leitura exaustiva do material a fim de compreender seu conteúdo, bem como identificar os núcleos de sentido revelados neste processo. Após eleição dos temas, estes foram agrupados de forma a constituir as categorias temáticas.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção apresentamos os resultados advindos da pesquisa de campo. Inicialmente apresentam-se as informações e discussões relativas à caracterização dos participantes, seguidas dos resultados e discussões advindos das entrevistas. Dos conteúdos evidenciados nas entrevistas, foram extraídos temas, resultando nas categorias temáticas, conforme será apresentado a seguir. Especifica-se que o material proveniente do formulário de identificação e das entrevistas serviu tanto para a apresentação dos participantes quanto para identificar os eixos de análise.

### 5.1 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Apresenta-se no Quadro 1 e Quadro 2 a seguir informações sobre os adolescentes que participaram da pesquisa. Ressalta-se que os nomes aqui utilizados são fictícios.

**Quadro 1** - Informações sobre os participantes

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Cor</b>	<b>Gênero</b>	<b>Município</b>
Luiz	18	Parda	Masculino	A
João	17	Parda	Masculino	A
Ana	17	Branca	Feminino	A
Vitor	18	Parda	Masculino	B

Fonte: Elaboração própria.

A partir das informações apresentadas no Quadro 1, observa-se semelhanças na idade dos participantes. Em relação ao gênero, verifica-se que três participantes eram do sexo masculino.

O Quadro 2 apresenta informações relacionadas à escolaridade, residência, situação laboral dos adolescentes e envolvimento com a justiça.

**Quadro 2** - Informações relacionadas à escolaridade, residência, situação laboral dos adolescentes e envolvimento com a justiça

Nome	Escolaridade	Reprova/ Vezes	Mudança de escola (vezes)	Residentes	Casa	Trabalho	Envolvimento com a justiça
Luiz	EM completo	Não	2	Mãe/irmãos	Alugada	Não	Sim - furto
João	Cursando 1º ano EM	Sim/1	3	Pai/madrasta	Alugada	Sim	Não
Ana	Cursando 3º ano do EM	Não	4	Mãe/padrasto	Alugada	Não	Não
Vitor	Cursando ES	Sim/1	3	Mãe/avô	Própria	Não	Sim - bullying

Fonte: Elaboração própria.

Pelas informações apresentadas no Quadro 2, observa-se que todos os adolescentes relataram ter concluído ou estar frequentando a escola, sendo que, destes, apenas João ainda está iniciando o Ensino Médio. Outro aspecto observado é que todos os adolescentes relataram mudanças de escola. Sobre a situação familiar, nota-se que todos os participantes não vivem com ambos os pais biológicos e que a atual composição familiar tem a mãe presente para 3 dos adolescentes, compartilhando a moradia com irmãos, padrasto ou avô. Acerca do trabalho, apenas um adolescente relatou estar trabalhando. Ressalta-se que dois adolescentes relataram problemas com a justiça.

O Quadro 3 exibe informações sobre as internações psiquiátricas.

**Quadro 3** - Internações em hospital psiquiátrico

Nome	Número de internações	Tempo de permanência na última internação (aproximadamente)
Luiz	1	4 meses
João	3	2 meses
Ana	3	3 meses
Vitor	1	1 mês

Fonte: Elaboração própria.

Importa destacar que nas internações anteriores os períodos de permanência variaram de 3 a 4 meses. Todos os adolescentes receberam alta médica da instituição.

### 5.1.1 Apresentando os participantes

Previamente à apresentação e discussão das categorias temáticas, será feita uma breve descrição dos quatro participantes, conforme informações colhidas durante as entrevistas, e com os dados do formulário.

**Luiz**, possuía 18 anos de idade e participou da pesquisa no mês de abril de 2021. Residia no município A, com a mãe e três irmãos mais novos, em casa alugada. A mãe era a única pessoa que trabalhava na casa, mas contava com o auxílio emergencial como forma de complementar a renda. O adolescente afirmou que já trabalhou como servente de pedreiro, embora no momento da coleta estivesse desempregado. Também informou que já havia mudado de escola pelo menos 3 vezes, e estudou até concluir o Ensino Médio, em 2020. Em relação ao uso de SPA, o mesmo contou que iniciou o uso de drogas aos 14 anos, como forma de amenizar o sofrimento que sentia devido aos problemas que passava em casa. Já experimentou maconha, cocaína, ecstasy, LSD<sup>4</sup>, PCP<sup>5</sup>, e ketamina. Desde a infância e adolescência passou por problemas familiares, como a separação dos pais e agressões. Já apresentou episódios de autolesão e crises de ansiedade. No que se refere às consequências do uso, o adolescente citou que desenvolveu sintomas depressivos, fissura, problemas familiares, dificuldade de conseguir emprego, além de ter apresentado problemas com a polícia devido a um furto. Sobre tratamentos, o adolescente relatou ter recebido atendimento pela primeira vez no CAPSad, sendo que nesse período foi surpreendido com a chegada de uma ordem judicial para tratamento em regime de internação, e conta que, inclusive, foi o próprio serviço (CAPSad) que solicitou sua internação judicial. Em sua única internação, permaneceu 5 meses, e, na época, contava com 17 anos de idade. Após alta hospitalar retornou ao CAPSad para manutenção do tratamento, onde se encontrava até o momento da coleta de dados.

**Ana**, estava com 17 anos e participou da pesquisa no mês de abril de 2021. Residia no município A, com a mãe e o padrasto, em uma casa alugada. Quanto à renda domiciliar, a mãe e o padrasto eram aposentados, devido à idade. A participante possuía uma irmã mais velha, casada, entretanto, esta residia em outra casa. No momento da coleta de dados a adolescente não trabalhava, mas afirmou que já havia trabalhado em um salão de beleza. Também informou já ter mudado de escola 4 vezes, em decorrência das mudanças de domicílio. Na época da entrevista estava cursando o terceiro colegial. Iniciou o uso de SPA aos 12 anos de idade, e já havia experimentado maconha, cocaína, lança perfume e LSD, por influência de um amigo, mas

---

<sup>4</sup> Dietilamida do ácido lisérgico (DOLDER *et al.*, 2016).

<sup>5</sup> Fenciclidina (PONCE; FUKUSHIMA, 2017).

também por curiosidade. Sobre as consequências decorrentes do uso de substâncias, a adolescente citou o desentendimento familiar como principal fator. Já havia praticado autolesão. A primeira vez que a adolescente recebeu tratamento para uso de SPA, foi a internação. No total, possui 3 internações prévias. Permaneceu internada por 3 meses e meio em sua primeira internação. Na segunda, permaneceu internada por um mês e meio, e na terceira internação permaneceu 4 meses. Em conversa com a Assistente Social do CAPSad foi esclarecido que a paciente passou em alguns acolhimentos no serviço, sendo que em sua última passagem (após a terceira internação) realizou o acompanhamento da forma proposta pelo CAPS, em regime ambulatorial. Menciona que não apresentou nenhuma recaída até o momento da coleta de dados, e que estava em acompanhamento pelo CAPSad desde sua última internação (março/2021), além de estar cursando o terceiro colegial.

**João**, estava com 17 anos e participou da pesquisa no mês de abril de 2021. Era filho único, residente no município A, com o pai e a madrasta, em casa alugada, e tinha um filho de aproximadamente 1 ano. O adolescente contou que todos os membros da casa trabalhavam, inclusive ele, que coletava óleo usado. Sobre a situação escolar, o adolescente referiu estar cursando o primeiro colegial. Também informou que já havia repetido de ano, e que havia mudado de escola 3 vezes. Sobre o motivo que o levou a experimentar drogas, este citou a curiosidade e mencionou que fez uso pela primeira vez aos 14 anos de idade, experimentando maconha, lança perfume, LSD e ecstasy. O adolescente apontou o surgimento de problemas familiares e o fato de ser internado como consequências decorrentes do uso. Segundo a Assistente Social do CAPSad, na primeira vez que o paciente compareceu ao serviço foi proposta a internação. Ao total, já passou por 3 internações por uso de SPA. Em primeira internação, permaneceu um mês, e sua família decidiu retirá-lo por alta a pedido. Em sua segunda internação, permaneceu 4 meses, recebendo alta médica. Após a alta, retornou ao CAPSad, passou nos acolhimentos conforme proposto pelo serviço, apresentou evolução, recebeu alta, porém, recaiu e voltou a ser internado, pela terceira vez. Nesta última internação, permaneceu por dois meses, recebendo alta médica.

**Vitor** tinha 18 anos e possuía uma irmã mais velha e casada. Residia no município B com a mãe e o avô, e participou do estudo no mês de maio de 2021. A casa em que morava era própria (da família) e, sobre a renda familiar, o mesmo informou que apenas a mãe trabalhava. Também informou que já havia mudado de escola 3 vezes. Concluiu o Ensino Médio e no momento da coleta de dados, estava fazendo faculdade de Análise e Desenvolvimento de Sistemas. O adolescente contou já ter trabalhado como pedreiro, embora, no momento, estivesse desempregado. Sobre o uso de SPA, contou que as experimentou com 16 anos, sendo elas:

maconha, bebida alcoólica, cocaína e LSD. O principal motivo associado à experimentação das SPA foi o desejo de se sentir incluído. O participante atribuiu os desentendimentos familiares e seu comportamento agressivo como consequências do consumo de SPA. Possuía histórico de autolesão na adolescência, devido a questões parentais (pai abandonou a família quando mãe estava grávida do adolescente). Relatou problemas com a polícia devido ao cometimento de bullying (realizado boletim de ocorrência na época), por importunação a uma aluna. Sobre o início do tratamento para uso de SPA, o participante referiu ter passado uma vez pelo CAPSad, apenas para dar início ao processo de internação. Havia vivenciado uma única internação prévia, e deu seguimento aos tratamentos propostos. Após avaliação psiquiátrica no CAPSad, havia sido realizada internação involuntária do adolescente, na época, com 18 anos de idade. Permaneceu internado por 22 dias. Após alta da internação e início de acompanhamento em CAPSad referiu não ter mais desejo de fazer uso de SPA.

Como se depreende das descrições acima, a idade predominante entre os participantes foi de 17 e 18 anos. Apesar do pequeno número de participantes, este dado se assemelha a outros estudos, nos quais observa-se que a faixa etária predominante em pesquisas que analisaram a população adolescente em CAPSad foi dos 15 aos 19 anos (ALMEIDA, 2010; ARAÚJO *et al.*, 2012; CAMPOS, 2010; MENDES, 2020; SILVA *et al.*, 2014; VASTERS; PILLON, 2011).

No presente estudo, três dos participantes eram do sexo masculino. Tal dado está de acordo com outras pesquisas, demonstrando que para pacientes em acompanhamento no CAPSad foi encontrada maior prevalência de adolescentes do sexo masculino (ARAÚJO *et al.*, 2012; MENDES, 2020; OLIVEIRA; SZUPSZYNSKI; DICLEMENTE, 2010; VASTERS; PILLON, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Com relação ao ambiente hospitalar, a predominância do sexo masculino se mantém (PEREZ *et al.*, 2020). Esse resultado também é compatível com uma pesquisa realizada em um CAPSad de Campo Grande - MT, que demonstra que apenas 10,2% das mulheres aderiram ao tratamento (PEIXOTO *et al.*, 2010). Em outro estudo, a não permanência de mulheres usuárias de álcool em um ambulatório de dependência química em São Paulo - SP foi de 53,1% no primeiro mês, 13% no segundo, e 6,8% no terceiro mês (ELBREDER *et al.*, 2008). Cabe ressaltar que a baixa permanência de mulheres no tratamento para uso de SPA pode ocorrer em razão do preconceito associado às mulheres que utilizam SPA, e a preferência por esconder o problema; também pode estar associado a sentimentos de culpa, medo, vergonha e baixa autoestima (ARAÚJO *et al.*, 2012; ASSIS; CASTRO, 2010; ROSSETTI; SANTOS, 2006).

Pesquisadores da área têm indicado a carência de estudos envolvendo a população feminina e uso de SPA (GALHARDI; MATSUKURA, 2018; GUIMARÃES *et al.*, 2009; MENEZES; PEREIRA, 2019). Compreende-se que, de forma mais ampla, estudos futuros poderiam aprofundar na compreensão da realidade de adolescentes mulheres e, também, dos adolescentes que não se incluem no padrão cisgênero e suas trajetórias de uso de SPA, bem como de procura e acesso a cuidados de saúde.

Ainda que o presente estudo tenha contado com a participação de um número limitado de adolescentes, resultado semelhante foi verificado no estudo de OLIVEIRA, *et al.*, (2022) onde a compreensão dos adolescentes sobre o início do uso de drogas esteve associada à influência de amizades e curiosidade. De modo semelhante, no estudo de PINTO (2017), além dos fatores citados anteriormente, a tristeza, depressão, desinibição e relaxamento também foram relacionadas ao início do consumo de SPA.

Sobre o tipo de SPA, observa-se que a maconha foi a substância de uso mais prevalente entre os adolescentes, seguida do LSD, da cocaína, e lança-perfume e ecstasy igualmente. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisas realizadas com adolescentes inseridos em CAPSad, em que as drogas ilícitas como maconha e cocaína estiveram entre as mais citadas (ALMEIDA, 2010; ARAÚJO *et al.*, 2012; CAMPOS, 2010; MANCILHA, 2015; SILVA *et al.*, 2014; VASTERS, PILLON, 2011).

Sobre a idade de início do uso de substâncias, verifica-se que todos os participantes indicaram uso mais precoce, com destaque para Ana, que relata início aos 12 anos de idade. Dois participantes que indicam início do uso precoce relatam uma internação psiquiátrica. Esses resultados foram semelhantes a outras pesquisas realizadas com adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad, indicando que a idade inicial do uso de SPA ocorreu, em média, com 11 a 13 anos (ANDRETTA; LIMBERGER; OLIVEIRA, 2014; ARAÚJO *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2022). De acordo com o Relatório Mundial de Drogas de 2018, publicado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, na população de 15 a 64 anos, os níveis mais altos de uso de drogas são observados na faixa etária dos 18 a 25 anos. Mais especificamente, a maconha continua sendo a droga mais usada entre jovens, sendo que no último ano estima-se que haviam cerca de 14 milhões de usuários de cannabis, na faixa etária de 15 a 16 anos (UNODC, 2021).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), de 2019, sinaliza a disseminação do uso de substâncias ilícitas entre os jovens. O estudo investigou o uso de drogas ilícitas tais como: maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, ecstasy, oxy etc. Os resultados mostram que 13,0% dos escolares de 13 a 17 anos já haviam usado alguma droga ilícita em

algum momento da vida. Quanto à sua distribuição geográfica, esse indicador teve nas Regiões Sul (16,7%) e Sudeste (16,2%) os maiores percentuais e nas Regiões Nordeste (7,9%) e Norte (9,3%) os menores. A preocupação com o aumento do uso de SPA alerta para a necessidade de olhar para o cuidado em SM na mesma proporção.

Outro aspecto verificado refere-se à prática de autolesão, que esteve presente em 3 de nossos participantes. Silva e Botti (2017) mencionam que transtornos psicopatológicos típicos, tais como transtorno de conduta, transtorno de personalidade borderline, depressão, ansiedade, sintomas psicóticos, consumo de substâncias, preocupações com a orientação sexual, impulsividade e estado de baixa autoestima, além de histórico de comportamento autolesivo, são considerados fatores de risco para comportamento de autolesão em adolescentes. Além disso, na fala dos adolescentes, a autolesão não parece ter sido associada a uma consequência do uso de SPA, mas parece ter sido associada ao sofrimento psíquico vivenciado na infância/adolescência devido à problemas familiares. De acordo com Cardoso *et al.* (2019), questões relacionadas ao gênero e conflitos familiares tornam-se características marcantes de adolescentes que praticam a autoflagelação. A desestruturação familiar na adolescência, visível nos casos de violência, separação dos pais, e uso de drogas lícitas, contribui para o adoecimento psicológico, produzindo sentimentos negativos de insuficiência, inutilidade e insignificância.

Acerca da situação escolar, diferentemente de outras pesquisas (GALHARDI; MATSUKURA, 2018; MOMBELLI; MARCON; COSTA, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2022), os resultados da presente pesquisa apontam que os adolescentes participantes finalizaram os estudos, ou ainda mantêm vínculo escolar. No entanto, vale destacar também que os 4 participantes relataram várias mudanças de escola ao longo do percurso, mas, apesar do exposto, verifica-se que estes ou já se formaram, ou mantêm seguimento na escola. Embora não seja possível especificar os motivos que levaram às repetidas mudanças de escola, a literatura demonstra que os problemas relacionados ao ambiente escolar, como repetências, expulsões e baixo desempenho escolar com relação à idade parecem ocorrer com regularidade entre os adolescentes que fazem uso de SPA, o que leva a crer ser esta uma demanda urgente de ações preventivas (ANDRETTA; LIMBERGER; OLIVEIRA, 2014; ARAÚJO *et al.*, 2012; OLIVEIRA, SZUPSZYNSKI, DiCLEMENTE; 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Nesse sentido considera-se importante e urgente que as ações preventivas se estendam às escolas, por ser este o ambiente em que os adolescentes passam a maior parte do tempo, além de ser um espaço em que o adolescente deseja ser incluído. A pesquisa-ação de Moreira, Vóvio e Micheli (2015), realizada em duas escolas públicas da cidade de São Paulo, investigou fatores que podem dificultar o desenvolvimento de ações preventivas ao uso de SPA na escola, bem

como o que é possível e pertinente desenvolver neste âmbito na visão de professores que atuam no ensino fundamental II. Os desafios encontrados, relacionados a questões pessoais dos professores, foram: a falta de conhecimentos específicos, a falta de metodologias para abordagem, os preconceitos e valores morais relativos ao tema. Quanto aos desafios do campo educacional, foram revelados: a dificuldade de articulação e integração de projetos na escola, a falta de apoio institucional às ações, a escassez de tempo frente ao excesso de demandas escolares, e a carência de recursos pedagógicos que contribuam nas ações preventivas. Após as ações formativas, foi identificado que, mesmo que temerosos, os educadores reconhecem a importância da prevenção e se posicionam como corresponsáveis pelas ações preventivas. De modo semelhante, após os processos formativos de interface saúde e educação, foi identificada melhora na qualidade das ações de promoção e prevenção de saúde oferecidas aos alunos no ambiente escolar (MOREIRA; VÓVIO; MICHELI, 2015).

A pesquisa evidenciou, ainda, que os educadores consideram importante que a escola se aproxime da comunidade e família, desenvolvendo ações de saúde. No mesmo sentido, os professores enfatizaram a necessidade de oportunizar alternativas que possibilitem aos adolescentes experimentar sensações de aprendizagem, prazer, desafio, excitação, confrontação de limites, expansão da mente, de modo a reduzir o interesse pelo consumo de SPA (MOREIRA; VÓVIO; MICHELI, 2015).

Em outra direção, a pesquisa de Cardoso e Malbergier (2014) objetivou verificar a associação entre problemas escolares e uso de álcool, tabaco, uso combinado de álcool e tabaco, além do uso de drogas ilícitas em 965 adolescentes, de 10 a 18 anos, de 50 escolas públicas situadas nos municípios de Jacareí e Diadema. Os resultados sugerem um aumento dos problemas escolares quando os adolescentes utilizam a combinação de duas substâncias lícitas, ou alguma substância ilícita.

De toda maneira, importa destacar os resultados encontrados na pesquisa americana de Paschall e Bersamin (2018), que procurou examinar associações entre o aumento da disponibilidade de serviços de saúde mental nas escolas e comportamentos de risco, como uso de SPA e ideação suicida. Dentre os resultados, a pesquisa aponta que o aumento da disponibilidade de serviços de saúde mental em algumas escolas foi associado a uma probabilidade menor de ideação suicida, da frequência do uso de cigarro, maconha e do uso de medicamentos sem receita nos últimos 30 dias, em comparação com outras escolas. Desta forma, percebe-se a potência das escolas enquanto contexto relevante para a articulação de ações de cuidado em saúde mental para esta faixa etária, enquanto promotoras de saúde emocional e proteção quanto a fatores de risco.

Apesar do exposto, é preciso alertar para a dificuldade da escola em acolher, apoiar e auxiliar os adolescentes na superação de conflitos (BITTENCOURT; FRANÇA; GOLDIM, 2015). Em geral, os usuários de substâncias são mais propensos a adotar estratégias como isolamento social e confrontação ou evitação de situações compreendidas como ameaçadoras. Nesse sentido, a evasão escolar pode limitar ainda mais o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento de adolescentes frente ao uso de SPA, reforçando o caminho do consumo (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Acerca da situação familiar, foi verificado que todos os adolescentes convivem com a falta de ao menos um dos pais biológicos, e alguns destacam problemas familiares associados à motivação para o início do uso. Ainda que o presente estudo não tenha colocado foco sobre as situações socioeconômicas e, de modo mais amplo, na realidade vivenciada pelas famílias dos participantes, vale apontar que há na literatura pesquisas que destacam alguns fatores relativos às famílias, como, por exemplo o estudo de Silva *et al.* (2018), que identificou que aproximadamente 70,5% dos adolescentes internados em um programa de desintoxicação fazem parte de um núcleo familiar parental/monoparental. No entanto, compreende-se que esta perspectiva, quando focalizada isoladamente, acaba por reforçar a culpabilização dos próprios usuários e de seus familiares ou ainda ecoar sobre a invisibilidade de direitos e autonomia dos usuários (ASSAD; PEDRÃO, 2011; FERREIRA *et al.*, 2019; FOUCAULT, 1987). Para além da questão monoparental e/ou das famílias nucleares, aponta-se que dimensões mais complexas e macroestruturais como, por exemplo, a vulnerabilidade econômica, o desemprego, a ausência de políticas públicas, dentre outras, certamente integram a complexidade de fatores e implicam nos resultados (SCHENKER; MINAYO, 2005; SODELLI, 2010).

## 5.2 RESULTADOS ADVINDOS DAS ANÁLISES DAS ENTREVISTAS

Conforme apontado, a partir da análise dos dados advindos das entrevistas com os participantes, foram identificadas quatro categorias, apresentadas a seguir.

### 5.2.1 Categorias Temáticas Oriundas das Entrevistas com os Participantes

#### 1) Como cheguei a esse cuidado

##### *1.1 CAPSad*

##### *1.2 Internação*

#### 2) Finalmente me dei conta de que eu precisava de tratamento

#### 3) Experiências na internação e CAPSad

##### *3.1 Internação*

##### *3.2 CAPSad*

#### 4) Momento atual e expectativas futuras

##### 5.2.1.1 Como cheguei a esse cuidado

###### 5.2.1.1.1 CAPSad

Apesar do primeiro contato com o tratamento ter ocorrido no CAPSad, no caso de alguns adolescentes esse contato parece ter sido feito apenas para dar início ao procedimento de internação.

*“Olha... no começo, assim...eu fui contra minha vontade, por isso que foi ordem [...] Antes da internação eu já vinha no CAPS. Eles inclusive que foram no juiz, pedir ordem judicial e tudo mais. Não queria... não queria. Ordem judicial... foi em decorrência de um furto, e também pelo meu histórico de usuário.” (Luiz).*

*“Foi minha família. Foi a minha família.” (Ana).*

*“Ah, foi o CAPS, na verdade, que decidiu. Porque eu tava bem surtado aqui né. Ai eles decidiram que eu ia internar” (Vitor).*

A priorização dos serviços manicomial em detrimento dos serviços territoriais presente em três de nossos participantes pode ser observada também nas pesquisas de Ribeiro *et al.* (2019) e Paula *et al.* (2017), que analisaram a trajetória de adolescentes usuários de crack até o CAPSad. Os resultados apontam que os hospitais psiquiátricos, manicômios, fazendas e clínicas foram os serviços mais utilizados pelos adolescentes antes de chegar ao CAPSad.

Os relatos de Vitor e Luiz, quando atribuem ao CAPS a responsabilidade por suas internações, parecem, mesmo que circunstancialmente, demonstrar dificuldades do CAPS em lidar com situações de crise, pela própria dificuldade da rede em fornecer suporte adequado nos casos de maior sofrimento mental, conforme observado no discurso de Vitor. Nesse sentido, os CAPSad III possuem grande potencial no atendimento a esse público, possibilitando cuidados intensivos, 24 horas por dia, todos os dias da semana.

Todos os adolescentes que fazem uso problemático de SPA são referenciados para os CAPSad, em ambos os municípios, ainda que o município de maior porte conte com um CAPSij.

Ainda que frequentemente os CAPSad recebam a população adolescente (GALHARDI; MATSUKURA, 2018; ALMEIDA, 2010; ARAÚJO *et al.*, 2012), a recomendação é que também compete ao CAPSij o atendimento a crianças e adolescentes em uso de substâncias. Conforme pactuado na VI Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental, o CAPSij deveria assegurar aos adolescentes um cuidado intersetorial, inclusive conforme preconizado também pela Política Pública de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2014).

Conforme mencionado, apesar do atendimento de crianças e adolescentes usuários de substâncias estar previsto para ocorrer também nos CAPSij, isso não se aplicou para os participantes da presente pesquisa, mesmo quando um dos municípios contava com CAPSijesse equipamento.

Uma análise de atendimentos prestados a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias em centros de atenção psicossociais, demonstrou que 67,18% dos atendimentos a crianças e adolescentes foram realizados no CAPSad e apenas 16,52% por CAPSij (MENDES, 2020). De acordo com Conceição *et al.* (2018), os CAPSij manifestam dificuldades em atender crianças e adolescentes no que se refere

às demandas associadas ao consumo de SPA, direcionando essa demanda para serviços específicos de tratamento para uso de substâncias, não levando em consideração as especificidades etárias e as possíveis limitações dos CAPSad na assistência à criança e ao adolescente.

Consoante a esses achados, uma pesquisa que investigou as características de Centros de Atenção Psicossociais do estado de Santa Catarina, revelou que o atendimento a adolescentes no CAPSad, junto ao público adulto, caracteriza uma tentativa de forçar o adolescente a ser adulto. Deste modo, essa iniciativa pode gerar prejuízos aos adolescentes que ainda se encontram em fase de desenvolvimento de aspectos físicos, psicológicos e sociais. Ademais, considera-se que este fato pode ter relação com a baixa adesão de adolescentes aos serviços, e a precarização das ações terapêuticas voltadas a este público (BERNARDI, KANAN, 2015).

No sentido das constatações aqui apresentadas, a pesquisa de Galhardi (2016), dentre seus objetivos, buscou compreender sobre as vivências de adolescentes no contexto do CAPSad. Os resultados demonstraram baixa adesão dos adolescentes no serviço, e que a oferta de cuidados destinado a este público é fragilizada e limitada por questões de falta de disposição e falta de interesse em abordar a população adolescente. De modo semelhante, uma pesquisa objetivou identificar os aspectos que dificultam o tratamento de adolescentes usuários de crack no CAPSad. O autor identificou o CAPSad como serviço projetado para adultos, e constatou que a inespecificidade das atividades terapêuticas no atendimento aos adolescentes foi considerada como importante limitação (RIBEIRO *et al.*, 2019b).

Deste modo, destaca-se, urgentemente, a necessidade de ampliar o acolhimento às demandas dos adolescentes, conforme preconizam as políticas públicas, visto que o impasse na determinação do atendimento no CAPSad ou CAPSij seguindo critérios como idade ou avaliação da equipe contribui para a fragmentação e desresponsabilização pela assistência a essa população (BERNARDI; KANAN, 2015).

Tal fato remete à reflexão sobre qual modalidade de CAPS seria a mais preparada e assertiva para o cuidado desta população. Ainda que se reconheça que o uso problemático de substâncias envolve conhecimentos e estratégias de cuidado que podem ser específicos, compreende-se que trata-se de adolescentes, e que a situação que envolve a procura pelo serviço não deve substituir o foco da singularidade deste usuário (antes e além de usuário, ele continua sendo adolescente).

Não obstante, é preciso reconhecer que os CAPSij encontram-se sobrecarregados e com a interrupção da expansão destes equipamentos, em número absolutamente insuficiente para responder às inúmeras demandas da população.

Cabe destacar que, em 2008, Couto já sinalizava que a expansão de CAPSij no Brasil se mostrava muito aquém da média necessária, demonstrando que o percentual de CAPSij, em relação à totalidade de CAPS (todos os tipos) em funcionamento no país havia se mantido inalterado ao longo dos anos (2002-2007), com média de 7% (Couto, 2008). Considerando-se que em 2020, no Brasil, residiam 69,8 milhões<sup>6</sup> de crianças e adolescentes, passada mais de uma década, ainda se verifica um crescimento insuficiente de CAPSij no território nacional. Dados de 2021 da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde demonstram que nos últimos 11 anos (2010-2021), a média de crescimento anual de CAPSij se mantém em 7,3% (BRASIL, 2021).

É preciso reafirmar que a ausência de investimentos e o desinteresse pela expansão dos CAPS, aqui destacando-se tanto os CAPSij como os CAPSad III, não só implicam na impossibilidade de maiores recursos para o cuidado no território, como reforçam o desmonte das Políticas Públicas e das perspectivas da Atenção Psicossocial, na direção do retrocesso e da ausência de garantia de direitos. É estarrecedor considerar como tratamento o isolamento prolongado de sujeitos em plena etapa de desenvolvimento, na contramão de todas as evidências sobre os malefícios desta estratégia.

Outra dimensão importante, verificada no discurso dos adolescentes que participaram da presente pesquisa, é que o CAPSad foi o dispositivo que se responsabilizou pelo encaminhamento para as internações. Tal realidade foi também abordada no estudo de Paim *et al.* (2017), que procurou conhecer o papel de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas no atendimento ao adolescente usuário de substâncias psicoativas, na perspectiva dos profissionais que atuam no conselho tutelar e no judiciário. Dentre os resultados verificou-se que os participantes atribuem ao CAPSad o papel de serviço-mediador para as internações e entendem que as suas ações assistenciais estão mais voltadas para o tratamento/reabilitação de caráter punitivo do que de fato a prevenção/promoção de cuidado.

Na fala dos adolescentes, é possível verificar que o início do tratamento no CAPSad, assim como nas internações, ocorreu mediante outras instâncias (CAPS, Ministério Público e família). Semelhante a outras pesquisas realizadas com adolescentes, verifica-se que o início do tratamento se dá especialmente por encaminhamentos diversos (judiciais, conselho tutelar) ou por exigência da família (BARTOLOMEI; REZENDE, 2017; GALHARDI; MATSUKURA, 2018; GONÇALVES *et al.*, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2019a; SCADUTO; BARBIERI, 2009; SILVA *et al.*, 2018; VASTERS; PILLON, 2011). As pesquisas também

---

<sup>6</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019.

demonstram que uma pequena minoria de jovens procura o tratamento espontaneamente, sendo que grande parte das internações se dão de forma involuntária (GUARESCHI; LARA; ECKER, 2016; MOMBELLI; MARCON; COSTA, 2010; SILVA *et al.*, 2018; VASTERS; PILLON, 2011).

Dentre os diferentes elementos que podem auxiliar na compreensão desta realidade relativa às internações, têm-se os resultados da pesquisa de Teixeira *et al.* (2021), que analisou a primeira experiência de internação sob a ótica dos familiares, onde os autores apontam que os encaminhamentos para o hospital especializado ainda obedecem à regra das instituições de saúde, sem inserção na rede. Sem haver pactuação ou explicações aos familiares, a internação hospitalar continua apresentada aos familiares como o melhor local de acompanhamento (TEIXEIRA *et al.*, 2021). Também foi evidenciado que a indicação para internação e a decisão foram feitas pelos profissionais, sem que houvesse a discussão e apresentação de justificativa aos familiares, o que se assemelha à presente pesquisa, em que parte dos adolescentes relatou que a internação se deu por iniciativa do serviço de saúde CAPSad.

A grande demanda pelas internações também pode envolver fatores associados a vulnerabilidades, tanto por parte dos serviços no território, como pelas situações das famílias destes usuários. Assim, por exemplo, pode ser compreendida pela ausência de possibilidades por parte da família de sustentar o mínimo de condições de supervisão/acompanhamento para o afastamento dos adolescentes de situações que podem ser gatilhos para o uso de SPA. Também, não há dispositivos articulados que possam compor algum outro tipo de acompanhamento/supervisão para além dos CAPSad.

Importa destacar que os adolescentes possuem mais de uma passagem no CAPSad, e, portanto, na primeira passagem (que antecedeu a internação), metade dos adolescentes não desejava se tratar (CAPSad). Luiz e Ana foram submetidos ao tratamento por imposição da família, e João e Vitor iniciaram o tratamento por demanda espontânea.

*“Por vontade própria” (João).*

*“Foi porque eu quis. Ai, eles me acolheram bem [...]” (Vitor).*

A mudança de atitude de Vitor frente ao tratamento pode demonstrar maior percepção de amparo sentida no serviço, e/ou maior compreensão da necessidade de ajuda após ter passado pela internação.

Novamente, se verifica a recusa de Luiz e Ana em ambas propostas de tratamento. A negação e o não reconhecimento de necessidade de ajuda permanecem evidentes em seus

discursos. Constata-se, outra vez, que sua vontade não foi respeitada, conforme observado em suas falas:

*“Minha família quis que eu ia ao CAPS, porque até então eu não queria ajuda né...[...] eles que me trouxeram aqui pro CAPS” (Luiz).*

*“Foi minha família né. Não queria” (Ana).*

Pesquisadores apontam que o curto período de uso de drogas faz com que os adolescentes tenham dificuldades em compreender os inúmeros prejuízos que a droga lhe causou ou que poderá lhe causar (DUTRA *et al.*, 2008), outros indicam o fato de alguns adolescentes acreditarem não ter nenhum problema com o uso de drogas ilícitas (DiCLEMENTE; SCHULUNDT; GEMMELL, 2004). Esse não parece ser o caso dos participantes deste estudo, que informaram uso de substâncias muito precocemente (14 e 12 anos). Uma hipótese que pode justificar esse dado é que, apesar dos adolescentes possuírem maior tempo de uso, não percebem consequências tão concretas a ponto de conseguirem repensar sobre o uso de SPA.

O início do tratamento por decisão própria parece não ser comum, nem mesmo para aqueles que já fazem uso há mais tempo, conforme observado nos discursos de Ana e Luiz. No início, parece haver uma resistência, mas após iniciarem, os adolescentes parecem compreender a necessidade de ajuda, mesmo que circunstancialmente.

Para Luiz o momento de chegada ao serviço gerou sentimento de constrangimento:

*“Sabe...e quando a psicóloga perguntou que tipo de droga eu usava, eu fiquei super bravo com o meu pai [...] Eu tinha vergonha de falar as droga que eu usava né...” (Luiz).*

Semelhante a esse resultado, a pesquisa de Galhardi e Matsukura (2018), dentre os objetivos, buscou compreender o cotidiano de adolescentes em relação às drogas e CAPSad, verificando que no momento de chegada ao serviço os adolescentes expressaram não compreender o que fariam ali, além de apresentarem outros sentimentos como vergonha das pessoas e vergonha de si mesmos.

Em vista disso, considera-se como importante o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de saúde, além de ações específicas visando conscientizar a população sobre a dependência química, o uso prejudicial de substâncias, tratamentos e fatores associados ao uso, considerando sua complexidade, de forma a reduzir o preconceito associado a esse grupo.

Em relação a Ana, a obrigatoriedade de se manter no serviço gerou sentimento de descontentamento, e que se encontra em desacordo com sua vontade, conforme observado abaixo:

*“Poxa, eu pensei, que saco ter que vir aqui toda segunda-feira” (Ana).*

Ao falar sobre o lugar, os adolescentes expressam desconhecer o serviço, além de demonstrar desconforto com os familiares pela falta de transparência destes em relação à possibilidade de tratamento. No discurso de Luiz evidencia-se que houve falta de esclarecimento, por parte da família, acerca da possibilidade de tratamento, não havendo oportunidade para pactuação sobre seu cuidado:

*“Olha, eu ja vi ali...ali, tinha uma porta ali que tava assim, Centro dia alguma coisa para dependentes químicos. Eu falei? Dependente Químico? Eu achei que aqui era um hospital. Achei que meu pai tava doente. Sabe...e quando a psicóloga perguntou que tipo de droga eu usava, eu fiquei super bravo com o meu pai” (Luiz).*

*“Eu achei que era um hospital de psiquiátrica médico, assim... que você entrava os medico ia lá perguntando, ia fazer eletro da sua cabeça, ia fazer isso, ia fazer aquilo” (João).*

Ainda que este estudo não tenha abordado as ações de cuidado sob a ótica dos serviços, alguns dos resultados sugerem fortemente a necessidade de revisão de procedimentos e/ou a implementação de ações que possam evitar ou minimizar resultados que não dialoguem com as premissas da atenção psicossocial e das políticas públicas. Dentre várias, a questão da falta de esclarecimento dos adolescentes em relação ao serviço, por exemplo, poderia ser melhorada através de uma recepção inicial no serviço, tanto para os adolescentes quanto para os familiares. Outra possibilidade seria que os serviços desenvolvessem ações junto às famílias sobre propostas de cuidado que poderiam ser mais efetivas para a realidade do adolescente e de seu contexto.

A concepção da adolescência como “fase de risco”, em que os jovens são rotulados como seres incontroláveis, rebeldes, e que não costumam acatar normas e regras sociais (RAUPP, MILNITSKY-SAPIRO, 2005), parece perdurar. Essa perspectiva contribui para que os adolescentes, ainda nos dias de hoje, não sejam ouvidos, e que sejam considerados incapazes de tomar decisões.

#### *5.2.1.1.2 Internação*

Um aspecto que parece ter sido comum a esses adolescentes foi que a chegada ao serviço de internação foi involuntária, ocorrendo sem o consentimento dos participantes, por exigência da família, da justiça e do CAPS. Observa-se que os participantes foram impossibilitados de exercer livremente seu direito de escolha. Apenas João evidenciou desejo pela internação:

*“Olha... no começo, assim...eu fui contra minha vontade, por isso que foi ordem...” (Luiz).*

*“Foi a minha família....” (Ana).*

*“Ah, foi o CAPS na verdade que decidiu. Porque eu tava bem surtado aqui né. Ai eles decidiram que eu ia internar” (Vitor)*

*“Primeira vez foi quando...teve a primeira internação no ano passado. Eu quis. Eu decidi fazer o tratamento” (João).*

Paradoxalmente, percebemos que o ingresso do adolescente no sistema de internação ocorreu por meio do CAPSad. Com essa informação é possível identificar a ausência de atuação dos serviços territoriais no circuito desses adolescentes, que culminaram na internação desses jovens. No sentido dessas constatações, a pesquisa de Blikstein (2012) procurou investigar porquê, apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira, ainda se mantém a internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos. A pesquisa demonstra que após o encaminhamento para serviços territoriais, as internações tornam-se menos frequentes. Este não parece ser o caso dos adolescentes da presente pesquisa, sendo constatado que os adolescentes antes das internações já haviam passado pelo CAPS, e que, apesar dessas passagens, 2 dos participantes apresentaram número significativo de internação (3), mesmo ainda adolescentes.

A institucionalização de crianças e adolescentes em locais que se destinam ao tratamento desses sujeitos, definidos como desviantes de uma conduta estabelecida como apropriada, como pessoas que fazem uso de SPA, psicóticos e sujeitos em conflito com a lei, torna-se muitas vezes a resposta dada pelos familiares, serviços de saúde e judiciário (MARTINS; SILVEIRA, 2019). De acordo com Jucá e Fernandes (2015), a exclusão do convívio social e familiar vem se mostrando ineficaz em todos os estudos que objetivaram se debruçar sobre essa temática, pois acarreta na criminalização desses sujeitos, que, frequentemente, já se encontram em situação de vulnerabilidade social.

Reforçando as constatações aqui apresentadas, conforme Paula *et al.* (2017) e Araújo (2018), as internações compulsórias são procuradas pela família por estas não acreditarem ser possível controlar o uso de SPA no ambiente residencial ou mesmo territorial. Assim, para as famílias, as internações são vistas como forma de proteção, à medida que afastam os

adolescentes do “contexto de risco”. Uma outra possibilidade que pode explicar a entrada prioritária no tratamento hospitalar, ao invés do comunitário, é o fato das famílias procurarem ajuda apenas quando os problemas se agravam, quando o adolescente já se encontra em situação de crise (ROSA, 2005).

Deste modo, reforça-se que a atenção às pessoas em uso prejudicial de substâncias em casos de crise ainda necessita de investimentos. Torna-se necessário e urgente ações de efetivação do que consta nas políticas de saúde mental, como ampliação dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, a ampliação de CAPSad III, e o trabalho juntos às famílias, de forma a conhecer suas dificuldades e demandas, que podem impensadamente produzir a invisibilidade de direitos e interferir na autonomia de pessoas sob seu cuidado.

A falta de diálogo/negociação sobre a possibilidade de tratamento também foi observada em um estudo com usuários de serviços de saúde mental, que mostrou que as pessoas submetidas à internação se sentiram manipuladas e até enganadas por suas famílias, por não saberem que estavam sendo internadas para tratamento no momento da admissão (MESSIAS; MARTINS; CASTRO, 2020).

Três dos adolescentes demonstraram opiniões negativas quanto ao ambiente hospitalar. No discurso dos adolescentes, a aparência do local parece remeter a um ambiente perturbado, fictício e punitivo.

*“Ah, eu falei nossa, esse lugar vai ser um inferno...” (Ana).*

*“Ah, minha primeira impressão...eu achei que seria um manicômio [...]que seria só louco lá dentro”  
(João).*

*“Ah, eu achei que era tudo falso. Eu achei que era um lugar que tava me mantendo preso pra não usar, mas não achei que era um hospital. Eu achei um lugar falso com pessoas falsas” (Vitor).*

Outro aspecto destacado pelos adolescentes em relação ao primeiro tratamento foram os motivos relacionados à demanda por cuidado, seja no CAPSad (Luiz e Vitor), ou na internação (João):

*“Antes da internação eu já vinha no CAPS. Eles (CAPS) inclusive que foram no juiz, pedir ordem judicial e tudo mais. [...] Eu já tava viciado, eu não queria ajuda” (Luiz).*

*“Ah, porque as coisas da...da minha família tava indo por água abaixo né...ninguém tinha mais confiança em mim, ninguém queria mais dá...confiança...ninguém acreditava nas coisas que eu falava então eu resolvi pedir ajuda...” (João).*

*“Eu não tava conseguindo me comunicar muito bem porque eu tava em crise né, e ela (médica) tava tentando adivinhar o que eu tinha..ai minha irmã falou...que eu tinha usado maconha, e tava um tempo sem usar*

*por isso que eu tava surtando. Ai depois de...depois de eu brigar muito aqui ficar mexendo eles acabaram me internando” (Vitor).*

Ainda em 2002, Muza e Costa já sinalizavam que a realização de ações efetivas depende da mudança no modo de enxergar o adolescente, não mais com estereótipos desqualificadores (desocupados, nóia, violentos etc.), mas sim como parte da solução. As autoras complementam dizendo que as ações de saúde embasadas no protagonismo juvenil são uma realidade em vários países da América Latina. Apesar do panorama favorável identificado pelas autoras vinte anos atrás, os sujeitos da presente pesquisa, ainda em 2022, não puderam ser protagonistas de seu próprio cuidado, como se não possuíssem voz no tratamento.

Em 2008 e 2009, nas reuniões Ordinárias do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto Juvenil é retomada a discussão sobre a urgência de desenvolvimento/implementação de ações com foco no protagonismo juvenil (Brasil, 2014), que ainda parece ser uma demanda nos dias atuais. Para Bittencourt e Machado (2022), o estímulo ao protagonismo juvenil é essencial para que os adolescentes possam encontrar ferramentas para desenvolver a habilidade de gerir e realizar suas escolhas, diante dos riscos e dos impactos do uso de SPA em suas vidas.

Como se não bastasse a problemática das internações, a situação se complica com a intervenção do judiciário. De acordo com Guareschi, Lara e Ecker (2016), após a conclusão do “tratamento”, os adolescentes retornam para os mesmos contextos de vulnerabilidade, recebendo apenas medicação, as comunidades terapêuticas e os serviços de saúde mental como próximos percursos e projetos de vida. O procedimento de internação compulsória, somado à classe diagnóstica que a legitima é imposta ao adolescente, passa a gerir o cotidiano desses jovens, no momento em que os reconhece como sujeitos que necessitam de um acompanhamento especializado para que possam circular livremente, em virtude de uma suposta “doença” que estaria presente em seus corpos (GUARESCHI; LARA; ECKER, 2016).

Outro aspecto importante, e também verificado no presente estudo, é que o processo de internação ocorreu principalmente por terceiros (familiares, profissionais de serviços de saúde e judiciário). Deste modo, a internação de adolescentes sob a prerrogativa de cuidado e proteção social se mostra inconsistente, uma vez que após a alta esses adolescentes retornarão para o mesmo contexto. Ao que parece, a internação parece ser uma alternativa de tratamento pontual, em que predomina a visão reducionista, moralista, que desconsidera a singularidade dos sujeitos, e fere o direito à liberdade, dignidade, cultura, convivência familiar, comunitária previstos no ECA (BRASIL, 1990). Ademais, destaca-se que não há a construção de um PTS, pensado no cuidado pós-alta para a continuação do cuidado na RAPS, dificultando o itinerário

terapêutico que o adolescente deveria percorrer. Em suma, esse circuito acaba direcionando o adolescente para determinados percursos de vida, regidos conforme as necessidades econômicas, e amparadas sob o argumento do cuidado.

A constituição de uma rede de serviços integral atuante nos casos de crise ainda carece de investimentos. A falta de comunicação entre os serviços de atenção, o baixo número de CAPS III, déficits de equipes, entre outras questões, têm contribuído para que o hospital continue aberto e seja a resolução dessas dificuldades (ROQUETTE, 2019).

Importa indicar que apenas um dos adolescentes pediu pelo tratamento. Tanto na internação, quanto na chegada ao CAPSad, os adolescentes não pareciam ter qualquer participação, ciência, ou anuência do que estava proposto para o seu cuidado. Outra dimensão que chama a atenção é que para parte dos adolescentes a última internação não foi a primeira experiência de internação. Estes iniciaram o uso de SPA muito precocemente, e para parte deles a passagem por ambos os serviços se repete.

Verifica-se que para dois dos adolescentes houve apenas uma experiência de internação psiquiátrica, e para os outros dois, houveram 3 experiências de internação. Esses resultados são semelhantes ao encontrado na pesquisa de Bumbel (2018), que objetivou caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico de 46 adolescentes internadas em uma unidade de saúde mental, sendo verificado que 56,5% (26) das adolescentes tiveram apenas uma internação, e 43,5% (20) vivenciaram mais de uma.

Do mesmo modo, o percurso dos adolescentes nas internações também se reproduz para dois de nossos participantes, o que indica que, de alguma forma, esse “cuidado” não está sendo resolutivo, e apresenta, inclusive, características de um itinerário perverso. Perverso porque se coloca como dispositivo de tratamento, mas que, em suma, não responde ao que se propõe. Ana, por exemplo, refere fazer uso de SPA desde os 12 anos, e menciona já ter passado por 3 internações. De modo semelhante, outros estudos indicam a passagem de adolescentes por várias internações, inserções e reinserções (REIS; GUARESCHI, 2016; ROCHA; SILVA; ASENSI, 2018; SCILESKI; MARASCHIN, 2008).

#### 5.2.1.2 Finalmente me dei conta de que eu precisava de tratamento

A identificação da necessidade de ajuda foi citada por três participantes, após a perda de controle do consumo de SPA, com a ocorrência de sintomas psíquicos e físicos graves, conforme citado por Luiz e Ana. Aparentemente, o fato de os adolescentes ultrapassarem o

limite do consumo de SPA, frente à possibilidade de morte, resultou no reconhecimento da demanda por tratamento.

*“Quando eu comecei a ter as minhas crises. Comecei...porque assim, ainda mais quando eu tava na cocaína [...] Depois que eu tive minha primeira crise que eu achei que eu ia morrer, entendeu, eu falei pô, eu tenho que parar com isso, porque só pode ser isso [...] Eu já tive uma overdose de cocaína, meu nariz sangrou bastante, e...eu fiquei muito, fiquei muito, como eu posso dizer, taquicardia, aquela coisa ruim...fui parar até no hospital.” (Luiz).*

*“Ah...eu tive uma overdose né, aí foi quando eu realmente percebi que eu tava precisando de ajuda” (Ana).*

*“Porque eu não queria comprar...aí tava difícil, eu não tava conseguindo mais dormir, não tava conseguindo prestar atenção em mais nada...” (Vitor).*

A literatura reforça as considerações aqui apresentadas, ao destacar que os principais motivos que conduzem o adolescente ao tratamento são: furto, venda de pertences da casa, ser preso, fazer uso de drogas, recaída, fugir de casa e permanecer em situação de rua, situações de crise/surto, envolvimento com tráfico, estar sendo perseguido, contrair dívidas, exposição a situações de risco, envolvimento em brigas e conflitos, e comportamento agressivo (Ribeiro *et al.*, 2019a). O estudo de McCann *et al.* (2016), pesquisa australiana sobre identificação de barreiras e facilitadores para busca de ajuda para jovens que fazem uso prejudicial de drogas, revelou que entre os jovens era comum descartar os primeiros sinais de problemas relacionados ao álcool e procurar ajuda apenas quando os problemas se agravavam.

Vitor, apesar de sofrer com as consequências físicas do consumo de drogas, associou o momento da percepção de que precisava de ajuda, também, à própria dificuldade de ficar sem a substância, conforme descrito em seu relato:

*“Ah, meu irmão me deu 10 real pra eu comprar, eu falei, mas eu preciso disso pra ser feliz? Ai eu não, queria mais...ser feliz por causa disso. Ai deu gatilho, eu quis parar. Foi a dificuldade de ficar sem mesmo (Vitor).*

Apenas João associou a procura por ajuda aos conflitos familiares, conforme observado em seu discurso:

*“Quando eu briguei com o meu pai” (João).*

### 5.2.1.3 Experiências na internação e CAPSad

#### 5.2.1.3.1 Internação

Um aspecto comum evidenciado pelos adolescentes ao abordarem sobre a experiência da internação foi a forte demarcação da rotina de tarefas e a ausência de atividades significativas ao longo dos dias. A homogeneidade da rotina durante as internações foi citada especialmente nos horários das refeições, das medicações, e alguns atendimentos profissionais. Nota-se no discurso dos adolescentes a ausência de atividades apreciadas e específicas para esse público e, a não compreensão do significado e importância do tratamento, conforme exemplificado por Ana e Vitor. Destaca-se que os adolescentes não expressaram se essa rotina ajudava, no máximo, houve a descrição dos atendimentos que eram feitos.

*“A gente acordava, e... tinha o café da manhã às oito horas, depois tinha, dessa última internação, tinha a terapia ocupacional, depois tinha o almoço que era às onze horas, depois tinha café da tarde que era às três horas, depois tinha janta às cinco e a ceia a noite, que era às oito. Tinha o... tinha o educador físico, que era o... e...ai meu deus... [...] T.O, educador físico, atendimento com a psicóloga, atendimento com a assistente social” (Ana).*

*“Eu acordava de manhã, arrumava minha cama, escovava o dente, aí eu tomava o remédio. Aí eu ficava lendo até dar o horário...do almoço. Tomava banho depois do almoço. E a tarde, tomava café da tarde, e a noite eu tomava remédio. Aí tinha o café da noite, e dormir. [...] Era o... era um grupinho de...as vezes era de conversa, as vezes era de fazer uma receita por exemplo, de desenhar, pintar...eles sempre faziam uma dinâmica pra... pra gente lá” (Vitor).*

Um aspecto importante pontuado por Luiz é que, durante sua permanência na internação, fez uso de SPA, conforme observado abaixo:

*“Porque ali a droga tava envolvida, entendeu. Então...não é só porque eu estava dentro de um hospital psiquiátrico que não vai ter droga lá dentro...vai ter! [...]” (Luiz).*

*“[...] o local em si, as pessoas, os enfermeiros...em relação aos enfermeiros, eles são bem gente boa...mas assim... algumas coisas, nem todos os enfermeiros tinham a mesma cabeça sabe...Alguns até levavam droga pra nós lá dentro...eu...acho que não seria relevante falar o enfermeiro que fazia isso, mas...geralmente acontecia (Luiz).*

É, no mínimo, preocupante pensar que o uso de drogas seja acessível em uma instituição que se propõe à abstinência total através do isolamento. Conforme o diálogo de Luiz, é possível perceber que situações de negligência e de falta de segurança se fazem frequentes nas internações, e se tornam ainda mais graves quando associadas à prática de profissionais que se propõe ao cuidado. O discurso de Luiz parece denunciar práticas criminosas por parte dos profissionais e, também, possivelmente negligência da instituição, evidenciando a necessidade de repudiar toda e qualquer tentativa de retorno das instituições totais.

Tal situação, embora em outros aspectos, foi observada na pesquisa de Ely *et al.* (2014), que objetivou compreender os significados da internação psiquiátrica para usuários de um CAPS. Quanto à percepção sobre a equipe de saúde, a ausência de escuta, mesmo quando essa

era uma demanda, e outras situações de ameaças, chacota, desrespeito, repressão e abuso de autoridade por parte dos profissionais foram citados pelos pacientes.

Sobre as dificuldades vivenciadas no período de internação, o distanciamento familiar foi citado por todos os adolescentes.

*“Ah, saudade. Saudade tipo da família [...]” (Luiz).*

Outro desafio relatado foi a sensação de confinamento, assim como situações de falta de segurança e a agressividade de alguns internos:

*“[...] Na ala dos adultos...é lá que acontecia as visitas né. Então era um clima agradável, eu saía um pouco de lá de dentro, que era a ala dois, aí eu tipo assim... porque sai só do quarto pro refeitório e do refeitório também...é meio complicado” (Luiz).*

*“O simples fato de estar lá. Ah, porque você tá privado da sua liberdade [...]” (João).*

A ambivalência de sentimentos durante a internação foi verificada no discurso dos adolescentes.

Verificou-se desconforto pela sensação de aprisionamento e falta de liberdade, entretanto, para Luiz, o confinamento foi permeado por sentimentos ambivalentes, quando este fala sobre como era agradável sair de dentro da ala, ainda que isso não atingisse o ambiente extra-hospitalar. Tal resultado se assemelha ao encontrado na pesquisa de Ely *et al.* (2014), em que, ao se referir às internações psiquiátricas, os pacientes relatam sentimentos ambíguos, como tristeza e alegria, e aprisionamento e liberdade.

Sentimentos semelhantes foram observados nas pesquisas de Camargo e Oliveira (2009) e de Cruz (2019), que procuraram identificar a percepção de pacientes internados em uma ala psiquiátrica de um hospital geral sobre o tratamento recebido. Os estudos demonstram que sentimentos como sofrimento, angústia e sentir-se acuado, aprisionado e aflito foram relatados pelos internos durante a hospitalização. As restrições ambientais assemelhadas a uma prisão também se configuraram como um aspecto negativo.

Tais constatações vão na contramão dos pressupostos da atenção psicossocial. Deste modo, torna-se necessário urgentemente romper com as tradicionais formas de tratamento baseadas no isolamento e segregação. Para a realização de um cuidado efetivo é preciso reconhecer o outro em sua liberdade, dignidade e singularidade. Conforme reforçado por Ferreira, Souza e Gomes (2017), o ato de cuidar apresenta como principal função a defesa pela

vida, o exercício da cidadania e o pertencimento/participação na comunidade, dimensões essas impossíveis de serem contempladas em um tratamento baseado no confinamento.

*“E... lá assim, se...lá tinha uma regra. Quem não cumprisse essa regra, levava o salve. O que que é o salve...geralmente alguém fica de campana na porta, e fica 2 ou 3 no banheiro, geralmente fica o Jet, o Jet seria a pessoa que ta ali para botar a ordem no lugar, e os disciplina, disciplina, primeira voz, segunda voz, essas gracinha toda ai...ai você fica no banheiro, você tem que ficar com a mão para trás, se colocar a mão para frente é pior, e eles...foi uma vez que...eles falaram para mim ajudar eles a pular o muro, que eles queriam buscar maconha e lança, e tipo...eu cai, cai feio, e tipo, perdi um pouco a consciência ainda, mas isso não foi motivo para eu ir no banheiro e levar 100 murros na caixa do peito. Foram cem. E eles conta, por isso que eu sei que foi cem murros. Porque eles...é... tipo, é 10 de cada...e... vai revisando, até chegar a cem. Já aconteceu mais de uma vez, foram duas na verdade...eu...era ameaçado né [...] eles queria botar ordem, queria sentir o poder, sabe...e essa galera...se você fizesse alguma coisa contra o que elas pregavam, você...simplesmente apanhava [...] de verdade...era tipo...tipo, na cadeia eles falam que é a lei do cão, era semelhante lá na internação.” (Luiz).*

Destaca-se, ainda, no discurso de Luiz sobre a situação de internação, a presença de práticas, termos (salve, disciplina, Jet) e princípios advindos do mundo do tráfico, e que envolvem violência e disciplina particular (BIONDI, 2018).

As experiências de violência vividas por Luiz se assemelham às normas de conduta do PCC (Primeiro Comando da Capital). Termos semelhantes foram verificados na pesquisa de Ribeiro, Oliveira e Bastos (2019), que descreveram a sociabilidade prisional no sistema penitenciário. A pesquisa demonstra que “irmãos” e “companheiros” se relacionam nos pavilhões do PCC a partir da imposição de rígidas regras de disciplina impostas pela facção, e, portanto, torna-se inevitável a punição imediata para qualquer desvio de conduta.

Os “Jets” e os “disciplinas” são instâncias responsáveis pela manutenção da organização e da ordem interna. A função dos “disciplinas” é o ensinamento das normas do estatuto do PCC, além de serem responsáveis pela vigilância e fiscalização do comportamento dos presos. Nesse contexto Ribeiro, Oliveira e Bastos (2019, p.228) afirmam:

Quando situações de indisciplina (trocas entre os internos, dívidas de drogas, brigas, discussões etc.) surgem ou são detectadas na convivência, os integrantes do grupo da disciplina chamam os envolvidos, solicitam a elaboração de relatórios sobre o caso de cada uma das partes (acusação e defesa) e, por fim, enviam os relatórios para os “Jets” analisarem e convocarem as partes para o “julgamento” do caso dependendo da gravidade do fato (RIBEIRO; OLIVEIRA; BASTOS, 2019, p. 228).

Conforme observado, apesar do presente estudo não tratar do sistema prisional, e sim de uma unidade de internação psiquiátrica, compreende-se que ao menos as denominações relativas ao mundo do tráfico estiveram presentes na situação de internação de um dos adolescentes e, ainda mais relevante, vale ressaltar que esses jovens deveriam estar sob

resguardo de uma instituição de saúde, mas que, como visto, isso não lhes garantiu segurança e proteção, não havendo responsabilização da instituição por essas situações de violência e omissão.

A seguir, em outra dimensão, Luiz apresenta uma reflexão, uma espécie de autocrítica sobre seus comportamentos na internação. No entanto, nestes relatos, é como se as críticas alcançassem apenas a ele próprio e aos outros adolescentes envolvidos na situação, e não há uma responsabilização da instituição nestes acontecimentos.

*“Eu cometi falhas...tem uma época que eu combinei com os garotos, o M., mas não era o M. P., era o japa, e o pedrinha...não, era o...não, era o...o apelido dele era feinho, o D., ai nois pegou e o G. levou nois pro campo né, e eles foi, pulou o muro, e foi na biqueira né, e pegou duas paranga de maconha, nois trouxe pra dentro da internação, e lá nois fez o uso [...] Nois também levou uma HAF, basicamente é haldol, fenergan e prometazina, aquilo chapa pra caramba, você fica 2 dias dormindo, só acorda pra almoçar, jantar...sabe...merecido, pelo que eu fiz, poderia ter sido pior né, poderia ter sido pior. E também, a minha pena, tipo assim, pena... ela foi aumentada sabe...era pra mim ter saído antes, eu não sai por conta disso daí, que ficou no meu prontuário, e fiquei um tempo a mais.” (Luiz).*

Conforme mencionado anteriormente, a pesquisa de Ely *et al.* (2014) procurou compreender o significado da internação psiquiátrica para pacientes em acompanhamento no CAPS. De acordo com o relato dos pesquisadores, a dominação dos corpos como objeto da relação de poder estabelecida, muitas vezes pelos profissionais e pelo corpo da instituição, torna-se evidente na rotina hospitalar. A vigilância constante e o abuso de condutas tidas como “cuidado”, como exemplo as contenções e medicalizações, se assemelham ao relato de Luiz, que, apesar de não ter sido contido, foi medicado para dormir, após cometimento de ato impensado. O aumento do período de internação também reforça a ideia da punição por comportamentos tidos como “inadequados”.

Nesse sentido, Guareschi, Lara, Ecker (2016) fazem importantes constatações demonstrando a necessidade de romper com os discursos consolidados sobre a criminalização ao uso de drogas, e a vigilância sobre os adolescentes (especialmente os pobres e moradores de rua), sobre as configurações familiares tradicionais, e sobre as formas de higiene, comportamentos e valores, que se apresentam como rachaduras, para que outras formas de cuidado sejam pensadas.

Conforme já mencionado, a resolução nº 8 de 14 de agosto de 2019 (BRASIL, 2019b), vem para se opor à Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019 (BRASIL, 2019a) que acaba por retroceder décadas ao prescrever internações involuntárias como estratégia central no cuidado aos usuários de drogas, como outras medidas retrógradas com prejuízo de experiências exitosas

e avanços técnico-científicos; descaracterizando os agentes fiscalizadores, a participação da sociedade e reduzindo os recursos/estratégias direcionados a inclusão social, trabalho e geração de renda.

De acordo com essa resolução (BRASIL, 2019b) a assistência em saúde mental e seus dispositivos devem garantir acesso a cuidados sem qualquer forma de violação dos direitos humanos, abolindo tratamentos cruéis e degradantes, maus tratos, contenções físicas e químicas, perda de direitos civis, ou que estimulem a discriminação, o preconceito e o estigma. Mas, na contramão do proposto por este marco, na cotidianidade do sistema ainda se verificam tais práticas nas internações, conforme mencionadas por Luiz.

O período de permanência na instituição se configurou como um aspecto negativo para Ana:

*“Acho que o tempo que a gente fica lá. Eu acho que é muito demorado né” (Ana).*

Conforme observado, passadas quase duas décadas das discussões sobre a desassistência e a inexistência de políticas públicas efetivas às crianças e adolescentes, sobre o processo histórico de controle social, e do predomínio de uma mentalidade punitiva e tutelar, realizadas no Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil, o cenário de desassistência ainda se mantém. Todas as situações vivenciadas no processo de internação psiquiátrica dos adolescentes da presente pesquisa apontam para a ineficácia das ações de “cuidado” ainda baseadas na lógica segregativa, e com a presença de práticas punitivas e coercitivas em que predomina a imposição de condutas. Tais situações evidenciam um cuidado desumano, institucionalizante, fragilizado e irresoluto, em que predomina a ausência de garantia de direitos, presentes na Declaração Nacional dos Direitos Humanos e no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Nesse sentido, vale destacar, segundo a VIII Reunião Extraordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil (BRASIL, 2014), que a recomendação para o período de internação, que não deve exceder o prazo de 45 dias, via de regra, não foi empregada para os adolescentes deste estudo, uma vez que na última internação Luiz permaneceu por 4 meses, João por 2 meses, Ana por 3 meses e Vitor, único internado em hospital geral com leito psiquiátrico, permaneceu 1 mês.

Luiz citou a convivência com pessoas com sintomas psicóticos como fator que influencia seu equilíbrio e lucidez.

*“É... a convivência com os garotos né...eu convivia com bastante gente psicótica. O que é difícil porque...você vê a pessoa naquele estado...você querendo ou não você perde um pouco da sua sanidade...[...]” (Luiz).*

Sobre as contribuições das internações, os adolescentes relataram que o ambiente hospitalar foi percebido como meio para cumprimento de pena, atingir a desintoxicação, reconhecer a necessidade de ajuda e os danos associados ao consumo de SPA.

*“Ah, ela me ajudou a perceber que eu não tenho que voltar mais pra lá, porque, assim, eu aprendi, muita coisa lá foi um aprendizado, foi uma coisa que...eu fiz errada e eu tive que pagar por aquilo, então hoje eu to com a cara limpa [...]” (Luiz)*

*“Ajudou a compreender que eu tenho...preciso de ajuda. Que sozinha eu não vou conseguir...” (Ana).*

*“Um...me ajudou em...parar de usar, não ter uso de droga. Ah, no sentido bom né, porque eu cheguei lá, é... totalmente...assim... sobre efeito de...sobre efeito dessas substância. Sobre total domínio dela. Então eu...eu que...eu fui submetido a esse tratamento pra ver se parava. Graças a deus consegui parar” (João).*

*“Ah, me ajudou a centralizar meus pensamentos né...porque eu tava bem confuso, aí...ajudou a cair a ficha também né, porque...mesmo depois de ter surtado eu ainda tava sentindo a falta da droga. Aí me ajudou a perceber que não tava fazendo bem pra mim” (Vitor).*

A pesquisa de Araújo (2018) objetivou compreender como os sentidos sobre a internação involuntária ou compulsória dos usuários de SPA foram construídos com seus familiares. Dentre os resultados, verifica-se que a internação involuntária foi procurada pelos familiares como um recurso capaz de educar os usuários, visto que estes se manteriam abstinentes a fim de evitar outra hospitalização. Devido ao contexto progressivo do uso abusivo de SPA, as internações involuntárias foram vistas como forma de conseguir abstinência imediata. Para os membros familiares, a internação também foi vista como uma forma de cuidar dos usuários, buscando eliminar características que levam a maior estigmatização destes, como a falta de higiene, associada às pessoas que vivem em situação de rua. De modo semelhante as internações foram vistas como um alívio para os familiares, pois ofereceram aos usuários um período sem uso de SPA, visto que os familiares ficaram sobrecarregados pelas situações de conflito com eles. O tempo de internação também permitiu que a família se reorganizasse minimamente.

A perspectiva da internação compreendida como aprendizado através da punição, conforme aborda Araújo (2018), parece estar presente na fala de Luiz, quando este associa que, com a internação, pagou por todas as suas violações, logo, não precisaria mais retornar para a internação.

Ao relatar suas percepções sobre o que não era bom nas internações, Luiz e Ana fazem recomendações, conforme observado nos relatos:

*“Eles podiam zelar mais. Zelar mais pelo...pelo...ainda mais que os adolescentes tão praticando lá dentre eles. Porque eles faziam muitas coisas erradas [...] tem enfermeiro que passa muito pano. Fala, ah esse muleque vacilão, já vi, já presenciei, pode pegar ele, eu fico de campana [...] Os enfermeiros deviam ficar ali, mais de olho, mais atento, sabe...porque ali tem drogas, eu tenho certeza, ali tem gente apanhando, gente sofrendo, ali tem gente querendo se matar” (Luiz).*

*“Ajuda mais...emocional...faltou bastante. Faltou tipo um ombro amigo, uma pessoa que tenha passado pelo mesmo que eu passei. Porque parecia que ninguém lá tinha depressão, só eu” (Luiz).*

*“Eu acho que podia ter mais atividades durante a semana” (Ana).*

O discurso moral torna a pessoa que faz uso prejudicial de drogas objeto de controle disciplinar durante a internação (Araújo, 2018). A título de exemplo, é possível citar as situações de negligência e violência praticadas pelos próprios responsáveis pela assistência, observadas principalmente em hospitais psiquiátricos e outras instituições fechadas. Nesse contexto, semelhante à fala de Luiz, a literatura revela situações abusivas e desumanas de profissionais para com os sujeitos do cuidado, visto que alguns dos entrevistados denunciaram a prática de atos/conduitas de ridicularização e supressão/controlamento/silenciamento dos pacientes por parte dos profissionais, e a utilização de medicalização, contenção/amarração, e até agressões físicas frente aos sujeitos do cuidado (ARAÚJO, 2018; MELO, 2016; MESSIAS; MARTINS; CASTRO, 2020; ROCHA; SILVA; ASENSI, 2018).

Deste modo, é imprescindível a reavaliação do exercício de tutela sobre jovens, de modo que esta não se reduza a uma tutela integral de controle da mente, das ações e das vontades. É preciso diferenciar cuidado necessário de tutela que anula essas pessoas. A linha entre cuidado e controle é tênue, e pode gerar implicações perigosas (COUTO, 2001).

Quando questionados sobre outras formas de ajuda que poderiam ser ofertadas nas internações, três dos adolescentes consideraram que toda a assistência recebida na internação psiquiátrica foi suficiente naquele momento, embora em outros momentos tenham relatado aspectos que poderiam ser melhorados. Ao que parece, no relato dos adolescentes não há uma compreensão ou análise crítica acerca da real efetividade e adequação das internações.

*“Ah, acho que nenhuma porque eles ajudaram de todas as formas né....” (Ana).*

*“Ah, pra mim...já bastou tudo aquilo lá, porque até agora eu to limpo, então...” (João).*

*“Ah...foi tudo bem...bem certo. Eu recebi todo tipo de ajudas. Sempre tinha com quem conversar. Porque eu tinha os enfermeiros, caso precisasse, as psicólogas, ficava a tarde...o dia inteiro...a tarde inteira lá. De manhã*

*tinha medica então...eu sempre tinha com quem conversar...eu até cansava (risos). Ai...não tinha nada que eu precisasse” (Vitor).*

Analisando as sugestões dos entrevistados, apresentadas abaixo, três dos adolescentes demonstraram concordância quanto às propostas para melhora da assistência nas internações e corroboram as falas sobre a necessidade de atividades significativas e de melhoria da infraestrutura. Os aspectos mais citados foram a necessidade de entretenimento e melhorias no espaço físico, conforme relatos:

*“Entendeu...e o espaço fosse mais amplo, entendeu, que tivesse mais atividades, porque lá, assim... lá nois tinha as atividades..., mas a maioria delas não agradava muito os outros...tipo...lá tinha mesa de ping pong, mas nem todo mundo gostava de jogar ping pong, tinha truco, mas nem todo mundo gosta de truco e tudo mais. Trazer atividades novas, coisas novas, sabe...” (Luiz).*

*“Tenho. Ah podia mudar mais a estalação, o modo de..do tratamento, ele podia ter mais coisa pra se...se distrair. é...te mais coisa pra...esquecer da droga” (João).*

*“Ah, mais entretenimento...seria bom...porque lá só tinha uma televisãozinha que a pessoa.... povo assistia novela à noite. Mais jogos seria legal também, porque lá tinha 3 jogos só, mais jogos de tabuleiro também seria legal...mais entretenimento em geral mesmo...porque...fica lá o dia inteiro é meio chato” (Vitor).*

Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Camargo e Oliveira (2009), ao analisarem as percepções de pacientes internados sobre o tratamento recebido, em que a falta de atividades, a ociosidade, o local pouco espaçoso, a presença de grades e a rigidez nos horários de dormir se constituíram como aspectos negativos. Sugestões para melhoria do local, atividades físicas, passeios, caminhadas, atividades artesanais e maior entretenimento de forma geral também foram realizadas pelos pacientes, de forma a contribuir para melhora da assistência prestada. Na mesma direção, a pesquisa de Cruz (2019) procurou analisar a experiência de adultos jovens com a primeira internação psiquiátrica, e identificou que a ausência de atividades e a falta de recursos materiais gerava sensação de inutilidade e angústia para os usuários.

Outro aspecto explorado pelos adolescentes sobre o que poderia ajudar as pessoas que saem da internação foi a obrigatoriedade de suporte psicológico e familiar, autoconsciência de dano associado ao uso de SPA e a construção de uma nova rotina.

*“Olha, uma atenção por parte dos familiares e dos psicólogos. Teria que, nem que fosse obrigatório, entendeu? Por parte dos familiares, fica zelando pela saúde mental dos filhos. Saúde Mental e tudo mais, porque muita gente sai de lá pior, entendeu? Pessoal vai pra lá sendo obrigado...não é culpa da instituição em si, é culpa da pessoa que não quer mudar. Eu fui um caso, eu sou um exemplo vivo disso...” (Luiz).*

*“Um...acho que atendimento com o psicólogo.... É uma ajuda emocional né...” (Ana).*

*“Ah, tenho. Ajudar as pessoas né...é... que as pessoas caiam em si que isso aí não é bom, que isso aí só destrói a vida da gente, é bom também a pessoa perceber que isso aí não vai levar a nada” (João).*

*“Ah...procurar uma rotina né, continuar uma rotina, porque lá eles criam uma rotina pra você, aí você continuar a rotina seria bem interessante né, porque ajuda a não ficar surtado” (Vitor).*

Mesmo sem ter conhecimento sobre PTS e atenção psicossocial, os adolescentes apontam para a necessidade de continuidade do cuidado envolvendo todos os atores, e enfatizam aspectos que consideram importantes ferramentas de cuidado, que visivelmente não estiveram presentes em seu tratamento, como escuta, acolhimento, atividades significativas, presença/acompanhamento dos familiares, autonomia em suas possibilidades de escolhas, espaços de trocas sociais em que fosse possível expressar a singularidade e sentir-se pertencido aos espaços coletivos; enfim, ser protagonista.

Em conformidade com a observação de Luiz, a pesquisa de Messias, Martins e Castro (2020) aponta para a necessidade da família assumir papel de corresponsável pelo cuidado e pela promoção de saúde de seus membros, juntamente aos serviços de saúde, uma vez que esta carrega suas experiências e modos de conceber a vida, que influenciam na forma de lidar com o sofrimento de seus membros.

Deste modo, torna-se nítido, para Luiz, a carência de suporte familiar no cuidado, e o quanto a família constitui um alicerce na vida desse jovem. Um fator que pode explicar a carência desse suporte é a possibilidade que após a alta das internações, as famílias supostamente acreditam que os adolescentes estão “curados”, logo não pensam sobre a necessidade de atenção e acompanhamento destes adolescentes. Assim, aponta-se a relevância de que na rotina dos serviços, sejam desenvolvidas ações que contemplem não apenas o adolescente, como também seus familiares.

Considerando as recomendações de todas as edições dos Fóruns Nacionais de Saúde Mental Infanto-juvenis, e nitidamente os fracassos de modelos de cuidado de características asilares, baseados na exclusão do convívio social e familiar, ainda nos surpreendemos com inúmeros casos de violação aos direitos, também estampados nas trajetórias dos quatro participantes da presente pesquisa, em que persiste a ausência do cuidado em rede, a manutenção de serviços de atenção psicossocial atuando sob a perspectiva da abstinência total, sem embasamento científico, a predominância, sobretudo, das internações como recurso excludente, punitivo e que desconsidera a autonomia, a singularidade e os interesses dos sujeitos. A começar pela indicativa de internação, que é considerada como último recurso a ser

empregado no caso de adolescentes, caso todos os outros recursos extra hospitalares se mostrem ausentes (BRASIL, 2001).

Os adolescentes deste estudo sinalizam que a internação foi adotada prioritariamente, sem sequer serem discutidas outras possibilidades de intervenção para o manejo de suas necessidades. Apesar do caráter dúbio das internações, ainda que estejam previstas na Lei, salienta-se que estas devem ocorrer preferencialmente em leitos psiquiátricos de hospitais gerais, o que se mostra incoerente com a realidade desta pesquisa, em que três dos participantes foram internados em hospitais psiquiátricos.

Considerando-se o caráter vigilante das internações psiquiátricas, sendo comumente uma das principais justificativas para o tratamento devido ao uso de SPA, em que se consiga afastar o sujeito do contexto de risco iminente, faz-se necessário, considerar a capacidade de outros dispositivos de realizar essa função, à contar pelos CAPSad III, dispositivos que permitem o acompanhamento de crianças, adolescentes e adultos usuários de SPA, 24 horas por dia, inclusive aos feriados, no período de 14 a 30 dias, com o propósito de oferecer desintoxicação, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2012).

#### 5.2.1.3.2 CAPSad

Em relação ao acompanhamento no CAPSad, a perspectiva trazida por Luiz, quando este relata sobre a rotina no serviço, demonstra maior detalhamento das atividades. Desta forma é possível identificar os conteúdos trabalhados nos atendimentos.

*“[...] Então o que que nois fazia...terça feira era culinária, quarta feira era...como eu posso dizer...era...geralmente era uma atividade, geralmente nois ia pra biblioteca, nois...sabe, nois fazia atividades assim. Quinta feira nois... nois fazia algumas atividades relacionadas a como estamos nos sentindo sabe...meu eu interior sabe...atividades desse...pra ver como tava o emocional da pessoa e tudo mais, e sexta feira era o ateliê e a meditação” (Luiz).*

*“Só segunda-feira. Atendimento com psicólogo. No momento não né, por causa da pandemia. Só que antes tinha os grupos né. Ah...voce escolhia o que voce queria fazer, se era cozinhar, ou horta, essas coisas” (Ana).*

*“Ah, o atendimento com o... psicólogo. Tem o psiquiatra...que vê, que dá ordem...se tira o remédio, ou dá mais remédio, ou faz a receita, renova (João).*

*“Não tem atividade [...]Ah, a psicóloga e a médica (Vitor).*

Conforme observado no discurso dos adolescentes Luiz, Ana e João, verifica-se que estes participavam dos atendimentos no mesmo CAPS, entretanto, devido à pandemia houve

ruptura na rotina de atendimentos e atividades, apesar de, em momentos anteriores, estes relataram já terem participado de uma maior variedade de atividades. Vitor, único adolescente que frequenta o CAPSad do município B, refere não ter nenhuma atividade na unidade, em que havia apenas consulta médica e atendimento psicológico.

Luiz também conta sobre sua dificuldade em cessar o uso de SPA, conforme observado em seu discurso:

*“Eu gostava de vim aqui...mas depois que eu saia daqui, eu ia usar droga, junto com os outros que vinham aqui, então, era a mesma coisa que nada...você vinha pro CAPS, um lugar que.. né...ali eles te auxiliam, eles te falam e tudo mais...eles te dão o papo, só que você, depois que sai, é de uma outra maneira que você age, você não age aqui, como você age lá. Entendeu...” (Luiz).*

A partir das falas de Luiz, é possível compreender que ele via benefícios e gostava de estar no CAPSad e nas atividades, porém, havia um incômodo ao identificar que fora do CAPSad ele retornava à rotina e ao uso de substâncias, como se ficasse culpado e só houvesse sentido em estar no CAPSad se ele fosse capaz de se manter abstinente. Para Jucá (2019), a resposta e o enfrentamento ao sofrimento mental não parecem residir em um modelo neopositivista e neoliberal que faz recair sobre o próprio sujeito a responsabilidade única por seu mal-estar.

A partir das falas dos participantes, não foi possível identificar se o serviço adotava os pressupostos da abstinência ou da RD, no entanto, aponta-se que poderia ser benéfico abordar sobre estes pressupostos e sobre a realidade e dificuldades no percurso de enfrentamento relativo ao uso de substâncias com os próprios adolescentes em processo de cuidado no CAPSad.

Sabe-se que a Rede de Atenção Psicossocial estabelece pontos de atenção para o atendimento de pessoas com necessidades de cuidado em saúde mental. Dentre suas ferramentas, se encontra a RD, caracterizada como recurso potente para a construção de vínculos essenciais para o cuidado, que, de outra forma, poderia ser inviável, principalmente no caso de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade (LIMA *et al.*, 2018). Tal estratégia se revela importante devido à dificuldade dos adolescentes que fazem uso prejudicial de SPA permanecerem nos serviços de cuidado contínuo, fazendo-se necessário adaptar o cuidado para essa demanda (PASSETTI; GODLEY; KAMINER, 2016).

Quanto à noção de dano, é importante destacar que este não se refere apenas ao uso da substância, mas também às desvantagens sociais, biológicas, psicológicas e familiares (ARAÚJO; SILVA; OLIVEIRA, 2013). Assim, é preciso compreender que o cuidado

fundamentado na RD pressupõe considerar o interesse e o envolvimento do adolescente nesse processo (TRISTÃO; AVELLAR, 2019).

Tendo em conta a complexidade envolvida nos processos de cuidado, torna-se necessário que a atenção dirigida ao adolescente ultrapasse o olhar exclusivamente ao uso da droga (sem deixar de reconhecê-lo), mas que implique também em considerar outros contextos envolvidos na experiência (TRISTÃO; AVELLAR, 2019).

Além do já exposto, torna-se necessária a proposição de supervisões técnico-institucionais, além da realização de ações de educação continuada para os profissionais do serviço, com foco na redução de danos, considerando sua evidência científica comprovada enquanto estratégia potente no cuidado de pessoas em uso prejudicial de drogas. Enfatiza-se também que ações de capacitação podem constituir uma importante ferramenta de atualização profissional, de reflexão sobre a prática, de proporcionar campo fértil para planejamento e desenvolvimento de novos modos de cuidar e de maiores estratégias de ação (COSTA *et al.*, 2017).

Sobre as atividades propostas no serviço, Luiz conta sobre sua dificuldade na realização de atividades manuais, devido à sua condição física no momento dos atendimentos, conforme seu relato:

*“Hum...ateliê...na época eu tava meio lesadinho...ateliê não era comigo, entendeu...tinha que pegar, enrolar, dar nó, entendeu? Era uma atividade que exigia muito da minha coordenação, e como eu vinha pra cá sob efeito de droga, era difícil” (Luiz).*

Ana referiu não gostar de nenhuma, diferentemente dos outros participantes, e ainda contesta a abordagem durante alguns atendimentos.

*“Ah, não gosto não. Ah porque...eles ficam mandando eu fazer as coisas que é pra fazer e eu não gosto que as pessoas mandem em mim” (Ana).*

O discurso de Ana, apesar de diferir dos demais participantes, é de grande relevância, pois revela seu desconforto pela percepção de que em algum momento se sentiu obrigada a fazer algo que lhe foi proposto. Assim, a mudança de abordagem comunicativa por parte da equipe, no sentido de promover maior aproximação com esses adolescentes, pode contribuir efetivamente para maior permanência e satisfação do grupo com o serviço prestado. Destaca-se, também, a importância de ampliar as possibilidades de escolha dos pacientes frente às atividades propostas, de modo que estes se sintam valorizados e capazes de participar das

decisões de seu próprio cuidado. A proposição de atividades significativas pode favorecer a aproximação com o sujeito, com seu modo de pensar e viver, facilitando a adesão.

Nessa mesma direção, a pesquisa de Saberi *et al.* (2020) realizada com jovens portadores de HIV, procurando descobrir características de uma intervenção promissora para lidar com uso de substâncias, verificou que os jovens relataram que estabelecer um relacionamento conectado e consistente com profissionais foi essencial para sua satisfação e uso contínuo dos serviços.

Vários jovens ecoaram o desejo de um terapeuta que fosse genuíno, responsivo, que fornecesse respostas singulares (que levassem em conta as particularidades de cada caso) e que fizesse as sessões parecerem uma conversa com um amigo membro da família. Do mesmo modo, os jovens rapidamente se desligavam dos serviços se os profissionais eram vistos como impessoais ou sem capacidade de se envolverem ativamente com eles da maneira que precisavam (SABERI *et al.*, 2010). Deste modo, torna-se necessário que os adolescentes se sintam ouvidos e que sintam que os profissionais estão de fato sensíveis às suas necessidades.

Em relação ao tratamento, Luiz, foi o único adolescente a fazer uma autoanálise sobre seus comportamentos. Apesar de identificar a disposição dos profissionais, e a consideração que tem por eles, reconhece que poderia ter agido diferente, conforme trechos a seguir:

*“[...] Você não era necessariamente obrigado a conversar com o psicólogo, mais... caso necessitasse você poderia chegar... Eu me arrependo muito porque, eu não fiz isso... mesmo precisando fazer isso eu não recorri a isso... Eu não... eu omitia bastante, omitia bastante...” (Luiz).*

Sobre a participação dos familiares na programação do CAPS os adolescentes relataram quase com unanimidade, exceto por Ana que a família apenas os acompanhava até o tratamento, sem que houvesse maior engajamentos das famílias na rotina e atividades do serviço, conforme relatos a seguir:

*“Não...ninguém. Só eu mesmo. Olha, então já chamaram minha prima... né, já chamaram meu tio Elcio, o junior que é colega do meu tio, só... e a minha mãe... chamaram pra me acompanhar né, porque... na época que eu era de menor” (Luiz).*

*“Não. Ah, foi... teve uma... era uma conversa sabe... num grupo que a minha mãe tinha que participar, que era uma conversa entre eles... Sobre... eles conversavam sobre a gente... como que eles lidavam com a situação... (Ana).*

*“A única coisa que elas participa é me acompanha junto né... (João).*

*“Não. Só... só minha mãe que participa da médica... (Vitor).*

Nesse sentido a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, define que:

O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de gestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011).

Conforme verificado na fala dos adolescentes é possível perceber a ausência de projetos terapêuticos, a falta de articulação com os familiares, e a ausência da participação destes no tratamento, embora as evidências disponíveis sobre a importância do acompanhamento familiar, visto que esta pode se constituir tanto como fator de risco, como fator de proteção ao uso de drogas (SCHENKER, MINAYO, 2004).

Sobre as contribuições acerca do tratamento no CAPS, os adolescentes consideram importante seguir as medidas de prevenção de recaídas, evitar situações de risco, e adquirir habilidades socioemocionais, conforme observado nos relatos abaixo:

*“Olha...e...se encontrar pessoas usuária, de preferência que fique afastada se for algum membro da família, não frequentar casa...meu tio é usuário, e ele vende, ele é traficante, ele vende cocaína, então é...manter distância sabe, não ficar saindo pra rua, sabe mesmo você solto, mesmo você não estando internado, se você quer parar, se você quer mudar realmente você vai ter que ficar na neurose...é lógico, tem a medicação, a medicação vai te ajudar, mas você vai ter que saber usar a medicação, e usar a cabeça” (Luiz).*

*“É...ficar abstinente né...me ajudou não sair de casa, respeitar as medidas né...” (João).*

*“Manter a calma. Pra poder aguentar, me manter abstinente” (Ana).*

*“Ah, eu aprendi um método de respiração pra diminuir a ansiedade...aí me ajudou bastante...é meio que uma meditação pra parar de ter ansiedade...” (Vitor).*

Ainda que não seja possível identificar o referencial do serviço, parece que para os adolescentes a abstinência ainda se mantém como parâmetro. Ao sair das internações, os adolescentes precisam enfrentar as dificuldades de seu contexto de vida, e retornar para a realidade de se conviver com familiares que possuem envolvimento com SPA, para a vida na comunidade, que pode estar permeada pelo tráfico, além de lidar com a falta de oportunidades e a falta de recursos, o que pode ser considerado desafiador.

Outro fator destacado no discurso dos adolescentes é que estes reconhecem as contribuições dos CAPS apenas no que concerne ao uso de substâncias, como a utilização de estratégias de prevenção de recaídas como forma de manter a abstinência. Não obstante, aponta-se a necessidade de adequação das ações de cuidado no sentido de ampliar as possibilidades de intervenções que contemplem questões para além do uso de substâncias e que considerem o envolvimento e a participação não só dos adolescentes e familiares, mas também de profissionais de vários setores da saúde, educação, judiciário, assistência social, cultura, entre outros.

No sentido dessas considerações, aponta-se que, apesar da fragmentação e das limitações observadas nos serviços, os adolescentes perceberam mudanças positivas em suas vidas, o que demonstra a importância deste equipamento no cuidado da população adolescente.

Após alta hospitalar, todos os adolescentes foram encaminhados ao CAPSad para manutenção do tratamento e conseguiram permanecer sem fazer uso de substâncias até o momento da coleta de dados, exceto Luiz, que referiu maiores dificuldades nesse processo. Percebe-se em seu discurso a dificuldade em sair da situação em que se encontra:

*“É complicado porque...às vezes é a pessoa que não quer ajuda. Eu tava nesse estado. É. Não que eu tinha piorado, mais...sabe, eu voltei a fazer as velhas coisas...que eu tinha...que eu fazia antes, os velhos hábitos...e isso me incomodava muito. Eu chegava em casa e... chegava...e... eu me sentia culpado. E essa culpa fazia com que eu... sentisse ainda mais triste porque a minha tia, meu tio Paulinho, todo mundo falava mal de mim, tipo, bairro, inteiro. Eu era chamado de nóia, de drogado, de viciado...nossa, era tanto nome” (Luiz).*

É possível hipotetizar que, se a abordagem nos CAPS fosse mais ampla, o processo cíclico de recaída, uso de substância, e culpa poderia ser melhor contextualizados e manejados de forma mais coletiva, por exemplo. Para Lima *et al.* (2017, p. 95) as práticas de redução de danos:

Se diferem nitidamente das práticas que impõem para o usuário a condição fundamental de abstinência para que o tratamento possa ter início. Segundo a perspectiva da redução de danos, o ideal da abstinência não é uma realidade válida para todos, e vincular o tratamento a tal condição significa, deixar sem tratamento inúmeras pessoas que precisam de algum tipo de cuidado.

Assim, considera-se que a efetivação de estratégias da redução de danos nos CAPS seria capaz de minimizar a frustração frente à dificuldade de manter a abstinência, embora essa questão, no campo da adolescência, ainda seja considerada um tabu (GALHARDI; MATSUKURA, 2018).

Novamente, aponta-se a importância do desenvolvimento de ações de RD e, particularmente, debater sobre como essa estratégia poderia ser incluída nas ações de cuidados a adolescentes que fazem uso abusivo de substâncias. Ademais, aponta-se a pertinência da realização de estudos que aprofundem a compreensão sobre a RD, incluindo possibilidades e desafios aplicados aos adolescentes, visto a urgência que ela demanda.

Uma dimensão importante citada pelos adolescentes sobre o suporte oferecido pelo CAPSad é que estes consideram o diálogo como uma importante ferramenta na prevenção de recaídas e manutenção de abstinência, conforme relatos:

*“Eu volto pra casa melhor. Porque eu desabafei. Quando a pessoa desabafa e a outra escuta, ela sente que a outra entendeu ela. Então ela volta pra casa mais satisfeita, melhor e isso é bom...” (Luiz).*

*“Me ajuda a me manter abstinente, com a conversa com os psicólogos. Ah, aqui eles conversam bastante com a gente sobre carreira, futuro...” (Ana).*

*“Me ajuda a não usar droga de novo” (João).*

*“A... a parte psicológica né, eu recebo tratamento psicológico pra não recair né, aí eu tenho com quem desabafar se precisar” (Vitor).*

Semelhante a esses resultados, a pesquisa de Galhardi e Matsukura (2018), ao investigar o cotidiano de adolescentes em relação ao CAPSad, identificou que os adolescentes consideraram o CAPS como local positivo em relação às conversas, pois se sentiam à vontade para falar sobre si mesmos.

Conforme observado no discurso dos adolescentes, apesar de à princípio apresentarem desconfiança para com o serviço, logo se familiarizaram ao ambiente. Mais uma vez, destaca-se a importância do acolhimento na produção de vínculos e adesão às propostas de cuidado, identificando-o como espaço de apoio e produtor de trocas sociais/afetivas.

Adicionalmente, três de nossos participantes considerou a assistência oferecida como satisfatória. No entanto, Vitor confessou ter sentido falta dos grupos, que foram suspensos devido à pandemia de Covid-19, conforme observado abaixo:

*“Olha...acho que não. tudo que eu exigi, tudo que eu exijo, aqui tem. A atenção do pessoal tem, né...enfim...no geral, é bom. Porque aqui eu me sinto confortável pra falar o que eu quero, o que eu sinto, o que eu to sentindo, o que eu deixo de sentir, como ta sendo a minha vida, porque, eu já vim aqui feliz, eu ja vim aqui irritado, eu ja vim aqui triste, vim aqui ansioso. Então, aqui, eu ja vim de tudo quanto é jeito. Aqui...então aqui é como se fosse a minha segunda casa, eles me ajudam bastante, gosto do trabalho deles” (Luiz).*

*“Acho que não” (Ana).*

*“Nenhuma. Porque a que eu recebi já tá de bom tamanho” (João).*

*“Ah, eu gostaria de ter participado dos grupos né, seria legal... mas não teve” (Vitor).*

Em ambas as avaliações, tanto da internação quanto do CAPSad, os adolescentes demonstraram contentamento com o que receberam e parecem "vestir a roupa" que lhe é proposta. No entanto, quando solicitados a apresentar sugestões para melhoria do cuidado oferecido, revelam vários aspectos que necessitam de alteração.

Apesar dos adolescentes pouco terem comentado sobre as atividades realizadas no serviço, que foram afetadas em parte pela pandemia, e em parte pela ausência de programação voltada para adolescentes em um dos CAPS selecionados para essa pesquisa, verifica-se a importância da implementação de ferramentas e recursos adequados a este público, como forma

de potencializar relações, possibilidades e escolhas. Nesse sentido, a pesquisa de Ribeiro *et al.* (2019) objetivou analisar as estratégias de cuidado ao adolescente usuário de crack em tratamento no CAPSad, e demonstra maior adesão dos adolescentes às atividades realizadas fora do serviço, nos recursos territoriais (praças, bibliotecas, eventos), e, que dentro dos CAPS, a preferência se dá por atividades de música, academia e oficinas terapêuticas. Os profissionais sugerem como melhorias do serviço a necessidade de ampliar o leque de atividades, incluindo acesso à internet, jogos de videogame, esportes em quadra poliesportiva, além de atividades que propiciem socialização na comunidade e acompanhamento pedagógico.

A portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, esclarece, nos seguintes termos, o público atendido pelo CAPSij:

CAPSij: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes (BRASIL, 2011).

Para Nasi e Schneider (2011), o CAPSij possui grande potencial para o estabelecimento de parcerias intersetoriais com os mais variados setores sociais, e que devem ser cada vez mais fortalecidas, como forma de suprir integralmente as demandas de pessoas em sofrimento psíquico. Portanto, considera-se a intersetorialidade como importante alicerce no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes, mas que necessita efetivamente ser praticada (COUTO, 2008; RIBEIRO *et al.*, 2010).

A intersetorialidade precisa considerar a singularidade de cada território e o cuidado em rede deve operar sob a premissa da responsabilidade compartilhada. Por isso, é compreendida como a única possibilidade para efetivação de uma rede de serviços capaz de atender a complexidade dos cuidados à população infanto-juvenil. Desta maneira, valorizar e investir na relação entre as pessoas torna-se fundamental para o desenvolvimento de um trabalho compartilhado entre as equipes e a rede como um todo (DELFINI, 2012).

Para isso, é fundamental que os CAPSij e as equipes da atenção básica trabalhem de maneira integrada e articulem com os demais setores envolvidos com esta população, para que compartilhem a responsabilidade e assegurem maior resolutividade no manejo das situações que envolvam sofrimento psíquico (DELFINI, 2012). Outro aspecto importante a ser destacado é que os encaminhamentos, previstos e recomendados pelo Ministério da Saúde, são compreendidos como um princípio para os cuidados em saúde mental infanto-juvenil, que “exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, que se responsabilize pelo

estabelecimento de um endereço pela demanda, acompanhe o caso até seu novo destino” (BRASIL, 2005, p. 13).

No sentido dessas considerações, Pinto (2017) reforçam a necessidade dos profissionais se aproximarem da realidade dos jovens com a finalidade de elaborar estratégias inovadoras, que possibilitem aos sujeitos refletir sobre a busca por soluções interativas frente a situações problema. Em seu estudo, utilizando a metodologia de círculo de cultura, as pesquisadoras objetivaram criar um espaço crítico reflexivo sobre as drogas junto aos jovens usuários de SPA em situação de tratamento. Acerca da iniciação ao uso de drogas, os adolescentes relataram, principalmente, o início do uso por influência das amigas, curiosidade, tristeza, depressão, desinibição (“chegar” nas meninas) e relaxamento. Também foi discutido com os adolescentes quais outros recursos poderiam ser utilizados para atingirem os mesmos objetivos.

Nos relatos dos adolescentes sobre o suporte oferecido pelo CAPS e sobre a assistência recebida neste local, é possível perceber que estes consideram o CAPS como local acolhedor, que possibilita aos sujeitos do cuidado maior autonomia em relação a algumas escolhas dentro e fora da instituição. Esses dados corroboram com os resultados encontrados na pesquisa de Galhardi e Matsukura (2018), que, ao investigar o cotidiano de adolescentes em relação ao CAPSad, identificou que os adolescentes consideraram o CAPS como local positivo em relação às conversas, pois se sentiam à vontade para falar sobre si mesmos.

No entanto, os resultados aqui apresentados também se somam aos de outras pesquisas que indicam os limites do serviço, como a pesquisa de Paim *et al.* (2017), que sinaliza sobre os desafios da prática profissional no atendimento de adolescentes no CAPS. Os profissionais reconhecem que o serviço é limitado quanto à estrutura, recursos humanos e materiais. Além disso, os participantes apontam que o ambiente é pouco atrativo para os adolescentes que necessitam de tratamento, refletindo na permanência no tratamento, que pode ser prejudicada (PAIM *et al.*, 2017). De modo semelhante, o estudo de Paula *et al.*, 2017, realizado em um CAPSad II, CAPSij e em um abrigo de referência, verificou que os adolescentes estabeleceram um vínculo maior com o CAPSij, em comparação com o CAPSad, em virtude da ausência de atividades voltadas para o público adolescente no CAPSad. Referente ao encaminhamento dos adolescentes a outros serviços intersetoriais, verificou-se dificuldades devido à fragmentação da rede assistencial, bem como a comunicação deficiente entre os prestadores dos serviços de saúde (PAIM *et al.*, 2017).

Em relação às sugestões para melhoria dos atendimentos no CAPSad, os adolescentes apresentaram visões distintas. Nota-se no discurso dos participantes três perspectivas importantes. A primeira refere-se à esfera individual, pois Luiz acredita que o tratamento só

pode contribuir para o sujeito caso este perceba necessidade de ajuda e assuma a responsabilidade pelo próprio cuidado. Já Vitor atribui o sucesso do tratamento à maior responsabilização por parte dos serviços, de fazer a busca ativa, e manter o paciente no cuidado/serviço. Ana, por sua vez, considera que o retorno dos grupos seria importante para o resultado do tratamento. João não fez considerações sobre o que poderia contribuir para a melhora do cuidado, e justifica que o tratamento por si só já é satisfatório, conforme observado abaixo:

*“Olha, depende muito da pessoa que. depende muito da pessoa. Entendeu...a pessoa tem que querer ajuda. Ela não pode ficar guardando pra si... porque... é daí que vem o suicídio, entendeu...a pessoa guarda muito rancor, guarda muito ódio, guarda muito isso, muito aquilo, e ela caba...acaba...num final triste...” (Luiz).*

*“Ah, acho que insistir mais né para as pessoas virem... porque eu tive uma amiga que ela tentou fazer tratamento aqui, só que a mãe dela ficou impaciente para esperar a médica porque é por ordem de chegada né, aí ela acabou indo embora né. Ela continuou usando...aí eu acho que seria bom ter insistido mais nela. Ligado pra ela vim, pra ela não desistir” (Vitor).*

*“Eu acho que poderia voltar o atendimento em grupo” (Ana).*

*“Ah, do modo que trabalha já ajuda bastante” (João).*

Diante de tais constatações, torna-se importante a incorporação de avaliação dos resultados do tratamento no cotidiano dos serviços. A satisfação dos usuários reflete os resultados alcançados pelo serviço e os fatores associados à insatisfação. Tal avaliação é capaz de produzir informações para influenciar a tomada de decisões e produzir mudanças que não se limitem apenas à esfera administrativa, mas também que contemple a visão dos usuários dos serviços (SILVA; LIMA; RUAS, 2018).

A avaliação dos serviços constitui uma importante ferramenta para avaliar a satisfação dos usuários com o cuidado recebido, e demonstra os indicadores associados à insatisfação. Tais indicadores são essenciais para auxiliar na tomada de decisões, oportunizando aos gestores avaliarem aspectos que não se limitem apenas a questões administrativas, mas que contemplem a visão dos usuários dos serviços (BANDEIRA; SILVA, 2013; SILVA, 2014). A avaliação com o tratamento recebido auxilia no processo de identificação das necessidades, a estabelecer prioridades e avaliar a efetividade do tratamento.

Além do exposto, as medidas subjetivas de satisfação são consideradas um importante componente no envolvimento dos usuários na construção e modificação dos serviços, contribuindo para o protagonismo e empoderamento destes em seu próprio tratamento, e para

o exercício da cidadania e reabilitação psicossocial (MIRANDA; SOUZA; FERREIRA, 2014; PRESOTTO *et al.*, 2013).

De acordo com Silva, Lima e Ruas (2018, p. 3809): “Utilizar a opinião dos usuários como um critério de avaliação representa uma mudança de paradigma na saúde mental, em um sistema que há poucos anos subestimava sua percepção”.

Deste modo, aponta-se que a avaliação dos serviços constitui uma prática que necessita ser implementada na rotina dos serviços. Na presente pesquisa, percebe-se que os adolescentes identificaram a ausência de escuta sobre seu próprio cuidado, e relataram aspectos que precisam estar presentes nos serviços de saúde mental além de fornecerem importantes contribuições sobre melhorias na prestação de cuidados. Como visto, verifica-se que os adolescentes têm o que dizer, o que avaliar e o que recomendar sobre seu próprio cuidado, sendo fundamental e urgente que essas avaliações aconteçam.

Um aspecto importante mencionado por Vitor foi a falta de engajamento do serviço com o público atendido. Em consonância com essa fala, a pesquisa de Araújo *et al.* (2012), que objetivou comparar o perfil clínico de adolescentes que permaneceram e que não permaneceram no tratamento no CAPSad, evidencia que o contato telefônico e as visitas domiciliares foram as estratégias mais utilizadas como forma de busca ativa.

Cabe ressaltar que a busca ativa se constitui como uma das ferramentas que devem ser priorizadas nos CAPSad, em razão da baixa permanência e do elevado nível de abandono, marcantes nessa população (VASTERS; PILLON, 2011). Conforme os resultados aqui apresentados e considerando a potência da busca ativa enquanto recurso capaz de aproximar pacientes do cuidado, destaca-se a necessidade de desenvolvimento e fortalecimento de ações que promovam maior engajamento das pessoas atendidas, como ligações telefônicas e utilização da tecnologia como fatores contribuintes para maior permanência nos serviços.

Durante os percursos pelos CAPSad e pelas internações os adolescentes relataram suas percepções gerais sobre as diferenças de cada serviço, e todos concordaram acerca da preferência pelo tratamento no CAPSad, em detrimento das internações psiquiátricas:

*“Ali, na internação, você não tem tanta escolha porque você tá preso, agora pro lado de fora você tem...ou você melhora ou você piora. Se você não andar na linha você vai voltar pra lá, não tem jeito...e se você melhorar, boa pra você, mas se você não melhorar você terá que...nem que seja pro seu bem, vai ter que se obrigar. Eu mesmo tava querendo ser internado de novo, mas assim...eu acho que não vai necessitar não sabe...mas...a sensação é ótima, sensação de você estar na sua casa, por mais que o ambiente não seja agradável, você tá na sua casa, você circula pela sua cidade, você...você não fica trancado em um quarto. Fora que tem a internet, tem os irmãos, tem várias atividades pra fazer, eu toco violão, eu faço música, é bom demais...” (Luiz).*

*“Eu acho muito melhor do que a internação. Eu posso voltar pra minha casa né...” (Ana).*

*“Ah...muito bom né. Porque ao mesmo tempo você está perto do seu familiar no conforto da sua casa, do seu lar, e ao mesmo tempo você tá fazendo tratamento pra não cair na besteira de usar droga de novo”  
(João).*

*“É bom né, porque por mais que a internação seja completa e tenha tudo você tá preso né, você não tá livre. Ai ficar num cubículo é bem ruim né, agora tendo aqui...é bem melhor né...poder sair fazer as coisas”  
(Vitor).*

Semelhante a esses resultados, a pesquisa de Messias, Martins e Castro (2020) analisou as versões de usuários de SPA sobre a experiência de internação involuntária, constatando maior valorização dos CAPS pelos usuários, por ser um ambiente que propicia maior liberdade, acolhimento e maior possibilidade de estar próximo dos familiares, algo inexistente em suas experiências de internação psiquiátrica. O estudo de Duarte, Barros e Cabral (2020) também evidencia que para os pacientes que viveram situações de internação em uma Comunidade Terapêutica e que passaram por acompanhamento no CAPS, houve preferência pelo CAPS por ser um dispositivo que proporciona liberdade e autonomia.

As ações no território, possuem a finalidade de romper com os modos de tratamento em saúde centrados no modelo biomédico, à medida que buscam efetivar ações de cuidado de forma ampla e integral na saúde da comunidade, reconhecendo o sujeito em seus espaços de vida. Segundo recomendações do SUS, é pela territorialidade que se identificam as inúmeras realidades e se torna possível a adaptação do sistema de saúde às demandas da população (BRASIL, 2016).

Deste modo, torna-se necessário que na rotina dos serviços, sejam incorporadas ações de promoção de saúde, baseadas no protagonismo juvenil, além do desenvolvimento de novas metodologias terapêuticas que possibilitem o reconhecimento da subjetividade, a criação de ferramentas e dispositivos de acesso, cuidado, e promoção e prevenção em saúde mental.

#### 5.2.1.4 Momento atual e expectativas futuras

Diante dos relatos dos adolescentes considera-se importante a formulação de um PTS articulado de forma a envolver os diferentes setores (serviço-família-educação-trabalho) e que possibilite a esses adolescentes ter projetos de vida, estar e circular no território, ampliarem sua rede de suporte, além do fundamental apoio na (re)inserção sociofamiliar, educacional e laboral.

Sobre a necessidade de um acompanhamento após a alta do CAPSad, quase nenhum dos adolescentes considera necessário ter algum tipo de acompanhamento. Apenas um participante acredita que, apesar de conseguir concluir o tratamento, necessitará de suporte medicamentoso,

religioso, e também identifica seu amadurecimento como parte importante deste processo, conforme observado abaixo:

*“Olha...creio eu que, que...por força de vontade eu vou conseguir, mais...eu...creio eu também que eu vou ter que fazer uso de medicação, nem que seja pra vida toda...porque meu problema é crônico...Eu vou ter que...eu também vou me converter né...vou me batizar e tudo mais, a religião ajuda bastante, muda a cabeça da pessoa. Quando a pessoa, ela fica maior de idade, ou ela desanda de vez, ou ela cria juízo. No meu caso...eu tô começando a ver né...com outros olhos as coisas que eu fazia lá atrás e falava nossa que vergonha do que eu fiz...podia ter feito outro tipo de coisa, tomado outra atitude entendeu?...” (Luiz).*

Conforme relato de Luiz, verifica-se o esforço na busca de alternativas para fortalecer um cotidiano longe das substâncias, a partir de elementos do senso comum (religião, medicação). Compreende-se que favorecer a ampliação do entendimento sobre a dependência química, como um fenômeno multifatorial, poderá contribuir para a identificação e implementação de ações mais abrangentes e contemplar todos os aspectos da vida do sujeito (psicológicos, fisiológicos, sociais e familiares).

A maior parte dos adolescentes observa maior controle emocional e melhora nas relações familiares como decorrências do processo de abstinência, exceto pelo primeiro participante, que revela dificuldades no convívio familiar e sensação de sobrecarga frente à atribuição de responsabilidades impostas por seu contexto de vida.

*“Minha família...a impressão que se tem é que eles não são tipo...nem aí...mas eu sei que eles tem o problema deles...meu irmão é egoísta, ele puxou meu pai, minha mãe tem depressão, mas ela não admite...acha que é frescura, meus irmãozinhos são pequenos, eles não entendem nada...então tá todo mundo ali com seu próprio problema...[...] então é difícil conviver em um ambiente assim aonde é um ambiente hostil...não tenho pai...uma figura paterna...eu sou o mais velho então a responsabilidade cai tudo pra cima de mim... e eu tipo...não tô reclamando disso mais, uma pressão psicológica muito grande, muito...aí já tem a pressão da namorada...né ela é muito exigente...quer casar...casar é uma coisa muito séria... [...] tomar atitude assim, é muito sério” (Luiz).*

Os participantes também relatam aspectos que consideram importantes fontes de suporte no momento atual, citando apoio emocional, trabalho, família e mudança de hábitos, conforme observado nos relatos:

*“Apoio emocional e serviço” (Luiz).*

*“Ah, o tratamento psicológico, psiquiátrico...Estudo...[...] Estudo, eu acho que o estudo...” (Ana).*

*“Meu tratamento. Minha família. A dando apoio moral, é... dando conselho...ajudando” (João).*

*“É...eu fazer mais coisa. Ah, eu tinha que começar a fazer exercício né...minha mãe... médica vive falando pra eu fazer... mas eu tenho preguiça [...] Precisava trabalhar” (Vitor).*

Sobre as expectativas quanto às relações pessoais e sociais, os adolescentes acreditam que as relações serão melhores, uma vez que associam os relacionamentos problemáticos ao consumo de SPA. Também julgam importante o reconhecimento por parte das outras pessoas acerca de suas próprias mudanças, conforme se observa nos discursos:

*“Eles verão a minha mudança...muitos que falaram que eu não ia conseguir, verão que não é do jeito que eles falaram...não se paga o mal com a mesma moeda...mais...não tem nada mais prazeroso do que você mudar, e a outra pessoa que te criticou lá atrás, enxergar isso, enxergar em você...e falar que você mudou...Você ouvir da outra pessoa que, olha realmente você mudou. Deve ser a sensação mais gostosa de ouvir [...]” (Luiz).*

*“Se eu continuar abstinente vai continuar bom. Mas se eu tiver recaída...acho que vai ficar ruim de novo” (Ana).*

*“Ah, espero ter um relacionamento muito bom, afetivo, quanto com a minha família quanto com as pessoas que eu tenho amizade” (João).*

*“Ah, eu...acho que vai ser bem melhor né. Porque antes...eu...meu relacionamento era tudo só pra falar sobre droga né...e ...e...eu não sentia que era.... tem .... tem um... uma coisa que era de verdade, mas a maioria era só porque precisava de um salve....ai era só por precisar de droga e eu pretendo fazer mais amizade agora né...” (Vitor).*

Em relação aos objetivos e expectativas para o futuro, os participantes relataram planos de fazer cursos, conseguir emprego, cuidar da família, viajar e casar. Um fator que chama a atenção na fala dos participantes é a presença de expectativas comuns.

*“É... casar...arrumar um trabalho bom...um trabalho que seja prazeroso pra mim, assim... não precisa ser necessariamente um trabalho que eu goste...porque você não escolhe...não tem que escolher...quando o assunto é dinheiro... e é necessidade...você tem que pegar o que tem... mas de preferência...trabalhar num lugar que seria mais a minha cara né... sabe...[...] ter uma casa própria e uma vida estável... uma vida estável... tipo não quero ser rico nem nada do tipo...eu só queria ter uma casa, um lugar calmo, morar com a minha esposa, ter no máximo 1 cachorro, e um trabalho bom...” (Luiz).*

*“Pretendo cursar psicologia, me formar né e é isso. Acho que só isso mesmo” (Ana).*

*“Ah, meu plano é... viver bem.... viver bem, em boas condições. Sem uso de droga e cuidar do meu filho, e trabalhar” (João).*

*“Terminar a faculdade, conseguir um emprego na área, talvez viajar bastante... Eu queria ir pro Canadá, morar lá” (Vitor).*

Com relação às perspectivas futuras, verifica-se que alguns dos adolescentes apresentam planos modestos, que incluem apenas a necessidade de se manter/sobreviver, e outros manifestam maiores ambições, como fazer viagens internacionais.

De todo modo, é possível verificar que os projetos de vida dos adolescentes envolvem aspectos positivos de amadurecimento, crescimento pessoal, independência financeira por meio do trabalho, fortalecimento de vínculos, questões para além do uso de drogas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou compreender as percepções de adolescentes sobre o tratamento recebido nas internações psiquiátricas e durante acompanhamento no CAPSad. Procurou também identificar os maiores desafios e possíveis benefícios vivenciados tanto na internação quanto nos CAPSad.

A pesquisa investe na produção de dados a partir da perspectiva de adolescentes que vivenciaram a experiência de tratamento em liberdade e em regime de internação psiquiátrica. Os adolescentes indicam o descuido dos processos de internação e apontam para a fragilidade na Assistência Psicossocial, apresentando caminhos para melhoria do cuidado ofertado e fornecendo importantes elementos para uma reflexão crítica sobre o papel destes dispositivos junto a esta população.

A partir da realização das entrevistas e por meio da Análise de Conteúdo, foi possível encontrar núcleos importantes no que se refere às experiências e sentimentos gerados na chegada aos serviços, no período de tratamento, na vida atual e sobre as expectativas futuras. Dentre os resultados destaca-se que os adolescentes não são ouvidos, e não são protagonistas de seu próprio cuidado.

Em relação ao CAPSad, foi observado que os adolescentes possuíam mais de uma passagem pelo serviço, a chegada dos adolescentes ocorreu por solicitação dos familiares e, principalmente, para dar início ao procedimento de internação.

Na ocasião da coleta de dados, os adolescentes referiram aprendizados no CAPSad, especialmente no que se refere à utilização de estratégias de prevenção de recaídas e técnica de relaxamento para redução de ansiedade. Sobre as sugestões de melhoria dos serviços, os adolescentes consideraram importante que o CAPS persista na adesão de pacientes que por algum motivo se desligam ou desistem do tratamento. Informaram também desejo de participar das atividades grupais, suspensas na pandemia.

Todos os adolescentes relataram satisfação com o tratamento recebido. No entanto, verificou-se, a partir do relato dos participantes, pouca ou nenhuma flexibilização das ações oferecidas pelo serviço e que as mesmas parecem ser organizadas e propostas visando responder mais às necessidades do serviço que dos adolescentes. Ainda, alerta-se para a ausência de articulação de ações com a rede de saúde e intersetorial.

No que se refere às internações, apenas um adolescente referiu ter decidido, ele próprio, por buscar este tipo de tratamento. Os demais, foram internados à revelia de sua vontade.

Todos os participantes relataram impressões negativas acerca do ambiente de internação, onde deve-se destacar ocorrências de situações de agressividade e violência por parte de outros internos, omissão de funcionários sobre tais irregularidades, falta de responsabilização da instituição sobre as situações de crueldade, além da oferta de drogas no ambiente de internação por parte de funcionários.

Ainda que se possa considerar que para os profissionais da saúde, justiça e familiares, a internação é estratégia adotada na tentativa de isolar geograficamente o usuário, a fim de evitar o uso e afastar de situações de risco, sob a prerrogativa da proteção, discutiu-se, a partir dos resultados apresentados, que a permanência dos adolescentes em tais equipamentos se configura como situações de violência, assédio, repressão, reclusão, entre outras, aumentando, assim, sua vulnerabilidade física, emocional e social.

Os resultados evidenciaram que os adolescentes não são ouvidos no que se refere ao seu próprio cuidado. Cabe destacar que toda a expectativa sobre o “sucesso do tratamento” recai sobre esses adolescentes, colocando-os em uma posição de intensa pressão, ao mesmo tempo em que suas necessidades e possibilidades de escolhas se fazem ausentes. A concepção de que os resultados do tratamento dependem unicamente do adolescente representa um importante obstáculo, como rachaduras no atual modelo de atenção, evidenciando que o cuidado não tem ocorrido conforme as políticas de atenção psicossocial preconizam.

Outro aspecto observado é que, mesmo nos casos em que a família procurou por tratamento no CAPSad, as internações ocorreram inclusive por meio deste equipamento de atenção psicossocial. Entretanto, não se deve desconsiderar as limitações e fragilidades deste serviço, no que se refere à falta de recursos para atendimento à crise, dificuldade das famílias em lidar com os adolescentes, ausência de CAPSad III, escassez de leitos em hospitais gerais nos municípios, dentre outros fatores que comprometem o atendimento ideal preconizado.

Relativo ao CAPSad III, aponta-se que este oferece acolhimento noturno e orienta-se pelos princípios da redução de danos. Conforme indicam as portarias, o serviço pode ser instituído em cidades com porte de 200 a 300 mil habitantes, e ressalta-se que o serviço ultrapassa o cuidado no que se refere apenas às questões clínicas (intoxicação), e procura fornecer proteção aos usuários e familiares que se encontram em situações de crise e maior gravidade como recaídas e ameaças de morte.

Como visto, o município de maior porte em que a presente pesquisa foi realizada possui as características para implementação deste dispositivo, embora ainda não o tenha. Deste modo, sugere-se a necessidade de maiores investimentos neste equipamento, de modo a garantir a

assistência adequada aos sujeitos em uso prejudicial de substâncias, e também para a redução das internações psiquiátricas enquanto principal forma de cuidado.

Embora não tenha sido possível identificar com clareza o referencial adotado no CAPSad, acredita-se que caso ações de RD fossem implantadas, parte das frustrações e culpa dos pacientes frente à dificuldade de manter a abstinência seriam reduzidas.

Ainda neste contexto, enfatiza-se a necessidade de maiores investimentos nos serviços comunitários para que as políticas de atenção às pessoas em uso prejudicial de SPA de fato se efetivem. Sugere-se também ações de capacitação e educação continuada sobre o cuidado na adolescência, enquanto ferramentas estratégicas para maior entendimento sobre a complexidade desta problemática nesta etapa da vida.

Destaca-se como importante prosseguir no debate e nas possibilidades de que o cuidado a crianças e adolescentes em uso problemático de SPA sejam efetivados junto aos CAPSij. E, nesta medida, explicita-se a urgência na ampliação destes equipamentos e, ainda, a expansão da modalidade CAPSij III para além das pouquíssimas cidades brasileiras que já contam com este dispositivo.

Ademais, discutiu-se a necessidade e importância de que sejam incorporados na rotina dos serviços avaliações sobre o cuidado ofertado em suas multidimensões.

Aponta-se que o número reduzido de participantes e o próprio período pandêmico constituíram-se nas principais limitações do estudo. Apesar disso, os dados demonstram que os adolescentes não se encontram plenamente inseridos no serviço ou acolhidos e atendidos pela rede como um todo, o que pode estar contribuindo para a manutenção das internações enquanto principal forma de tratamento para este grupo.

Visando a continuidade de investigações, sugere-se o desenvolvimento de estudos mais amplos, que se debruçam sobre os desafios para a efetivação do cuidado em rede voltado para crianças e adolescentes que fazem uso problemático de substâncias. Sugere-se ainda que as pesquisas possam envolver conjuntamente adolescentes em toda a diversidade e, também, familiares, técnicos dos serviços de saúde mental e rede de saúde e intersetorial.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. G. G. **A reinvenção do ser enfermeira no cotidiano da Casa de Saúde Anchieta e núcleos de atenção psicossocial**. 1995. 157f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

ALESP. **Decreto Estadual nº 53.427, de 16 de setembro de 2008**. Cria e organiza, na Secretaria da Saúde, a Unidade Experimental de Saúde e dá providências correlatas. São Paulo: Casa Civil, 16 de setembro de 2008. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2008/decreto-53427-16.09.2008.html>. Acesso em: 13 jan. 2022.

ALMEIDA, M. M. **A adesão de adolescentes ao tratamento para o uso de álcool e outras drogas: um bicho de sete cabeças**. 2010. 358f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ALVES, C. F. de O.; RIBAS, V. R.; ALVES, E. V. R.; VIANA, M. T.; RIBAS, R. de M. G.; MELO JÚNIOR, L. P.; MARTINS, H. A. de L.; LIMA, M. D. C.; CASTRO, R. M. de. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, [s.l.], v. 72, n. 1, jan./mar. 2009. p. 85-96.

AMARANTE, P, D, C. Algumas Notas sobre a Complexidade da Loucura e as Transformações na assistência Psiquiátrica. **Revista de Terapia Ocupacional**. São Paulo, v. 3, n 1/2, p. 8-16, 1992.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

AMARANTE, P. **Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 61 – 77, 1994.

ANDRADE, T. M. Redução de danos: um novo paradigma? In: BRASIL/MS. **Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas**. Ministério da Saúde; ACODESS, 2002.

ANDRETTA, I. **A entrevista motivacional e a psicoeducação em adolescentes usuários de droga que cometeram ato infracional**. 2008. Tese de Doutorado [não publicada]. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2008.

ANDRETTA, I.; LIMBERGER, J.; OLIVEIRA, M. S. Abandono de tratamento de adolescentes com uso abusivo de substâncias que cometeram ato infracional. **Aletheia**, Canoas, n. 43-44, p. 116-128, ago. 2014. Disponível em: [https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/9224/2/Abandono\\_de\\_tratamento\\_de\\_adolescentes\\_com\\_uso\\_abusivo\\_de\\_substancias\\_que\\_cometeram\\_ato\\_infracional.pdf](https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/9224/2/Abandono_de_tratamento_de_adolescentes_com_uso_abusivo_de_substancias_que_cometeram_ato_infracional.pdf). Acesso em 26 out. 2021.

ARAÚJO, A. T. da S.; SILVA, J. C. da; OLIVEIRA, F. M. Infância e adolescência e redução de danos/intervenção precoce: diretrizes para intervenção. **Psicologia Argumento**, v. 31, n. 72, p. 145-154, 2013.

ARAÚJO, C. N. de P. **Sentidos construídos com familiares de usuários de drogas sobre a internação involuntária ou compulsória**. 2018. 248f. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2018.

ARAÚJO, N. B. de; MARCON, S. R.; SILVA, N. G.; OLIVEIRA, J. R. T. de. Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** [online], v. 61, n. 4, p. 227-234, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/FNFrY6nMTzBnJTDGvcBc4Ns/?lang=pt&format=pdf>. Epub 03 Jan 2013. ISSN 1982-0208. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000400006>. Acesso em: 12 jan. 2022.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ASSAD, F. B.; PEDRÃO, L. J. O significado de ser portador de transtorno mental: contribuições do teatro espontâneo do cotidiano. SMAD. **Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 7, n. 2, p. 92-97, 2011.

ASSIS, D. F. F.; CASTRO, N. T. Alcoolismo feminino: início do beber alcoólico e busca por tratamento. **Textos & Contextos**, v. 9, n. 2, p. 358-370, 2010.

ASSIS, J. T.; BARREIROS, G. B.; CONCEIÇÃO, M. I. G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 16, n. 4, p. 584-596, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000400007>>. Epub 03 Fev 2014. ISSN 1984-0381. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000400007>. Acesso em: 12 jan. 2022.

ASSIS, S. G. Avanci, J. Q.; SILVA, C. M. F. P.; MALAQUIAS, J. V.; SANTOS, N. C.; OLIVEIRA, R. V. C. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 669-679, 2003.

ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE REDUÇÃO DE DANOS. **O que é redução de danos?** uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos. Londres, 2010. Disponível em: [http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing\\_what\\_is\\_HR\\_Portuguese.pdf](http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf). Acesso em: 17 abr. 2018.

BALBINOT, A. D.; HORTA, R. L.; COSTA, J. S. D. da; ARAÚJO, R. B.; POLETTO, S.; TEIXEIRA, M. B. Hospitalizações por uso de drogas não se alteram com uma década de Reforma Psiquiátrica. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 26, p. 1-9, 2016.

BALLARIN, M. L. G. S.; DE CARVALHO, F. B.; FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 4, p. 444-450, 2010.

BANDEIRA, M. B. ANDRADE, M. C. R.; COSTA, C. S.; SILVA, M. A. da. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percebida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 2, p. 236-244, 2011.

BARCELLOS-OLIVEIRA, M. F. A. P.; MUYLAERT, C. J.; BASTOS, I. T.; REIS, A. O. A. Processos de trabalho e impasses institucionais em saúde mental. *In: Reis, A. O. A.; Fonseca, F. L.; ROLIM NETO, M. L.; DELFINI, P. S. S. (org.). **As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil**. São Paulo: Schoba, p. 165-79, 2012.*

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Almedina, 2016

BARROS, D. D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. *In: AMARANTE, P. D. C. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 171 – 195.*

BARTOLOMEI, J. R.; DE REZENDE, L. F. Judicialização da saúde e internações compulsórias de jovens usuários de drogas—um estudo em Espírito Santo Do Pinhal/SP. **Revista de Direito Sanitário**, v. 18, n. 2, p. 92-111, 2017.

BASTOS, F. I. P. M.; VASCONCELLOS, M. T. L. de; DE BONI, R. B.; REIS, N. B. dos.; COUTINHO, C. F. de S. (org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017.

BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais-Política & Trabalho**, n. 40, p. 391-404, abr. 2014.

BATTJES, R. J.; GORDON, M. S.; O'GRADY, K. E.; KINLOCK, T. W.; KATZ, E. C.; SEARS, E. A. Evaluation of a group-based substance abuse treatment program for adolescents. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 27, p. 123-134, 2004;

BERNARDI, A. B.; KANAN, L. A. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, CAPSad, Caps III) do estado de Santa Catarina. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 1105-1116, 2015.

BEYNON, C. M.; MCMINN, A. M.; MARR, A. J. Factors predicting drop out from, and retention in, specialist drug treatment services: a case control study in the North West of England. **BMC Public Health**, v. 6, mai. 2008.

BEZERRA JR., B. Cidadania e loucura: um paradoxo? *In: BEZERRA JR, B.; AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1992. P. 71-90.

BIANCULLI, C. H. Realidad y propuestas para continencia de la transición adolescente en nuestro medio. **Adolescência Latinoamericana**, v. 1, p. 31-39, 1997.

BIONDI, K. **Junto e misturado: uma etnografia do PCC**. São Paulo: Terceiro nome; 2018.

BITTENCOURT, A. L. P.; FRANÇA, L. G.; GOLDIM, J. R. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. **Revista Bioética**, v. 23, p. 311-319, 2015.

BITTENCOURT, A. L. P.; GARCIA, L. F.; GOLDIM, J. R. Pressões sociais e reações de adolescentes usuários de drogas em tratamento ambulatorial. **Revista Bioética**, v. 28, n. 2, p. 297-306, 2020.

BITTENCOURT, E. R. de; MACHADO, M. de C. Projeto Tipo Assim!-promoção de saúde e protagonismo com adolescentes. **Revista Contexto & Educação**, v. 37, n. 117, p. 96-107, 2022.

BLIKSTEIN, F. **Destinos de crianças: estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico**. 2012. 95 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Qualitative research for education: an introduction for theory and methods**. Boston: Allyn and Bacon, 1998.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 456-68, 2008.

BOSCA, G. D. A.; CLARO, H. G.; PINHO, P. H.; OLIVEIRA, M. A. F. de. Mudanças percebidas por usuários de centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 12, n. 2, p. 439-446, 2018.

BOTELHO, B. H. F.; MEDEIROS, E. A criança, o adolescente e a droga. *In*: SEIBEL, S.D. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 39-58.

BRAGA, R. de B.; PEGORARO, R. F. Internação Psiquiátrica: o que as famílias pensam sobre isso? **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 61-73, 2020. Disponível em: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.820>. Acesso em: 13 jan. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União [internet], 12 abr. 2019a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm). Acesso em: 3 fev. 2020.

BRASIL. **Lei n. 8.069/90, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1990.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 13 jan. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. (Lei da Internação Compulsória) Altera as Leis [...], para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento

das políticas sobre drogas. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, p. 2, 6 de jun. 2019c.

BRASIL. Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: < <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em 28 jun. 2022.

BRASIL. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017

BRASIL/IBGE. **População jovem no Brasil**. Brasília: Departamento de População e Indicadores Sociais, 1999.

BRASIL/Ministério da Cidadania. **Edital de Chamamento Público nº 03/2022**. Brasília: Ministério da Cidadania, 2022.

BRASIL/Ministério da Justiça. Resolução nº 1, de 9 de março de 2018. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD. **Diário Oficial da União** [da] República Federativa do Brasil. Edição 49, seção 1, p. 128-129 mar. 2018.

BRASIL/Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL/Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 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, novembro de 2005.

BRASIL/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil: recomendações**: de 2005 a 2012. Brasília, 2014.

BRASIL/Ministério da Saúde. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. **Diário Oficial da União** [da] República Federativa do Brasil. Seção 1, p. 3 ago. 2002.

BRASIL/Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES). Secretaria de Atenção Primária a Saúde (SAPS). Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD). **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, julho de 2021.

BRASIL/Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.

BRASIL/Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União** [da] República Federativa do Brasil. 2011 dez 26;148(247 Seção 1, 230-2.

BRASIL/Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPSad III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da União**, 2012.

BRASIL/Ministério da Saúde. Resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. **Diário Oficial da União** [da] República Federativa do Brasil. 163 Seção 1: p. 55. 23 ago. 2019b.

BRASIL/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BUMBEL, L. P. **Perfil sociodemográfico e clínico de adolescentes internadas em uma unidade de saúde mental do município de Porto Alegre**. 2018. 49f. TCC (Bacharelado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

CAMARGO, R. M. P.de; OLIVEIRA, R. M. de. Internação psiquiátrica: ouvindo quem passou pela experiência. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 293-301, 2009.

CAMPOS, A. C. **O CAPSad e o atendimento aos adolescentes usuários de drogas ilícitas em Juiz de Fora/MG**. 2010. 179p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2010/06/alessadra.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2022.

CARDOSO, G. C. X.; CONFORTO, C. S. de O.; KOCHLA, K. R. A.; NASCIMENTO, M. E. B. do; NASCIMENTO, L. C. S. do; FAVERO, L. Fatores associados à automutilação: contribuição para as tecnologias do cuidado de Enfermagem ao adolescente. [on line] **Atas CIAIQ2019**, v. 2, p. 224-236, 2019. Disponível em: <https://1library.org/document/q2evxoeq-fatores-associados-automutilacao-contribuicao-tecnologias-cuidado-enfermagem-adolescente.html>; acesso em: 02/09/2022.

CARDOSO, L. R. D.; MALBERGIER, A. Problemas escolares e o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes. **Psicologia Escolar e Educacional** [online]. v. 18, n. 1, p. 27-34, 2014.

CHIAVAGATTI, F. G.; KANTORSKI, L. P.; WILLRICH, J. Q.; CORTES, J. M.; JARDIM, V. M. da R.; RODRIGUES, C. G. S. S. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 11-17, 2012.

COLE, M.; Cole, S. **O desenvolvimento da criança e do adolescente**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CONCEIÇÃO, D. S.; ANDREOLI, S. B.; ESPERIDIÃO, M. A.; SANTOS, D. N. dos. Atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2008-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, 2018.

CONCEIÇÃO, T. F. F.; PEREIRA, M. O. Todo camburão tem um pouco de navio negro: uma análise sobre criminalização de substâncias psicoativas e o encarceramento de mulheres negras. In: PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. (org.). **Luta antimanicomial e feminismos: inquietações e resistências**. Rio de Janeiro: Autografia; 2019. p. 111-140.

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Documentário, 1976.

COSTA-ROSA, A. da. Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. In: COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Ed. Unesp, 2013. p. 334-334. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/546713821/Atencao-Psicossocial-Alem-Da-Reforma-Psiquiatica?msclkid=c4d55968cf9e11ec95bfb4144a340a61>. Acesso em: 13 de janeiro de 2022.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (coord.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, p. 13-44, 2003.

COUTO, M. C. V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, T. (org.). **A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Autêntica/FHC-FUMEC, 2001. p. 61-74.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P.G. G. A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 30, n.4, p. 390-398, 2008.

CRUZ, M. S. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In CIRINO, O.; MEDEIROS, R. (org.). **Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 13-24.

CRUZ, N. L. da. **A percepção de jovens adultos na vivência de sua primeira internação psiquiátrica. 2019**. TCC (Especialização) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2019.

DA COSTA, T. D.; GONÇALVES, L. C.; PEIXOTO, L. S.; TAVARES, C. M. de M.; CORTEZ, E. A. Contribuindo para a educação permanente na saúde mental. **Biológicas & Saúde**, v. 7, n. 23, 2017.

DAYRELL, J. **O jovem como sujeito social**. **Revista Brasileira de Educação**, Belo Horizonte, v. 24, p. 40-52, 2003.

DE MICHELI, D.; FISBERG, M.; FORMIGONI, M. L. O. S. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço

de assistência primária à saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 3, p. 305-313, 2004.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357- 366, fev, 2012.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FioCruz, 1999.

DiCLEMENTE, C. C.; SCHLUNDT, B. S.; GEMMELL, L. Readiness and stages of change in addiction treatment. **American Journal on Addictions**, Colorado: Taylor & Francis Group, v. 13, n. 2, p. 103-119, 2004.

DOLDER, P. C.; SCHMID, Y.; MÜLLER, F.; BORGWARDT, S.; LIECHTI, M. E. LSD acutely impairs fear recognition and enhances emotional empathy and sociality. **Neuropsychopharmacology**, v. 41, n. 11, p. 2638-2646, 2016.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856- 864, 1978.

DONZELOT, J. **A Polícia das Famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

DUAN, L.; CHOU, C. P.; ANDREEVA, V. A.; PENTZ, M. A. Trajectories of peer social influences as longterm predictors of drug use from early through late adolescence. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 38, n. 3, p. 454-465, 2009.

DUARTE, M. V. G.; BARROS, G. da S.; CABRAL, B. E. B. Uso de drogas e cuidado ofertado na Raps: o que pensa quem usa? **Saúde em Debate**, v. 44, p. 1151-1163, 2020.

DUTRA, L.; STATHOPOULOU, G.; BASDEN, S.; LEYRO, T.; POWERS, M.; OTTO, M. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. **The American Journal of Psychiatry**, v. 2, n. 3, p. 165-176, (2008).

DUTRA, V. F. D.; OLIVEIRA, R. M. P. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. **Aquichan.**, v. 15, n. 4, p. 529-540, 2015.

ELBREDER, M. F.; LARANJEIRA, R.; SIQUEIRA, M. M.; BARBOSA, D. A. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **J Bras Psiquiatr.**, v. 57, n. 1, p. 9-15, 2008.

ELY, G. Z.; TERRA, M. G.; SILVA, A. A. da; FREITAS, F. F. de; PADOIN, S. M. de M.; LARA, M. P. de. Internação psiquiátrica: significados para usuários de um centro de atenção psicossocial. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (Edição em Português), v. 10, n. 1, p. 23-28, 2014.

ESLABÃO, A. D.; COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P.; PINHO, L. B. de; SANTOS, E. O. dos. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, 2017.

ESPINDULA, D. H. P.; SANTOS, M. F. S. Representações sobre a adolescência a partir da ótica dos educadores sociais de adolescentes em conflito com a lei. **Psicologia em Estudo**, v. 9, p. 357-367, 2004.

ESPÍNOLA, L. L. **Práticas do cuidar de adolescentes usuários de drogas**. 2013. 127p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

FERLA, A. A.; LEAL, M. B.; PINHEIRO R. Um olhar sobre as práticas avaliativas em descentralização do sistema de saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em rede. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 35-60.

FERNANDES, A. D S. A.; MATSUKURA, T. S. Adolescentes inseridos em um CAPSi: alcances e limites deste dispositivo na saúde mental infantojuvenil. **Temas em psicologia**, v. 24, n. 3, p. 977-990, 2016.

FERRARI, I. F.; JANUZZI, M. E da S. Adolescentes Usuários de Drogas e a Desinserção Social. **Revista Subjetividades**, v. 19, n. 3, 2019.

FERREIRA, T. P. da S.; SAMPAIO, J.; SOUZA, A. C. do N.; OLIVEIRA, D. L. de; GOMES, L. B. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2017, v. 21, n. 61, p. 373-384.

FERREIRA, T. P. S.; SAMPAIO, J.; OLIVEIRA, I. L.; GOMES, L. B. A família no cuidado em saúde mental: desafios para a produção de vidas. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 441-449, 2019.

FORMIGLI, V. L. A.; COSTA, M. C. O.; PORTO, L. A. Evaluation of a comprehensive adolescent health care service. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 831-841, 2000.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. Trad. José Teixeira Coelho Neto. 9ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica**. Curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Editora Martins Fontes, 2004.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 40ª ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

GALHARDI, C. C. **Adolescentes usuários de drogas em CAPSad e seus familiares: trajetórias, cotidianos e desafios**. 2016. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

GALHARDI, C. C.; MATSUKURA., T. S. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

GALLANTIN, J. Adolescência e individualidade: uma abordagem conceitual da psicologia da adolescência. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1978.

GARROD, A. C.; SMULYAN, L.; Sally I. POWERS, S. I.; KILKENNY, R. **Adolescent portraits: Identity, relationships, and challenges**. 2ª ed. Boston: Allyn and Bacon, 1995.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Metodologia da Pesquisa Científica**. Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural. Universidade Aberta do Brasil. IV. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Secretaria de Educação a Distância, 120 p. 2009.

GERSTEIN, D. R.; HARWOOD, H. J. Institute of medicine. Treating drug problems: a study of the evolution, effectiveness, and financing of public and private drug treatment systems. Report prepared by the Institute of Medicine, Committee for the Substance Abuse Coverage Study, **Division of Health Care Services**. Washington: National Academy Press, 1990.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, H. L. B.; MELLO, D. F. de; FERRIANI, M. das G. C.; SILVA, M. A. I. Opiniões de adolescentes estudantes sobre consumo de drogas: um estudo de caso em Lima, Peru. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, p. 551-557, 2008.

GONÇALVES, J. R. L.; CANASSA, L. W.; CRUZ, L. C. da; PEREIRA, A. R.; SANTOS, D. M. dos; GONÇALVES, A. R. Adesão ao tratamento: percepção de adolescentes dependentes químicos. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas** (Edição em Português), v. 15, n. 1, p. 57-63, 2019.

GROSSMAN, E. La adolescencia cruzando los siglos. **Adolescencia Latinoamericana**, v. 1, p. 68-74, 1998.

GUARESCHI; N. M. F.; LARA, L.; ECKER, D. D. A internação compulsória como estratégia de governamentalização de adolescentes usuários de drogas. **Estudos de psicologia**, v. 21, p. 25-35, 2016.

GUIMARÃES, A. B. P.; HOCHGRAF, P. B.; BRASILIANO, S.; INGBERMAN, Y. K. Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo. v. 36, n. 2, p. 69-74, 2009.

GUIMARÃES, A. N.; FOGAÇA, M. M.; BORBA, L. de O.; PAES, M. R.; LAROCCA, L. M.; MAFTUM, M. A. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). **Texto Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 274-282, 2010.

HALL, G. S. **Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and educations** (Vol I e II). New York: D. Appleton, 1925.

HAROCHE, C. **Subjetividades e aspirações**: os movimentos de juventude na Alemanha (1918-1933). *Ágora*, v. 9, p. 9-25, 2006.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

HSER, Y.; GRELLA, C. E.; HUBBARD, R. L.; HSIEH, S. C.; FLETCHER, B. W.; BROWN, B. S.; ANGLIN, M. D. An evaluation of drug treatment for adolescents in 4 US cities. **Arch Gen Psychiatry**, v. 58, p. 689-695, 2001.

JUCÁ, V. As políticas de saúde mental infanto juvenil no Brasil: a construção de uma rede de atenção psicossocial sensível às especificidades da infância e da adolescência. **Embornal**, Fortaleza, v. 10, n. 19, p. 85-100, jan./jun. 2019.

JUCÁ, V.; FERNANDES, C. M. A puberdade e a adolescência somam motivos contra a redução da maioridade penal. **Estadão**, 2015. Disponível em: <http://vida.estilo.estadao.com.br/blogs/crianca-em-desenvolvimento/a-puberdade-e-a-adolescencia-somam-motivos-contr-a-reducao-da-maioridade-penal/>. Acesso em: 25 novembro 2016.

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

LARA, A. P. M.; VOLPE, F. M. Evolução do perfil das internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2001-2013. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 24, n. 2, p. 659-668, 2019.

LEAL, F. X. **O movimento antiproibicionista: discursos de resistência**. 2017. 374f. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.

LEÓN, O. D. Adolescência e Juventude: das noções às abordagens. *In*: FREITAS, M. V. (org.). **Juventude e Adolescência no Brasil: referências conceituais**. São Paulo: Ação Educativa; 2005. p. 10-18.

LIDZ, C. W.; MULVEY, E. P.; HOGE, S. K.; KIRSCH, B. L.; MONAHAN, J.; EISENBERG, M.; GARDNER, W.; ROTH, L. H. Factual sources of psychiatric patients perceptions of coercion in the hospital admission process. **American Journal of Psychiatry**, v. 155, n. 9, p. 1254-1260, 1998.

LIMA, I. C. B. F.; BARROS, C. R.; MELLO, G. F. de M.; PASSOS, I. C. F. Impactos da política de drogas para crianças, adolescentes e jovens: a redução de danos como possibilidade de intervenção psicossocial. *In*: PASSOS, I. C. F.; PENIDO, C. M. F. (org.). **Atenção psicossocial para crianças e adolescentes: pesquisa-intervenção nas redes**. São Paulo: Zagodoni, 2018.

LIND, B. K.; McCARTY, D.; GU, Y.; BAKER, R.; McCONNELL, K. J. Predictors of substance use treatment initiation and engagement among adult and adolescent Medicaid recipients. **Substance abuse**, v. 40, n. 3, p. 285-291, 2019.

LONGINAKER, N.; TERPLAN, M. Effect of criminal justice mandate on drug treatment completion in women. **The American journal of drug and alcohol abuse**, v. 40, n. 3, p. 192-199, 2014.

LOREM, G. F.; HEM, M. H.; MOLEWIJK, B. Good coercion: patients' moral evaluation of coercion in mental health care. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 24, n. 3, p. 231-240, 2015.

MANCILHA, G. B. **A Permanência de adolescentes em CAPSad - um olhar para a vulnerabilidade**. 2015. 127 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

MARTÍNEZ, I.; FUENTES, M. C.; GARCÍA, I. M. El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes españoles. **Adicciones**, v. 25, n. 3, p. 235-242, 2013.

MARTINS, M. C.; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 1112-1120, 2008.

MARTINS, R. W. A.; DA SILVEIRA, L. Internações de crianças e adolescentes usuárias de drogas: um desafio para o campo da saúde mental infantojuvenil. **Episteme Transversalis**, v. 10, n. 1, p. 213-227, 2019.

MARTY, F. **Adolescência, violência e sociedade**. *Ágora*, v. 9, p. 119-131 2006.

MATHEUS, T. C. O discurso adolescente numa sociedade na virada do século. **Psicologia USP**, v. 14, p. 85-94, 2003.

McCANN, T. V.; MUGAVIN, J.; RENZAHO, A.; LUBMAN, D. I. Sub-Saharan African migrant youths' help-seeking barriers and facilitators for mental health and substance use problems: a qualitative study. **BMC psychiatry**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2016.

MELO, M. C. **Sentidos construídos sobre a internação em comunidades terapêuticas com pessoas em tratamento por uso de drogas**. 2016. 171f. Dissertação (Mestrado em Ciências) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

MENDES, M. M. M. de O. **Infância, adolescência e substâncias psicoativas: atendimentos realizados nos CAPS da I macrorregião de saúde de Pernambuco**. 2020.

MENEZES, A. L. C.; PEREIRA, A. R. Desempenho ocupacional de adolescentes usuárias de drogas. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 27, n. 4, p. 754-764, dez. 2019.

MESSIAS, N. K.; CASTRO, C. B.; MARTINS, M. H. da M.; Versões de usuários sobre a internação psiquiátrica involuntária. **Revista Polis e Psique**, v. 10, n. 1, p. 123-143, 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239 – 262, jul/set. 1993.

MIRANDA, P. O. de; SOUZA, O. F. de; FERREIRA, T. de F. Avaliação da satisfação dos pacientes e familiares em um serviço de saúde mental na cidade de Rio Branco, Acre. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, p. 332-340, 2014.

MOMBELLI, M. A.; MARCON, S. S.; COSTA, J. B. Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 735-740, 2010.

MONAHAN, J.; HOGE, S. K. R.; LIDZ, C.; ROTH, L. H.; BENNETT, N.; GARDNER, W.; MULVEY, E. Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 18, n. 3, p. 249-263, 1995.

MORATO, G. G. **Reabilitação psicossocial e atenção psicossocial: identificando concepções teóricas e práticas no contexto da assistência em saúde mental**. 2019. 288f. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019.

MOREIRA, A.; VÓVIO, C. L.; MICHELI, D. de. Prevenção ao consumo abusivo de drogas na escola: desafios e possibilidades para a atuação do educador. **Educação e Pesquisa**, v. 41, p. 119-135, 2015.

MUZA, G. M.; COSTA, M. P. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes – o olhar dos adolescentes. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 321-328, jan./fev. 2002.

NASI, C.; SCHNEIDER, J. F. O centro de atenção psicossocial no cotidiano dos seus usuários. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1157-1163, 2011.

NICÁCIO, M. F. S. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura**. 1994. 174f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

OLIVEIRA, G. M.; BARROS, E. F.; MARTINS, R. A.; RONDINA, R. de C. Perfil de adolescentes usuários de drogas atendidos em um centro de atenção psicossocial. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 10, n. 2, p. 100-115, 2022.

OLIVEIRA, M. S.; SZUPSZYNSKI, K. D. R.; DiCLEMENTE, C. Estudo dos estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas. **Psico**, v. 41, n. 1, 2010. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/277229395\\_Estudo\\_dos\\_estagios\\_motivacionais\\_no\\_tratamento\\_de\\_adolescentes\\_usuarios\\_de\\_substancias\\_psicoativas\\_ilicitas](https://www.researchgate.net/publication/277229395_Estudo_dos_estagios_motivacionais_no_tratamento_de_adolescentes_usuarios_de_substancias_psicoativas_ilicitas). Acesso em: 10 jan. 2022.

OZELLA, S. Adolescência: um estereótipo ou uma construção histórico-social? In: SILVA, E. A.; DE MICHELI, D. **Adolescência uso e abuso de drogas: uma visão integrativa**. São Paulo: FAP-Unifesp, 2011. p. 31-50.

OZELLA, S.; AGUIAR, W. M. J. Desmistificando a Concepção de Adolescência. **Cadernos de Pesquisa**. v. 38, n. 133, p. 97-125, 2008.

PAIANO, M.; MAFTUM, M. A.; HADDAD, M. do C. L.; MARCON; S. S. Ambulatório de saúde mental: fragilidades apontadas por profissionais. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016.

PAIM, B. R.; PORTA, D.D.; SARZI, D. M.; CARDINAL, M. F.; SIQUEIRA, D. F. de; MELLO, A. de L.; TERRA, M. G. Atendimento ao adolescente usuário de substâncias psicoativas: papel do centro de atenção psicossocial. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 1-7, 2017.

PASCHALL, M. J.; BERSAMIN, M. School-based mental health services, suicide risk and substance use among at-risk adolescents in Oregon. **Preventive medicine**, v. 106, p. 209-215, 2018.

PASSETTI, L. L.; GODLEY, M. D.; KAMINER, Y. Continuing Care for Adolescents in Treatment for Substance Use Disorders. **Child Adolescent Psychiatri Clin**, v.25, n.4, p. 669-84, 2016.

PASSOS, C. B. **Internações decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Distrito Federal entre os anos de 2000 a 2009**. 2011. 86f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2011.

PAULA, M. L de.; JORGE, M. S. B.; LIMA, L. L. de; BEZERRA, I. C. Experiências de adolescentes em uso de crack e seus familiares com a atenção psicossocial e institucionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2735-2744, 2017.

PEIXOTO, C.; PRADO, C. H. O.; RODRIGUES, C. P.; CHEDA, J. N. D.; MOTA, L. B. T.; VERAS, A. B. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J Bras Psiquiatr**. V. 59, n. 4, p. 317-321, 2010.

PEREZ, J. A.; RIOS, L. M. S.; MERELLES, S. L.; DUARTE, M. B. Internações hospitalares por uso de substâncias psicoativas no Nordeste Brasileiro em 2018. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 19, n. 3, p. 405-410, 2020.

PINTO, A. C. S. Drogas sob o olhar de jovens usuários em situação de tratamento Drugs under the perspective of young users in treatment situation. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental** [Online], v. 9, n. 3, p. 824-830, 2017. Disponível em: [https://pdfs.semanticscholar.org/e52b/f754aa2022a24dcbfc8c60fcb54a6f79eb61.pdf?\\_ga=2.188659886.707808512.1652090218-1212985428.1651502905](https://pdfs.semanticscholar.org/e52b/f754aa2022a24dcbfc8c60fcb54a6f79eb61.pdf?_ga=2.188659886.707808512.1652090218-1212985428.1651502905). Acesso em: 13 jan. 2022.

PINTO, D. O.; PINTO, L. de O.; LEONELLI, M.; FERREIRA, O. S.; MACHADO, S. Redução de danos com crianças e adolescentes em situação de abrigo. *In*: TAVARES, L. A.; JANE CRESUS, J. C. **A adolescência e o consumo de drogas: uma rede informal de saberes e práticas**. Salvador: Editora Da Universidade Federal da Bahia CETAD/UFBA, 2014. p. 93-117.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? *In*: PITTA, A. (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo, Hucitec, 1996. p. 19-30.

PITTA, A. Reabilitação psicossocial no Brasil. In: PITTA, A. (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 158-158.

PONCE, F.; FUKUSHIMA, A. R. Aspectos farmacológicos e toxicológicos da cetamina: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics**, v. 6, n. 2, p. 210-227, 2017.

POSSELT, M.; McDONALD, K.; PROCTER, N.; CRESPIGNY, C. de; GALLETLY, C. Improving the provision of services to young people from refugee backgrounds with comorbid mental health and substance use problems: addressing the barriers. **BMC public health**, v. 17, n. 1, p. 1-17, 2017.

PRESOTTO, R. F.; SILVEIRA, M.; DELGADO, P. G. G.; VASCONCELOS, E. M. Experiências brasileiras sobre participação de usuários e familiares na pesquisa em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 2837-2845, 2013.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviour. **American Psychologist, Washington**, v. 47, p. 1102-1114, 1992.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 253-271, 2014

RAPOSO, J. C. S. et al. Uso de drogas ilícitas e binge drinking entre estudantes adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-7, 2017.

RAUPP, L.; MILNITSKY-SAPIRO, C. Reflexões sobre concepções e práticas contemporâneas das políticas públicas para adolescentes: o caso da drogadição. **Saúde e Sociedade**, v. 14, p. 60-68, 2005.

REIS, C. dos; GUARESCHI, N. M. de F. Nas teias da “rede de proteção”: internação compulsória de crianças e adolescentes e a judicialização da vida. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 28, p. 94-101, 2016.

RIBEIRO, C. S.; PASSOS, I. F.; NOVAES, M. G.; DIAS, F. W. A produção bibliográfica brasileira recente sobre a assistência em saúde mental infanto-juvenil: levantamento exploratório. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 5, n. 1, jan./jul. 2010.

RIBEIRO, J. P.; GOMES, G. C.; ESLABÃO, A. D.; OLIVEIRA, N. A. O. Trajetória dos adolescentes usuários de crack até o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, n. 21, p. 1-21, 15 jul. 2019.

RIBEIRO, J. P.; GOMES, G. C.; MOTA, M. S.; LOPES, K. B. Aspectos que dificultam o tratamento do adolescente usuário de crack na rede de atenção psicossocial. **Journal of Nursing and Health**, v. 9, n. 3, 2019.

RIBEIRO, L.; OLIVEIRA, V. N.; BASTOS, L. Pavilhões do Primeiro Comando da Capital: tensões e conflitos em uma unidade prisional de segurança máxima em Minas Gerais. **O Público e o Privado**, v. 17, n. 33, p. 213-241, jan./jun., 2019.

ROCHA, C.; SILVA, M.; ASENSI, F. Juridicização engajada da adolescência: sobre um caso de internação psiquiátrica compulsória. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 201-214, 2018.

ROQUETTE, R. D. **A atenção à crise em saúde mental: refletindo sobre as práticas, a organização do cuidado e os sentidos da crise**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/843326>. Acesso em: 20 dezembro 2021

ROSA, L. C. R. A inclusão das famílias nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, v. 11, n. 18, 205-218, 2005.

ROSOLEM, R. **Entre idas e vindas ou sobre as reinternações psiquiátricas**. 2016. 123f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2016.

ROSSETTI, A. C. K.; SANTOS, V. E. P. Dependente químico: adesão ao tratamento. **Rev Téc-Cient Enferm.**, v. 4, n. 14, p. 34-41, 2006.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "países avançados". *In*: NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SABERI, P.; DAWSON, R. C.; WOOTTON, A. R.; MING, K.; LEGNITTO, D.; JESKE, M.; POLLACK, L. M.; JOHNSON, M. O.; GRUBER, V. A.; NEILANDS, T. B. Use of technology for delivery of mental health and substance use services to youth living with HIV: a mixed-methods perspective. **Aids Care**, v. 32, n. 8, p. 931-939, 2020.

SAKAE, T. M.; FERNANDEZ, E. A.; MAGAJEWSKI, F. R. L. **Análise do perfil das internações hospitalares por drogadição em Santa Catarina entre 1998-2015**. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 47, n. 3, p. 16-37, 2018.

SAMPIERI, R.; COLLADO, C.; LUCIO, P. **Metodologia de Pesquisa**. São Paulo: McGrawHill, 2006.

SANTROCK, J. W. **Adolescência**. 8ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2003.

SARACENO, B. A. **Reabilitação como cidadania**. Rio de Janeiro: TeCorá; 1999. p.111-42.

SARACENO, B. **La Fine dell' Intrattenimento**. Milano: Etas Libre, 1995.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SCADUTO, A. A.; BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 605-614, 2009.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. de S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciênc Saúde Col**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-717, set. 2005.

- SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. de S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 649-659, maio/jun. 2004.
- SCHNEIDER, D. R.; LIMA, D. S. de. Implicações dos modelos de atenção à dependência de drogas na rede básica em saúde. *Psico*, v. 42, n. 2, p. 168-178, 2011.
- SCHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E. F.M. **Adolescência através dos séculos**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 26, p. 227-234, 2010.
- SCISLESKI, A. C. C.; MARASCHIN, C.; SILVA, R. N. da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, n. 2, p. 342-352, 2008.
- SERRA, C. H. A.; SOUZA, L. A. F. de; CIRILLO, F. R. Guerra às drogas no Brasil contemporâneo: proibicionismo, punitivismo e militarização da segurança pública. **Teoria e Cultura**, v. 15, n. 2, jul. 2020.
- SIFUENTES, T. R.; DESSEN, M. A.; Oliveira, M. C. S. L. Desenvolvimento humano: desafios para a compreensão das trajetórias probabilísticas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 4, p. 379-385, 2007.
- SILVA, A. C.; BOTTI, N. C. L. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: revisão integrativa da literatura. **Portuguese Journal of Mental Health Nursing/Revista Portuguesa de Enfermagem de Saude Mental**, n. 18, 2017.
- SILVA, J. B. da. **Um estudo do perfil dos menores internados na ala de desintoxicação do Hospital Universitário do Oeste do Paraná-HOOP- e das políticas públicas relacionadas ao tema**. 2018. 95f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo, 2018.
- SILVA, M. A. I.; MELLO, F. C. M. de; MELLO, D. F. de; FERRIANI, M. das G. C.; SAMPAIO, J. M. C.; OLIVEIRA, W. A. de. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 619- 627, 2014.
- SILVA, M. A.; BANDEIRA, M.; SCALON, J. D.; QUAGLIA, M. A. C. Patients' satisfaction with mental health services: the perception of changes as predictor. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 2, p. 64-71, 2012.
- SILVA, S. N.; LIMA, M. G.; RUAS, C. M. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3799-3810, 2018.
- SILVA, V. A.; AGUIAR, A. S.; FELIX, F.; REBELLO, G. P.; ANDRADE, R. C.; MATTOS, H. F. Brazilian study of substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 3, p. 133-138, 2003.
- SILVEIRA, L. M.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 16, 91-104, 2005.

SLESNICK, N. Variables associated with família therapy attendance in Runaway youth: Preliminares dindinha. **American Journal of Família Therapy**, Philadelphia, v. 29, n. 5, p. 411-420, 2001.

SMITH, L. L. Y.; FENGXIA, C.; MIKAYLA, M.; KAMAL, T.; DAWN, A.; OLUWATOYOSI, H.; KISHA, B. Exploring the link between substance use and mental health status: what can we learn from the self-medication theory? **Journal of health care for the poor and underserved**, v. 28, n. 2, p. 113-131, 2017.

SOARES, R. G.; SILVEIRA, P. S. da; MARTINS, L. F.; GOMIDE, H. P.; LOPES, T. M.; RONZANI, T. M. Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas. **Estudos de Psicologia**, v. 16, n. 1, p. 91-98, 2011.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 637-644, 2010.

SPOHR, B.; LEITÃO, C.; SCHNEIDER, D. R. Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da Grande Florianópolis. **Revista de Ciências Humanas**, n. 39, p. 219-236, abr. 2006.

SPRINTHALL, N. A.; COLLINS, W. A. **Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista**. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999.

STEINBERG, L.; LERNER, R. M. The scientific study of adolescence: A brief history. **The Journal of Early Adolescence**, v. 24, p. 45-54, 2004.

STRAUSS, J. L.; ZERVAKIS, J. B.; STECHUCHAK, K. M.; OLSEN, M. K.; SWANSON, J.; SWARTZ, Marvin S.; WEINBERGER, M.; MARX, C. E.; CALHOUN, P. S.; BRADFORD, D. W.; BUTTERFIELD, M. I.; ODDONE, E. Z. Adverse impact of coercive treatments on psychiatric inpatients' satisfaction with care. **Community Mental Health Journal**, v. 49, n. 4, p. 457-465, 2013.

SURJAN, J.; PILLON, S.; LARANJEIRA, R. O que acontece com os pacientes dependentes de álcool e drogas que desaparecem das primeiras consultas? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.49, n.8, p. 271-275, 2000.

TABORDA, J. G. V.; BAPTISTA, J. P.; GOMES, D. A. R.; NOGUEIRA, L.; CHAVES, M. L. F. Perception of coercion in psychiatric and nonpsychiatric (medical and surgical) inpatients. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 27, n. 2, p. 179-192, 2004.

TAÑO, B. L. **Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico**. 2014. 207 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

TEIXEIRA, V. dos S.; MONTEIRO, C. B.; FERREIRA, E. C.; PACHECO, M. A. B.; SANTIAGO, M. P.; LOYOLA, C. M. D. Primeira internação psiquiátrica na visão dos familiares. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 24, p. 704-720, 2021.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TETZLAFF, B. T.; KAHN, J. H.; GODLEY, S. H.; GODLEY, M. D.; DIAMOND, G. S.; FUNK, R. R. Working alliance, treatment satisfaction, and patterns of posttreatment use among adolescent substance users. **Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors**, v. 19, n. 2, p. 199-207, 2005.

TRISTÃO, K. G.; AVELLAR, L. Z. A estratégia de redução de danos no cuidado a adolescentes em uso de substâncias psicoativas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 11, n. 30, p. 55-77, 2019.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 507-514, 2005.

UNODC. United Nation Office on Drugs and Crime. **World Drug Report, 2017**. Disponível em: <https://www.unodc.org/wdr2017/?msclkid=e7f0db73cfee11ecb39836a6ced61d49>. Acesso em: 12 jan. 2022.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report, 2019**. Disponível em: <https://wdr.unodc.org/wdr2019/?msclkid=e7f13707cfee11ec89437f9e62df5983>. Acesso em 12 jan. 2022.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report, 2021**. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>. Acesso em 12 jan. 2022.

URBANOSKI, K. A. **A theory-based analysis of coercion in addiction treatment**. 2010. 162f. Tese (Doutorado em Filosofia). - Dalla Lana School of Public Health University of Toronto. 2010.

VALENCIA, J. G.; VILLANUEVA, M. P. M. Factores asociados al abandono temprano del tratamiento de trastornos por uso de sustancias en una institución de Medellín, Colombia. **Revista Colombiana de Psiquiatria**, v. 43, n. 1, p. 7-17, 2014.

VARGAS, C., NELSON, A. Cambios en la familia: repercusiones en la práctica pediátrica. **Revista Chilena de Pediatría**, v. 72, n. 2, p. 77-80, 2001.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 1-8, abr. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000200013>. Acesso em: 13 jan. 2022.

VERONESE, J. R. P. O adolescente autor de ato infracional sob a perspectiva da intersectorialidade. **Revista do Direito**, n. 47, p. 125-143, 2015.

VICENTIN, M. C. G.; ASSIS, D. A. D.; JOIA, J. H. O direito de crianças e adolescentes ao cuidado em saúde mental: tensões entre proteção e tutela no caso do uso de drogas. **DIKÉ Revista do Mestrado em Direito da UFS**, v. 4, n. 1, p. 21-50, 2015.

VICENTIN, M. C. G.; GRAMKOW, G.; MATSUMOTO, A. E. Patologização da adolescência e alianças psi-jurídicas: algumas considerações sobre a internação psiquiátrica involuntária. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 268-272, dez. 2010.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P.; OLSCHOWSKY, A.; SCHNEIDER, J. F.; CAMATTA, M. W. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência e Saúde Coletiva.**, v. 16, n. 4, p. 2133-2143, 2011.

WHO. World health organization. **Neuroscience of psychoactive substance use and dependente**. Geneva: Word Health Organization, 2004.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. 2006. 208 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública/FioCruz, Rio de Janeiro, 2006.

YASUI, S. **Vestígios, desassossegos e pensamentos soltos**: atenção psicossocial e a reforma psiquiátrica em tempos sombrios. 2016. 217 f. Tese de Livre-Docência – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2016a.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em debate**, v. 32, n. 78-79-80, p. 27-37, 2008.

ZANATTA, A. B.; GARGHETTI, F. C.; LUCCA, S. R. O centro de atenção psicossocial álcool e drogas sob a percepção do usuário. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 225-237, 2012.

## APÊNDICE A



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ADOLESCENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: DESAFIOS VIVENCIADOS EM INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS E AS POSSIBILIDADES DE CUIDADO NO CAPSAD

**Pesquisador:** NATALIA ALONSO PEREIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 39624920.8.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional - PPGTO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.477.341

#### **Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_\_1631138, de 12/12/2020 - versão 2) e/ou do Projeto Detalhado (de 12/12/2020): RESUMO - O objetivo deste estudo é verificar as percepções de adolescentes, usuários de substâncias psicoativas (SPA), sobre as internações psiquiátricas e sobre o acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAd), bem como identificar os principais desafios enfrentados por elas nestes processos. Trata-se de estudo exploratório, de abordagem qualitativa, no qual participarão do estudo adolescentes de qualquer orientação sexual, que já tenham sofrido internações psiquiátricas por uso de substância e estejam em acompanhamento em CAPSAd. A pesquisa será realizada no CAPSAd de uma cidade do interior paulista. Será solicitado aos participantes que respondam a um formulário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada. Os dados serão analisados por meio do Método de Análise de Conteúdo de Bardin e a expectativa é que os resultados possam contribuir para o avanço do conhecimento desta realidade e para o aprimoramento e qualificação das práticas de cuidado voltados para esta população. HIPÓTESE - Esse estudo busca compreender com profundidade as diferentes problemáticas envolvidas com o uso abusivo de substâncias psicoativas e as formas de tratamento específicas. Não há hipóteses a serem testadas à priori. No entanto,

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.585-905

**Telefone:** (18)3351-9885

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



considera-se a possibilidade de que dando voz aos próprios adolescentes seja possível identificar fatores que podem favorecer intervenções terapêuticas junto à essa população. METODOLOGIA - Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, de abordagem qualitativa.5.1 População do estudo Participarão do estudo adolescentes de qualquer orientação sexual , que já foram internados para tratamento de dependência química e que estão em acompanhamento em CAPS ad. A amostra será por conveniência, composta por adolescentes com idades entre 12 a 18 anos.LOCAL A pesquisa será realizada, por conveniência, em um CAPSad do estado de São Paulo, regularmente registrado no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), localizado em um

município de médio porte, com 240.590 habitantes. No município que o estudo será realizado, adolescentes usuários de substâncias psicoativas são atendidos exclusivamente no CAPS AD, apesar do município contar com CAPS IJ.5.3 Instrumentos: será utilizado um formulário para traçar o perfil sociodemográfico dos usuários (as) e de seus familiares. Também será utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado com os adolescentes contendo questões abordando suas percepções sobre o uso de substâncias, seus percursos de vida, tratamentos e desafios enfrentados durante o processo de internação e durante as intervenções no CAPS ad.5.4 Materiais e equipamentos Serão utilizados na pesquisa: papel sulfite, caneta, gravador, impressora, computador.5.5 Procedimentos

5.5.1. Procedimentos éticos. Inicialmente será realizada a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, sendo que somente após a aprovação é que o estudo será desenvolvido. Todos os participantes e seus responsáveis serão orientados quantos aos objetivos e procedimentos do estudo, e após concordarem, assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido. Para os adolescentes com idade

inferior a 18 anos, será aplicado o Termo de Assentimento, ficando o familiar, responsável por assinar o Termo de consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o sigilo dos entrevistados seus nomes serão omitidos. Após procedimentos éticos e aprovação da secretaria de saúde do município e do CAPS selecionado, a coleta de dados será iniciada com a localização das adolescentes que atendem aos critérios estabelecidos, sendo convidadas a participarem da pesquisa. Após conclusão do estudo, os principais resultados serão apresentados para a equipe do CAPS onde o estudo foi realizado, bem como a coordenação de saúde mental do município e demais equipamentos interessados.5.5.2. Elaboração dos instrumentos de coleta de dados: A partir da literatura emergente sobre a temática, relativa ao cuidado de usuários de substâncias psicoativas, tanto no contexto da internação psiquiátrica quanto nos serviços comunitários, como

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9885

E-mail: cephumanos@ufscar.br



nos CAPS, é que serão levantados os principais aspectos a serem considerados no roteiro de entrevista. A primeira versão do roteiro de entrevista construído a partir da literatura da área, será enviado aos juízes especialistas e pesquisadores da área e será solicitado que avaliem a adequação, coesão, compreensão das temáticas, a sequência das questões, bem como possíveis sugestões. Manzini, 2003 reforça sobre a importância de após a construção do roteiro de entrevista, que seja realizada a avaliação por juízes da área. Uma aplicação teste será realizada utilizando-se a versão do roteiro obtida após avaliação dos juízes, buscando aproximação com a realidade do objeto de estudo. Tal aplicação será realizada com adolescentes vinculados a um Caps que não será o mesmo onde o estudo será realizado. Após aplicação teste, será elaborada a versão final do roteiro de entrevista. 5.5.3 Procedimento para coleta de dados: Após o aceite dos participantes e dos responsáveis serão agendadas entrevistas em local reservado, nas dependências do caps, com os adolescentes sobre as percepções e desafios enfrentados durante processo de internação psiquiátrica e no momento atual. As entrevistas serão registradas em áudio. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO - Os critérios de inclusão a serem adotados serão: atualmente estar vinculado a um CAPS, ter sido usuários de substâncias psicoativas, possuir uma ou mais internações para tratamento de dependência química, ter entre 12 e 18 anos.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Diante da problemática apresentada, o presente trabalho tem como objetivo geral compreender a partir das percepções de adolescentes usuários(as) de substâncias psicoativas sobre suas experiências nas internações psiquiátricas e nos CAPS.

Objetivo Secundário: Compreender quais foram os maiores desafios e possíveis benefícios vivenciados pelos adolescentes durante o processo de internação psiquiátrica. Identificar a opinião dos adolescentes sobre os benefícios e compreender os maiores desafios enfrentados por eles no tratamento oferecido pelo CAPS. Identificar os percursos e desafios relacionados ao uso de substâncias e ao gênero dos adolescentes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos apresenta riscos. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade. Dessa forma, o pesquisador deve fazer o exercício da alteridade colocando-se no lugar do sujeito participante para detectar possíveis riscos, que podem ser físicos, morais ou psicológicos.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.477.341

Neste sentido o presente projeto apresenta como:

**Riscos:** Os riscos ao aceitar participar desta pesquisa são pequenos, porém falar sobre alguns assuntos pode ser desagradável para o adolescente, mas estaremos disponíveis para acolhimento e conversa com o adolescente a qualquer momento que o desconforto surgir.

**Benefícios:** Saber o que os adolescentes têm a dizer sobre seu próprio tratamento é uma ferramenta importante para a modificação das estratégias de cuidado. Os adolescentes precisam saber que suas necessidades serão ouvidas, consideradas e colocadas em prática dentro das possibilidades. O reconhecimento sobre os fatores que leva à insatisfação dos adolescentes tanto no que se refere às internações quanto nos CAPS pode ampliar a aceitação/participação nas intervenções oferecidas nos serviços de saúde e reduzir sua insatisfação.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

**Recomendações:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências apontadas anteriormente foram solucionadas e, portanto, considera-se que este projeto está aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. Conforme dispõe o Capítulo VI, Artigo 28, da Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9885

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.477.341

encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1631138.pdf	12/12/2020 19:39:48		Aceito
Parecer Anterior	Carta_Resposta_versao2.docx	12/12/2020 19:33:26	NATALIA ALONSO PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_18_ANOS.pdf	12/12/2020 19:31:23	NATALIA ALONSO PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO.pdf	12/12/2020 19:31:15	NATALIA ALONSO PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	12/12/2020 19:31:05	NATALIA ALONSO PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO.pdf	12/12/2020 19:30:51	NATALIA ALONSO PEREIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	12/12/2020 19:27:23	NATALIA ALONSO PEREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_instituicao.pdf	20/10/2020 16:53:49	NATALIA ALONSO PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_natalia.pdf	20/10/2020 16:23:14	NATALIA ALONSO PEREIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 4.477.341

SAO CARLOS, 19 de Dezembro de 2020

---

**Assinado por:**  
**ADRIANA SANCHES GARCIA DE ARAUJO**  
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9885

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

Página 06 de 06

## APÊNDICE B

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL – PPGTO

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução nº 510/2016 do CNS).

O (a) adolescente pelo qual você é responsável está sendo convidado para participar da pesquisa: **“Percepções e desafios enfrentados por adolescentes usuários de substâncias psicoativas nas internações psiquiátricas e no CAPSad”**.

Esta pesquisa tem como objetivo saber sobre as vivências do adolescente nas internações psiquiátricas e no tratamento do CAPSad. Neste estudo é muito importante ouvir o que os jovens têm a dizer sobre o que viveram nestes espaços. Além disso, queremos saber os maiores desafios enfrentados por eles durante o tratamento e saber se na opinião deles, o tratamento nestes locais foi bom de alguma forma. Essa pesquisa não envolve gêneros específicos. O adolescente sob sua responsabilidade, foi convidado para esta pesquisa por já ter passado por atendimento no CAPSad, e por já ter sido internado por uso substâncias psicoativas.

Gostaríamos de conhecer um pouco sobre a história de vida do adolescente, e sobre como sua relação com a droga começou, assim, colocaremos essas informações no formulário. A pesquisadora se apresentará e acompanhará o adolescente previamente indicado pela equipe multiprofissional do CAPSad durante as atividades no serviço, a fim de conhecer a rotina neste local e se integrar no ambiente. Após esse acompanhamento, apresentará o convite de participação ao adolescente e, neste momento a pesquisadora explicará de forma clara e acessível sobre os objetivos da pesquisa e o que está previsto para a participação. Caso o/a adolescente aceite participar, será combinado dia, horário e local reservado para um encontro onde a entrevista será realizada. A entrevista tratará sobre a opinião do adolescente acerca dos aspectos de seu tratamento no CAPSad e, também, do tratamento recebido anteriormente no hospital psiquiátrico, de forma a identificar as ações de cuidado consideradas positivas e de apoio ao processo de tratamento ao qual o adolescente se submeteu (Hospital) e o que está em curso no momento da entrevista (CAPSad).

Gostaríamos de pedir sua autorização para a gravação das entrevistas. É importante que você saiba que tanto a identidade do adolescente quanto à sua (familiar ou responsável) serão mantidas em segredo, ou seja, quando divulgarmos o estudo ninguém saberá quem nos deu as informações e tudo o que conversarmos só servirá para o estudo. O nome do adolescente será trocado por um nome fictício (falso) para proteger a sua identidade.

As atividades ocorrerão dentro do cronograma da instituição, após análise e aprovação do CAPSad. A pesquisa será feita com encontros nas datas em que o adolescente já frequenta o CAPS. Os resultados do estudo poderão ser divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos. Reforço novamente que todos os dados serão tratados de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado o nome do adolescente ou de seu responsável.

A participação nesta pesquisa é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela participação do adolescente. Caso ele (a) tenha algum gasto para participar desta pesquisa, ele (a) será reembolsado pela pesquisadora. A entrevista será conduzida individualmente pela pesquisadora e não oferece aos adolescentes nenhum risco físico, porém, é possível ocasionalmente ocorrer algum incômodo, pois busca refletir sobre os tratamentos no CAPSad e hospital psiquiátrico, e relembrar algumas vivências pode gerar algum desconforto para o adolescente. Ressalta-se que a pesquisadora estará disponível para acolher e conversar com o/a adolescente se ele (a) assim desejar. A pesquisadora se responsabilizará também por buscar e viabilizar que o/a adolescente seja encaminhado para profissional especializado, caso a necessidade de maior acompanhamento seja identificada. Complementarmente, o telefone de contato da pesquisadora permanecerá disponível durante todo o período da coleta de dados. A qualquer momento o adolescente poderá desistir de participar desta pesquisa, e isso não trará nenhum prejuízo.

A participação do adolescente é muito importante para conhecermos sua realidade, e dos tratamentos que já recebeu relacionados ao uso de drogas. Saber o que ele (a) tem a dizer sobre esses locais pode nos ajudar a propor mudanças nestes serviços, de forma que atendam às suas necessidades, e na medida do possível que estejam mais de acordo com os seus interesses para assim melhorar a qualidade de atendimento destes serviços.

Você receberá uma via deste termo no qual está o meu telefone e endereço para tirar dúvidas em relação ao projeto ou sobre a participação de seu adolescente a qualquer momento.

A pesquisadora principal é: Natalia Alonso Pereira, inscrita no conselho regional CREFITO 19497-TO, mestranda pelo programa de pós-graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar, orientada pela Prof. Dra. Thelma Simões Matsukura

O endereço é: Rodovia Washington Luis, km 235 - São Carlos – São Paulo. CEP:13565-905. Departamento de Terapia Ocupacional – Laboratório de Saúde Mental – UFSCar- São Carlos.

Contato telefônico: (14)99605-6431.

E-mail: natalia.small45@gmail.com

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal**

**676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-9685. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br**

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável\*

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Pesquisador

## APÊNDICE C

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL – PPGTO**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Participante maior de 18 anos (Resolução nº 510/2016 do CNS).**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“Percepções e desafios enfrentados por adolescentes usuários de substâncias psicoativas nas internações psiquiátricas e no CAPSad”**.

Esta pesquisa tem como objetivo saber sobre suas vivências durante as internações psiquiátricas e durante o tratamento no CAPSad. Neste estudo é muito importante ouvir o que você tem a dizer sobre o que viveu nestes espaços. Além disso, queremos saber os maiores desafios que você enfrentou nestes espaços e se o tratamento nestes locais foi bom para você de alguma forma. Essa pesquisa não envolve gêneros específicos. Você foi convidado para esta pesquisa por estar em acompanhamento/tratamento no CAPSad, e por já ter sido internado para tratamento devido ao uso substâncias psicoativas.

Gostaríamos de conhecer um pouco sobre a sua história de vida, e sobre como sua relação com a droga foi iniciada, assim, colocaremos essas informações no formulário. A pesquisadora se apresentará e após a indicação da equipe multiprofissional do CAPSad, você será acompanhado durante as atividades no serviço, para que a pesquisadora possa conhecer sua rotina no serviço e se integrar ao ambiente. Após esse acompanhamento, será apresentado à você o convite de participação nesta pesquisa e, neste momento a pesquisadora explicará de forma clara e acessível sobre os objetivos da pesquisa e o que está previsto para sua participação. Caso você aceite participar, será combinado dia, horário e local reservado para um encontro onde a entrevista será realizada. A entrevista consistirá em perguntas sobre aspectos de seu tratamento no CAPSad e, também, do tratamento recebido anteriormente no hospital psiquiátrico, de forma a identificar as ações de cuidado consideradas positivas e de apoio ao processo de tratamento ao qual você se submeteu (Hospital) e o que está em curso no momento da entrevista (CAPSad).

Gostaríamos de pedir sua autorização para a gravação das entrevistas. É importante que você saiba que tanto a sua identidade como a da sua família serão mantidas em segredo, ou seja, quando divulgarmos o estudo ninguém saberá quem nos deu as informações e tudo o que conversarmos só servirá para o estudo. Seu nome será trocado por um nome fictício (falso) para proteger a sua identidade.

As atividades ocorrerão dentro do cronograma da instituição, após análise e aprovação do CAPSad. A pesquisa será feita por meio de encontros nas datas em que você já frequenta o CAPS. Os resultados do estudo poderão ser divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos. Reforço novamente que todos os dados serão tratados de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome.

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pelo seu envolvimento na pesquisa. Caso você tenha algum gasto para participar desta pesquisa, você

será reembolsado pela pesquisadora responsável. Essa pesquisa não te trará nenhum risco físico, porém é possível ocasionalmente ocorrer algum incômodo, pois busca refletir sobre os tratamentos no CAPSad e hospital psiquiátrico, e relembrar algumas vivências poderá gerar algum desconforto. Ressalta-se que a pesquisadora estará disponível para te acolher e conversar com você, se assim desejar. A pesquisadora se responsabilizará também por buscar/viabilizar que você seja encaminhado para profissional especializado, caso seja identificada a necessidade de maior acompanhamento. Complementarmente, o telefone de contato da pesquisadora permanecerá disponível durante todo o período da coleta de dados. A qualquer momento você poderá desistir de participar desta pesquisa, e isso não trará nenhum prejuízo a você.

A sua participação é muito importante para conhecermos a sua realidade, e dos tratamentos que você já recebeu relacionados ao uso de drogas. Saber o que você tem a dizer sobre esses locais pode nos ajudar a propor mudanças nestes serviços, de forma que atendam às suas necessidades, e na medida do possível que estejam mais de acordo com os seus interesses para assim melhorar a qualidade destes serviços.

Você receberá uma via deste termo no qual está o meu telefone e endereço para tirar dúvidas em relação ao projeto, ou quanto à sua participação, quando precisar.

A pesquisadora principal é: Natalia Alonso Pereira, inscrita no conselho regional CREFITO 19497-TO, mestranda pelo programa de pós-graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar, orientada pela Prof. Dra. Thelma Simões Matsukura.

O endereço é: Rodovia Washington Luis, km 235 - São Carlos – São Paulo. CEP:13565-905. Departamento de Terapia Ocupacional – Laboratório de Saúde Mental – UFSCar- São Carlos.

Contato telefônico: (14)99605-6431.

E-mail: natalia.small45@gmail.com

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal**

**676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-9685. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br**

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Participante \*

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Pesquisador

## APÊNDICE D

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL – PPGTO

#### Termo de Assentimento (Resolução nº 510/2016 do CNS).

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“Percepções e desafios enfrentados por adolescentes usuários de substâncias psicoativas nas internações psiquiátricas e no CAPSad”**. Seus pais ou responsáveis deixaram você participar.

Esta pesquisa tem como objetivo saber sobre suas vivências durante as internações psiquiátricas e durante o tratamento no CAPSad. Neste estudo é muito importante ouvir o que você tem a dizer sobre o que viveu nestes espaços. Além disso, queremos saber os maiores desafios que você viveu nestes espaços e se o tratamento nestes locais foi bom para você de alguma forma. Essa pesquisa não envolve gêneros específicos. Você foi convidado para esta pesquisa por estar em acompanhamento/tratamento no CAPSad, e por já ter sido internado para tratamento devido ao uso substâncias psicoativas.

Gostaríamos de conhecer um pouco sobre a sua história de vida, e sobre como sua relação com a droga começou, assim, colocaremos essas informações no formulário. A pesquisadora se apresentará e acompanhará você nas atividades do CAPS, a fim de conhecer a rotina neste local. Após esse acompanhamento, apresentaremos o convite de participação a você e, neste momento a pesquisadora explicará de forma clara e acessível sobre os objetivos desta pesquisa e sobre as etapas de sua participação. Caso você aceite participar, será combinado dia, horário e local reservado para um encontro onde a entrevista será realizada. A entrevista tratará sobre a sua opinião acerca dos aspectos de seu tratamento no CAPSad e no hospital psiquiátrico, para saber sobre os maiores desafios enfrentados nestes tratamentos. Gostaríamos de saber também se você acredita que estes tratamentos te ajudaram de alguma forma.

Gostaríamos de pedir sua autorização para a gravação das entrevistas. É importante que você saiba que tanto a sua identidade como a da sua família serão mantidas em segredo, ou seja, quando divulgarmos o estudo ninguém saberá quem nos deu as informações e tudo o que conversarmos só servirá para o estudo. Seu nome será trocado por um nome fictício (falso) para proteger a sua identidade.

As atividades ocorrerão dentro do cronograma da instituição, após análise e aprovação do CAPSad. A pesquisa será feita com encontros nas datas em que você já frequenta o CAPS. Os resultados do estudo poderão ser divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos. Reforço novamente que todos os dados serão tratados de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome ou dos seus responsáveis.

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. Caso você tenha algum gasto para participar desta pesquisa, você será reembolsado pela pesquisadora responsável. Essa pesquisa não te trará nenhum risco físico, porém é possível ocasionalmente ocorrer algum incômodo, pois busca refletir sobre os

tratamentos no CAPSad e hospital psiquiátrico, e relembrar algumas vivências poderá causar algum desconforto. Ressalto que a pesquisadora estará disponível para te acolher e conversar com você, se assim desejar e também se responsabilizará por possibilitar que você seja encaminhado para profissional especializado, caso seja identificada a necessidade de maior acompanhamento. O telefone de contato da pesquisadora permanecerá disponível durante todo o período da coleta de dados. A qualquer momento você poderá desistir de participar desta pesquisa, e isso não trará nenhum prejuízo a você.

A sua participação é muito importante para conhecermos a sua realidade, e dos tratamentos que você já recebeu relacionados ao uso de drogas. Saber o que você tem a dizer sobre esses locais pode nos ajudar a propor mudanças nestes serviços, de forma que atendam às suas necessidades, e na medida do possível que estejam mais de acordo com os seus interesses para assim melhorar estes serviços.

Você receberá uma via deste termo no qual está o meu telefone e endereço para tirar dúvidas em relação ao projeto, ou quanto à sua participação, quando precisar.

A pesquisadora principal é: Natalia Alonso Pereira, inscrita no conselho regional CREFITO 19497-TO, mestranda pelo programa de pós-graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar, orientada pela Prof. Dra. Thelma Simões Matsukura.

O endereço é: Rodovia Washington Luis, km 235 - São Carlos – São Paulo. CEP:13565-905. Departamento de Terapia Ocupacional – Laboratório de Saúde Mental – UFSCar- São Carlos.

Contato telefônico: (14)99605-6431.

E-mail: natalia.small45@gmail.com

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal**

**676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-9685. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br**

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Participante \*

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Pesquisador

**Consentimento pós informado**

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa  
“Percepções e desafios enfrentados por adolescentes usuários de substâncias psicoativas nas  
internações psiquiátricas e no CAPSad”.

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer  
“sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém  
vai ficar furioso.

A pesquisadora tirou minhas dúvidas e conversou com os meus responsáveis. Esse  
termo foi lido para mim pela pesquisadora, eu recebi uma cópia dele e concordo em participar  
dessa pesquisa.

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Natalia Alonso Pereira

\_\_\_\_\_  
Nome do (a) Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Pesquisador (a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Participante

## APÊNDICE E

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO

#### EIXO 1

- 1) Conte um pouco sobre como você começou a usar drogas.
- 2) Quais drogas você já experimentou?
- 3) Na sua opinião, o que te levou a usar drogas?
- 4) Na sua opinião, usar droga trouxe quais consequências (causas/efeitos) para sua vida?
- 5) Quais tratamentos você já fez? Conte um pouco sobre os tratamentos que você fez antes de chegar ao CAPSad.
- 6) Qual foi a primeira vez que você recebeu tratamento para uso de drogas? Fale sobre isso.
- 7) Quando foi que você sentiu que precisava de ajuda? Conte um pouco sobre isso.
- 8) Pensando no agora, como tem sido seu dia-a-dia?

#### EIXO 2: HOSPITAL PSIQUIATRICO

- 1) Como foi a sua última internação? Fale sobre isso.
  - 2) Você foi internado para tratamento desejando fazer o tratamento ou sua família decidiu que você precisava fazer o tratamento? Fale sobre isso.
  - 3) Como foi sua chegada ao hospital? Quais foram as suas primeiras impressões?
  - 4) Como era a rotina no hospital?
  - 5) Das atividades que você participava:
    - a) Quais você mais gostava?
    - b) Quais não gostava? Fale um pouco sobre isso.
  - 6) Como era sua relação com os trabalhadores do hospital? Fale sobre isso.
  - 7) Como era a convivência com os outros pacientes? Conte-me um pouco sobre isso.
  - 8) Alguma coisa durante a internação te incomodava? Fale sobre isso.
  - 9) Você se lembra do que mais sentia falta quando estava internado? Fale sobre isso.
  - 10) Como era seu contato com a família durante a internação?
  - 11) Na internação, que tipo de ajuda você gostaria de ter recebido além da que recebeu?
  - 12) Da sua experiência na internação, quais as principais falhas que você observou?
  - 13) Você tem sugestões para que as internações pudessem ajudar melhor as pessoas que procuram esse tipo de tratamento?
- 14) No que a internação te ajudou? Fale sobre isso.
- 15) Pensando em sua saída do hospital, como foi voltar para casa?
- a) Como foi sua relação com as drogas?
  - b) O que você recebeu de acompanhamento?
  - c) Você teria sugestões sobre o que poderia ajudar as pessoas que saem da internação por uso de drogas?

#### 16) EIXO 3: CAPSad

- 1) Como foi sua chegada ao CAPSAd? Você começou a fazer o tratamento no CAPSAd por vontade própria, ou sua família insistiu? Fale sobre isso.
- 2) Quais foram as suas primeiras impressões? Fale sobre isso.
- 3) Logo quando você começou a frequentar o CAPSAd, você recebeu alguma orientação, ou ajuda para esse momento? Fale sobre isso.
- 4) Quais as atividades que você participa aqui no CAPS, qual a frequência, e você faz tudo o que é indicado para você?
  - a) Dessas atividades, quais você mais gostava?
  - b) Quais não gostava? Fale um pouco sobre isso.
- 5) Qual é a programação de atividades aqui no CAPSAd?
- 6) Como é sua relação com os trabalhadores do CAPSAd? Fale sobre isso.
- 7) Como é a convivência com os outros pacientes? Conte-me um pouco sobre isso.
- 8) Alguma coisa durante seu tratamento aqui no CAPSAd te incomoda? Fale sobre isso.
- 9) Sua família participa de alguma programação aqui no CAPS?
- 10) Diferente de uma internação, como é estar em tratamento para uso de drogas, e poder circular pelas ruas, pela comunidade, e estar perto dos familiares ao mesmo tempo? Conte-me um pouco sobre isso.
- 11) O que motiva você a estar no CAPS?
- 12) Você aprendeu alguma coisa no CAPSAd que te ajudou?
- 13) Neste momento que você veio para o CAPSAd, que tipo de ajuda você gostaria de ter recebido além da que recebeu?
- 14) Refletindo sobre seu tratamento atual, você acredita que coopera para seu próprio tratamento?
- 15) O que você acha que te ajuda a persistir e colaborar com seu próprio tratamento aqui no CAPSAd?
- 16) Em sua opinião, no que o CAPSAd te ajuda?
- 17) Da sua vivência no CAPSAd, quais as principais falhas que você observou?
- 18) Você tem sugestões para que o CAPSAd pudesse ajudar melhor jovens em situação parecida com a sua? Fale sobre isso.
- 19) Você acha que algum acompanhamento poderia te ajudar após a alta do CAPSAd? O que poderia ser? (Sugestões).

#### EIXO 4

- 1) Como você em relação ao uso de SPA hoje?
- 2) Como é a relação com a sua família hoje em dia? Fale mais sobre isso.
- 3) O que você acha que poderia contribuir para sua vida neste momento?
- 4) No futuro o que você espera das suas relações pessoais e sociais de forma geral?
- 5) Depois de tudo o que você viveu, e de todos os percursos que atravessou, quais são seus planos e expectativas para o futuro?
- 6) Essa pesquisa busca conhecer a realidade de adolescentes que já fizeram uso de drogas e passaram por tratamento tanto no hospital psiquiátrico quanto no CAPS, buscando melhorar esses serviços de forma que levem em conta as escolhas/interesses de vocês. Dito isso, você gostaria de dizer mais alguma coisa?

## APÊNDICE F

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL – PPGTO

Formulário de identificação do adolescente

Pesquisa: “**ADOLESCENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: DESAFIOS VIVENCIADOS EM INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS E AS POSSIBILIDADES DE CUIDADO NO CAPSadCAPSad**”.

Pesquisadora: **Natalia Alonso Pereira**

### ADOLESCENTE

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

COR: PARDA (\_\_\_) BRANCA (\_\_\_) PRETA (\_\_\_) AMARELA (\_\_\_) INDIGENA (\_\_\_)

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

GENERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL: \_\_\_\_\_

POSSUI FILHOS: SIM (\_\_\_) NÃO (\_\_\_). CASO SIM, QUANTOS? \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

FREQUENTA ESCOLA: SIM (\_\_\_) NÃO (\_\_\_)

SE NÃO, HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ SEM FREQUENTAR A ESCOLA E MOTIVO? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

JÁ REPROVOU DE ANO? \_\_\_\_\_

JÁ MUDOU DE ESCOLA? SE SIM, QUAIS? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ATUALMENTE RESIDE COM QUEM? (GRAU DE PARENTESCO) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A CASA EM QUE VOCÊ MORA É: PRÓPRIA (\_\_\_) ALUGADA (\_\_\_) OUTROS (\_\_\_)

MEMBROS DA CASA QUE TRABALHAM? \_\_\_\_\_

VOCÊ JÁ TRABALHOU? SIM (\_\_\_) NÃO (\_\_\_)

SE SIM, NO QUE: \_\_\_\_\_

VOCÊ TRABALHA ATUALMENTE? SIM (\_\_\_) NÃO (\_\_\_). CASO SIM, EM QUE?

\_\_\_\_\_

VOCÊ JÁ TEVE ALGUM ENVOLVIMENTO COM A JUSTIÇA? SIM (\_\_\_) NÃO (\_\_\_). CASO SIM, PORQUE? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

POSSUI ALGUM BENEFÍCIO DO GOVERNO? SIM (\_\_\_) NÃO (\_\_\_)

QUAL ? \_\_\_\_\_