

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

CAMILA CAMARGO SANTAROSA

**O TERAPEUTA OCUPACIONAL NA REDE DE ATENÇÃO E
CUIDADO À CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

São Carlos - SP

2016

CAMILA CAMARGO SANTAROSA

**O TERAPEUTA OCUPACIONAL NA REDE DE ATENÇÃO E
CUIDADO À CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, área de concentração: Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional.

Linha: Redes sociais e vulnerabilidades

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi

São Carlos - SP

2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S233t Santarosa, Camila Camargo
O terapeuta ocupacional na rede de atenção e
cuidado à crianças e adolescentes usuários de
substâncias psicoativas / Camila Camargo Santarosa. --
São Carlos : UFSCar, 2016.
197 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
São Carlos, 2016.

1. Terapia ocupacional. 2. Rede. 3. Substâncias
psicoativas. 4. Drogas. 5. Infância. I. Título.

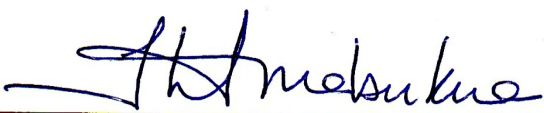


Folha de Aprovação

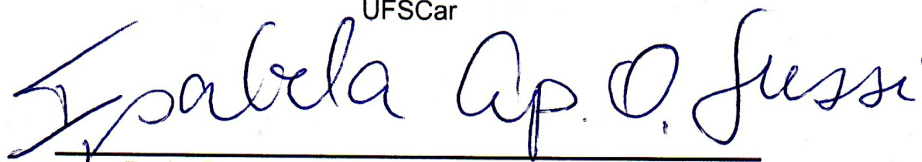
Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Camila Camargo Santarosa, realizada em 24/02/2016:



Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi
UFSCar



Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura
UFSCar



Profa. Dra. Luciana Togni de Lima e Silva Surjus
UNICAMP

PT

DEDICATÓRIA

*Aos meninos e meninas da rua que transitam entre a vulnerabilidade e a resiliência.
Aos terapeutas ocupacionais que na prática constroem essa profissão e se dedicam
à produção de vidas.*

AGRADECIMENTOS

Ao PPGTO, pelos meus primeiros passos como pesquisadora.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi, pela paciência com a minha insistência e fixação pela TO, pelo aprendizado e exemplo, pelas dores compartilhadas nesse período de turbulência que foi para nós.

À Profa. Dra. Thelma Matsukura, pelos ensinamentos iniciais sobre pesquisa e às contribuições na reta final compondo a banca, juntamente com a Profa. Dra. Maria Fernanda Cid e Profa. Dra. Luciana Togni Surjus pelas contribuições, referências, inspiração e exemplo a ser seguido, meus agradecimentos.

Meus agradecimentos às professoras Roseli Esquerdo Lopes e Ana Paula Serrata Malfitano que, com paciência, me auxiliaram nas desconstruções e reconstruções da Terapia Ocupacional, me ensinando a questionar e a lidar com o fato de que nem sempre temos respostas, mas reflexões.

À Profa. Dra. Taís Quevedo Marcolino pelo carinho, recepção e modelo de profissional.

À Jo Benetton, sempre perto apoiando pessoal e profissionalmente, agradeço pelas contribuições sobre o Método Terapia Ocupacional Dinâmica na minha vida profissional e acadêmica.

À Supervisão Técnica de Saúde Sé e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo por tornar essa pesquisa possível.

Aos gestores e terapeutas ocupacionais que participaram desta pesquisa, meus agradecimentos pela recepção e disponibilidade em contribuir com a construção do conhecimento.

Aos meus pais, que me ensinaram a ter força e coragem para não desistir dos desafios e paciência para concretizá-los, sem pressa de ser feliz.

À minha sis, pelo companheirismo, apoio e ajuda em vários setores da minha vida.

Ao meu noivo, sempre companheiro, parceiro e que me ensina a ser melhor a cada dia, meus agradecimentos e admiração.

Aos amigos antigos que entenderam minha ausência e que, sempre que possível, deram apoio e estiveram perto, seja ajudando a manter o foco (Vanessa), seja ajudando a espairar e cuidar da minha saúde mental (Marcelinha).

Ao amigo Daniel Filho, cuja ajuda no início do projeto foi fundamental para que chegasse até aqui.

Aos novos amigos que fiz nesses 2 anos de mestrado, pelas neuras e alegrias compartilhadas neste período que para sempre serão lembradas com muito carinho.

RESUMO

Para oferecer atendimento integral às crianças e adolescentes usuários de Substâncias Psicoativas (SPA), faz-se necessário conhecer os fatores de risco e de proteção para o uso, suas condições de vulnerabilidade e uma articulação em rede. Indo ao encontro destes objetivos, a Terapia Ocupacional mostra-se uma profissão com potencial para atuar com a população de crianças e adolescentes usuárias de SPA uma vez que trabalha com restabelecimento da cidadania por meio da valorização da diversidade cultural, inserção e participação social por meio de diferentes intervenções. **Objetivos:** compreender a atuação de terapeutas ocupacionais na rede de atenção e cuidado com crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas na cidade de São Paulo. **Metodologia:** trata-se de estudo transversal, exploratório e descritivo de abordagem qualitativa. Participaram do estudo 4 gestores dos equipamentos pertencentes à rede da região do Centro da cidade de São Paulo e 11 terapeutas ocupacionais trabalhadores destes serviços. Para a coleta de dados foram utilizados protocolo de informações pessoais e profissionais dos participantes e roteiro de entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de Análise Temática e análise descritiva. **Resultados:** Os resultados apontam para uma importante condição de vulnerabilidade presente na população de crianças e adolescentes atendidos pela rede do Centro da cidade de São Paulo. Esta rede foi identificada e apontada pelos profissionais como uma rede ainda falha e fragilizada, porém estratégias de articulação são desenvolvidas pelos profissionais a fim de estreitar relações e estabelecer parcerias entre diferentes equipamentos e setores da rede. O profissional terapeuta ocupacional exerce importante função nesta articulação além das diferentes atividades realizadas dentro dos serviços. Os terapeutas ocupacionais realizam muitas tarefas que são comuns aos outros membros da equipe, mas foi possível observar uma tendência deste profissional em se envolver principalmente em atividades que envolvem ação no território, acompanhamento terapêutico, geração de renda, além de atividades plásticas e corporais, visando sempre a ampliação do repertório de atividades dessa população. As principais dificuldades apontadas pelos profissionais estão relacionadas principalmente à dificuldade de adesão de crianças e adolescentes usuários de SPA ao tratamento, questões políticas que atravessam o cotidiano dos serviços e a deficiência da rede. Os profissionais apontaram ainda campos de conhecimento que consideram importantes para a realização de seu trabalho como: Redução de Danos, Saúde Mental e Políticas Públicas.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; rede; substâncias psicoativas; drogas; infância; adolescência

ABSTRACT

The drug issue is part of human history. The age at which begins drug use has decreased over the years. To provide comprehensive care to children and young psychoactive substances users, it is necessary to know the risk and protective factors for use, their vulnerable conditions and a network joint. In order to meet these goals, occupational therapy proves to be a profession with the potential to work with the population of children and adolescents psychoactive substances users as it works to restore citizenship through appreciation of cultural diversity, inclusion and social participation through of different interventions. **Objectives:** To understand the role of occupational therapists in the network of attention and care to children and adolescents psychoactive substances users in São Paulo. **Methods:** This cross-sectional study , exploratory and descriptive qualitative approach. The study included four managers of the equipment belonging to the network of the region's center of São Paulo and 11 occupational therapists workers in these services. For data collection were used personal and professional protocol information of participants and semi-structured interviews. Data analysis was performed using the thematic analysis technique and descriptive analysis. **Results:** The results point to an important vulnerability this condition in the population of children and adolescents by the network of the Center of São Paulo. This network was identified and appointed by professionals as a network failure and still fragile, but joint strategies are developed by professionals in order to strengthen relationships and establish partnerships between different devices and network industries. The occupational therapist professional plays an important role in this joint besides the different activities carried out within the services. Occupational therapists perform many tasks that are common to other team members, but it was possible to see a trend of this professional to engage primarily in activities that involve action in the territory, therapeutic monitoring, income generation, as well as plastic and physical activities in order to always expanding the repertoire of activities of this population. The main difficulties pointed out by professionals are mainly related to the difficulty of adherence of children and adolescents SPA users to treatment, political issues that cross daily services and disability network. Professionals also pointed fields of knowledge that are important for the realization of his work as: Harm Reduction, Mental Health and Public Policy.

Key-words: Occupational therapy; network; psychoactive substances ; drugs; childhood; adolescence

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Sintetiza o caráter das políticas setoriais e componentes que conformam a rede de atenção aos usuários de SPA

Figura 2. Mapa da Região da Subprefeitura Sé

Figura 3. Pirâmide de Maslow

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Paradigma da Abstinência e Paradigma da Redução de Danos

Quadro 2. Equipamentos e Características

Quadro 3. Perfil dos Gestores

Quadro 4. Formação Complementar dos Gestores

Quadro 5. Rede Identificada pelos Gestores

Quadro 6. Perfil dos Terapeutas Ocupacionais

Quadro 7. Formação Complementar dos Terapeutas Ocupacionais

Quadro 8. atendimentos Semanais Realizados pelos Terapeutas Ocupacionais por Equipamento

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de citações dos equipamentos da rede de atenção e cuidado à crianças usuárias de SPA durante as entrevistas com os profissionais

Gráfico 2. Tipos de atividades realizadas pelos terapeutas ocupacionais e número de citações

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APAC	Autorização de Pagamento de Serviços de Alta Complexidade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEIJ	Departamento de Execuções da Infância e da Juventude
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescentes
ECCA	Espaço de Convivência para Crianças e Adolescentes
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Adquirida)
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Organização Social

OSCIP	Organização da Sociedade Civil para Interesse Público
PAIUAD	Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIVALE	Projetos Integrados do Vale do Anhangabaú
PILUZ	Projetos Integrados da Luz
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SAICA	Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAD	Secretaria Nacional sobre Drogas
SMADS	Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SPA	Substância(s) Psicoativa(s)
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Terapia Ocupacional / Terapeuta Ocupacional
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDI	Usuário de Droga Injetável
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: PANORAMA GERAL, POLÍTICAS PÚBLICAS E REDUÇÃO DE DANOS	13
1.1.1 CLASSIFICAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA.....	27
1.2 INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: CONCEITOS E CONTEXTOS	31
1.3 REDE DE ATENÇÃO E CUIDADO	35
1.4 TERAPIA OCUPACIONAL NO CONTEXTO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.....	41
2 OBJETIVOS	45
2.1 GERAL	45
2.2 ESPECÍFICOS.....	45
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	46
3.1 ABORDAGEM QUALITATIVA EM PESQUISA	46
3.2 CAMPO DO ESTUDO	47
3.3 PARTICIPANTES	50
3.4 COLETA DE DADOS.....	50
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	54
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	56
4.1.1 CARACTERIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E DE SEUS GESTORES	57
4.1.2 CARACTERIZAÇÃO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS.....	85
4.2 CARATEGORIAS TEMÁTICAS	91
4.2.1 O CONTEXTO DE VIDA.....	91
4.2.2 A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E PROCESSOS DE TRABALHO	101
4.2.3 A REDE DE ATENÇÃO E CUIDADO: ARTICULAÇÕES NO CENTRO DE SÃO PAULO	117
4.2.4 O TERAPEUTA OCUPACIONAL NA REDE: AÇÕES, INTERVENÇÕES E TRABALHO EM EQUIPE	127
4.2.5 CONHECIMENTOS NECESSÁRIOS PARA A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL	149
4.2.6 DIFICULDADES E DESAFIOS NO TRABALHO DE ATENÇÃO E CUIDADO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	155
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
REFERÊNCIAS	166
APÊNDICE	183
ANEXOS	191

APRESENTAÇÃO

Por que ser terapeuta ocupacional? A escolha de minha profissão ocorreu durante o período em que cursava o Ensino Médio. Em um exame vocacional, aos 17 anos, surgiu pela primeira vez as palavras "Terapia" e "Ocupacional" juntas formando algo totalmente desconhecido para mim. "Mas, o que é Terapia Ocupacional?" - eu perguntei. Não sabia que esse questionamento me perseguiria por muitos e muitos anos. Construir um conceito de Terapia Ocupacional é muito difícil. Parece que cada definição encontrada não é suficiente para descrever a grandeza desta profissão.

Durante minha graduação (2003-2007) na Universidade Estadual Paulista (Unesp-Marília) eu e minhas colegas de turma lutamos por uma formação digna e de excelência sem saber direito o que e onde buscar por isso. Sem ter um modelo, buscávamos a melhor formação. Ser a primeira turma de Terapia Ocupacional de uma Universidade não foi fácil. Encontramos ótimas referências, mas saí da Universidade ainda insatisfeita. Apesar de ter construído uma parte da resposta àquela pergunta ("O que é Terapia Ocupacional?"), ainda sentia que estava incompleta. Após a graduação me sentia perdida com relação à qual área seguir. Ficava angustiada ao ouvir colegas dizendo "Vou pra Reabilitação Física" ou "Vou pra Saúde Mental". Eu não sabia o que escolher. Quando me perguntavam do que eu gostava, eu sempre respondia "Gosto de Terapia Ocupacional!". Essa minha resposta foi muito bem acolhida no CETO (Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional), onde fui fazer a formação clínica no Método Terapia Ocupacional Dinâmica. Durante os 4 anos de formação fui aprendendo de uma maneira diferente e mais coesa a construir o que poderia ser essa tal Terapia Ocupacional.

Após alguns anos atuando como terapeuta ocupacional, decidi dar continuidade à minha investigação sobre Terapia Ocupacional no mestrado. Achei que neste momento seria mais fácil e sairia com uma resposta. Encontrei mais dúvidas, desconstruí e reconstruí parte das minhas crenças sobre essa profissão que sempre me instigou.

A escolha do tema veio da minha prática em um CAPS infanto-juvenil, onde atendia crianças e adolescentes que apresentavam alguma relação, nem sempre

problemática, com o uso de substâncias psicoativas (SPA). Algumas dificuldades surgiram ao lidar com essa população, já que encontrei muitos estudos relacionados à população adulta e minha prática com adultos nessa área já não servia para lidar com crianças e adolescentes. A partir daí surgiu o desejo de investigar como terapeutas ocupacionais atuavam com essa população tão específica e como as ações em rede se articulavam para o cuidado integral dessa população. Para investigar essa questão, o presente estudo foi realizado.

Inicialmente será apresentada uma introdução a respeito dos conceitos e classificações de substâncias psicoativas. Em seguida alguns apontamentos sobre infância e adolescência irão auxiliar a compreender o contexto da população-alvo dos terapeutas ocupacionais entrevistados. Alguns estudos sobre rede serão apresentados e se fizeram importantes para compreendermos como é estruturada a atenção e o cuidado à população de crianças e adolescentes usuários de SPA. Para finalizar a introdução serão apresentados estudos e reflexões sobre a ação da Terapia Ocupacional junto a população em questão.

Esta pesquisa buscou compreender a atuação de terapeutas ocupacionais inseridos na rede de atenção e cuidado à crianças e adolescentes usuários de SPA. Após a descrição da metodologia de pesquisa adotada, serão apresentadas as características dos equipamentos, gestores e terapeutas ocupacionais participantes deste estudo. Em seguida, serão apresentados e discutidos os resultados advindos das entrevistas semiestruturadas com os terapeutas ocupacionais divididos em 6 categorias. A primeira abordará o contexto de vida de crianças e adolescentes usuários de SPA da região do Centro de São Paulo. A segunda categoria abordará questões relacionadas ao processo de trabalho e organização dos serviços que fizeram parte deste estudo. Na terceira categoria a rede será identificada e discutida a partir das relações que se estabelecem entre diferentes equipamentos. A quarta categoria discutirá a respeito da atuação dos terapeutas ocupacionais na rede, como estão inseridos e quais as atividades desenvolvidas. A quinta categoria apresentará os núcleos de conhecimento considerados relevantes pelos terapeutas ocupacionais para sua atuação profissional. A sexta e última categoria abordará as dificuldades e desafios encontrados no trabalho de atenção e cuidado a crianças e adolescentes usuários de SPA.

1 INTRODUÇÃO

1.1 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: PANORAMA GERAL, POLÍTICAS PÚBLICAS E REDUÇÃO DE DANOS

*A tarefa não é tanto ver o que ninguém tinha visto,
mas pensar o que ninguém pensou a respeito do que
todo mundo vê.*

(Schopenhauer)

O que são drogas? Com o tempo, o significado do termo foi variando, inicialmente atribuído a especiarias, tais como canela, cânhamo, gengibre e ópio, até que, na era das ciências positivas, passou-se a designar pelo termo droga todas as substâncias capazes de, quando introduzidas no organismo, modificar-lhes as funções (ALARCON, 2012). A definição mais ampla considera droga qualquer substância capaz de alterar o funcionamento normal de um organismo (ARAUJO, 2012). Para Seibel e Toscano (2001), drogas psicoativas são substâncias que modificam o estado de consciência do usuário e cujos efeitos podem ir desde uma estimulação suave até perturbações na percepção do tempo, do espaço e de si próprio.

Sanchez e Santos (2013) definem como drogas psicoativas aquelas que atuam no sistema nervoso central (SNC). Dias e Pinto (2006) complementam a definição de drogas psicoativas como sendo aquelas que provocam alterações nas sensações, no humor, na consciência ou em outras funções psicológicas e comportamentais.

As drogas, por si só, não são boas nem ruins. Depende do tipo de relação que determinada pessoa mantém com uma determinada substância em uma determinada situação. Aliás, os valores que cada sociedade tem sobre as drogas têm mudado ao longo do tempo e conforme a região do planeta, bem como a aceitação ou a rejeição de cada substância (POLLO-ARAUJO; MOREIRA, 2009).

O consumo de plantas psicoativas remonta aos ancestrais do homem. O tema polêmico dos tempos modernos é na verdade um assunto comum na história da humanidade (ARAÚJO; MOREIRA, 2006). De acordo com David Musto (2002), a disseminação das drogas nas sociedades ocidentais percorreu, via de regra, o seguinte caminho: inicialmente apareceram como medicamentos promissores, que

despertaram grande interesse na classe científica. Os debates entusiasmados dentro dos muros da academia chamaram a atenção do grande público. Nesse novo espaço à época, porém, o consumo foi aos poucos se afastando do discurso e controle médico, voltando-se para uma perspectiva de prazer e recreação.

Drogas hoje proibidas já tiveram seu uso permitido e até estimulado socialmente, como no caso das casas de ópio, na Europa, no século XIX. Por outro lado, drogas cujo uso hoje é permitido, também já foram proibidas. Na Rússia do século XVI, durante meio século, beber café foi um crime punido com tortura e mutilação das orelhas. Fumar tabaco causava a excomunhão entre católicos e a amputação de membros na Turquia e na Pérsia do século XVII (NIEL; MOREIRA; SILVEIRA, 2009).

Até o século XIX, o uso de drogas era regulado, basicamente, pelos controles sociais informais e pelo autocontrole. Na passagem para a sociedade urbano-industrial, a medicina científica moderna, enquanto instituição social, e o Estado se firmaram como instâncias máximas no controle das drogas e dos usuários, fundamentando o chamado modelo proibicionista de drogas (TRAD, 2009).

Outrora utilizada dentro de rituais religiosos, como medicamentos ou em caráter recreativo, o consumo de quase todas as substâncias psicoativas foi proibido no Ocidente - inclusive o álcool, mais notadamente nos Estados Unidos, onde foi mantido na ilegalidade de 1919 a 1933 (ARAÚJO; MOREIRA, 2006). Dentre as iniciativas de proibição, a mais conhecida foi a "Lei Seca" nos EUA entre 1920 e 1933. Os resultados foram péssimos. O controle do mercado passou para a mão de criminosos, levando a um aumento da violência; a qualidade dos produtos deixou de ser fiscalizada pelo Estado, levando a adulterações e mortes por envenenamento e a renda desse comércio passou a circular clandestinamente, sem pagamento de impostos (ARAÚJO; MOREIRA, 2006).

Foi a partir da década de 1960 que o consumo de drogas ilícitas (principalmente o de maconha, cocaína e LSD) se popularizou. Essas substâncias, que eram de uso quase exclusivo dos adultos, passaram a ser consumidas também pelos jovens. A partir dessa época, as drogas ilícitas dividiram o espaço com as drogas lícitas (o álcool e o tabaco, principalmente), havendo um incremento na sua produção. Abriram-se novos mercados, tornando-se os Estados Unidos - a exemplo de países europeus, onde se consumia heroína - grandes consumidores de cocaína, maconha

e LSD, além da heroína, que já era usada em alguns segmentos da população (BAPTISTA NETO, 2009).

Essa nova condição das substâncias psicoativas, de instrumento ritual a produto de consumo – e por isso desprovida de lastro cultural e rituais de controle –, proporcionou novos padrões de uso, com o surgimento de complicações e danos físicos, psicológicos e sociais (ARAÚJO; MOREIRA, 2006). Para Silveira (1993), cabe salientarmos que em situações onde o acesso às drogas é muito facilitado e mesmo estimulado, existe também uma tendência ao consumo descontrolado.

No fim da década de 1970, o cenário das drogas passou por um novo processo de mudança: vários países viveram um segundo ciclo de intolerância promovido pelos Estados Unidos ("Guerra às Drogas") e reforçado pela elaboração das Convenções-Irmãs da ONU: Convenção Única de Entorpecentes (1961), Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas (1971) e Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas (1988) (POLLO-ARAUJO; MOREIRA, 2009).

Aos poucos, o posicionamento europeu foi distanciando-se do norte-americano. Enquanto este foi se caracterizando por uma crescente intolerância, especialmente voltado para o consumo de drogas ilícitas, aquele foi, gradativamente, aceitando novas formas de abordagem do problema, conforme era observada a ineficácia das abordagens repressivas. Apesar disso, ainda existem muitos países nos quais o consumo de drogas é considerado um fenômeno indesejável que deve ser eliminado por todos os meios, normalmente por intermédio de uma política judicial repressiva e de tratamento baseado exclusivamente na abstinência (POLLO-ARAUJO; MOREIRA, 2009). A partir da proibição, as drogas passaram a ocupar o plano da marginalidade. A natureza farmacológica dessas substâncias foi aos poucos se misturando aos valores sociais, culturais e morais de cada sociedade. Esses valores, por sua vez, vêm determinando o relacionamento entre o homem e as drogas (ARAÚJO; MOREIRA, 2006).

No fim do século XX, o sistema de controle de algumas drogas psicoativas que se desenvolveu a partir da Conferência Internacional do Ópio, em Xangai (1909), começou a ser duramente questionado. As drogas começaram a ser controladas porque causavam danos, mas, cem anos depois, elas se tornaram cada vez mais perigosas por causa do controle (ARAUJO, 2012).

Em 1998, a Assembleia Geral das Nações Unidas determinou como meta para 2008 um mundo livre de drogas (POLLO-ARAUJO; MOREIRA, 2009). As críticas fizeram a Organização das Nações Unidas (ONU) rever alguns conceitos - sem abrir mão da necessidade de controle. Nos últimos anos, ela passou a incentivar políticas de redução de danos e a ênfase no combate ao tráfico, em vez da repressão aos usuários. Essas mudanças refletem um alinhamento mais próximo ao das políticas de drogas europeias, e mais distante da americana, que sempre dominaram a questão (ARAUJO, 2012).

No plano internacional, a abordagem de "combate ou guerra às drogas", protagonizada pelo governo norte-americano, historicamente, foi predominante na área de drogas, tendo como principal objetivo promover a abstinência de qualquer consumo de drogas ilícitas. Nesta abordagem, as estratégias de ação foram caracterizadas pela postura proibicionista de "tolerância zero", tratando o tema exclusivamente como uma questão de polícia (MOTA; RONZANI, 2013).

No Brasil, quando estabeleceu a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas em 2003, o Ministério da Saúde reconheceu que houve um atraso histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) na assunção da responsabilidade pelo enfrentamento de problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. Esse atraso remete a dois aspectos que caracterizam a história das intervenções dos governantes brasileiros na área de álcool e outras drogas: as abordagens, intervenções e políticas foram original e predominantemente desenvolvidas no campo da Justiça e da Segurança Pública; e as dificuldades para o enfrentamento dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, na agenda da saúde pública (MACHADO; MIRANDA, 2007).

As primeiras intervenções do governo brasileiro na área de drogas que ocorreram no início do século XX tinham a intenção de estabelecer o controle do uso e do comércio de drogas e preservar a segurança e a saúde pública do país, mesmo que o consumo nessa época não estivesse causando ameaça à saúde pública (MACHADO; MIRANDA, 2007). O álcool não recebeu a mesma atenção, sendo tolerado e, portanto, sem qualquer medida governamental para controle do uso ou preocupação com os usuários. Com o descaso do governo, surgem agrupamentos de caráter privados que promoveriam educação e medidas assistenciais para esses

usuários, mas tratando a questão por meio de abordagens moralistas e higienistas (MUSUMECI, 1994).

Segundo Reis (2015), o Brasil, por todo o século XX, seguindo as recomendações dos EUA, acatou as requisições e aconselhamentos da ONU no que se refere à questão das drogas, sempre exportando o conteúdo político referente ao assunto. Sendo assim, sintonizado com a postura defendida pelos EUA, pautou-se pela proibição total à livre produção, circulação e consumo de SPA e pela repressão aos segmentos sociais associados.

O aparato jurídico-institucional criado ao longo do século XX destinava-se, sobretudo, ao consumo de drogas ilícitas, sendo constituído por uma série de leis e decretos que proibiam e criminalizavam o uso e o comércio no país, prevendo penas que determinavam a exclusão dos usuários ao convívio social, propondo sua permanência em prisões, sanatórios e, a partir da década de 1970, em hospitais psiquiátricos (MACHADO; MIRANDA, 2007).

A forma prazerosa ou o mecanismo de fuga associado ao uso de drogas coloca em questão a "normatização" da sociedade e dos seus métodos de controle, o que impulsionou o surgimento de diferentes formas de regulação social. O que era cultura, religiosidade (caráter mágico das substâncias), utensílio comemorativo ou antídoto contra o sofrimento existencial virou doença e, portanto, algo passível de ser tratado. Além da questão da saúde pessoal e coletiva, há as implicações com a criminalidade e a violência (MONTEIRO, 2012).

Em 1976, foi aprovada e promulgada a lei 6.368, que reafirmou a tendência de abordar o uso e a dependência de drogas no campo médico-psiquiátrico. Algumas modificações nas propostas assistenciais reafirmaram a tendência à medicalização, entre elas: a substituição do termo 'viciado' por 'dependente de drogas'; a proposição de criação de estabelecimentos especializados para tratamento de dependentes de drogas na rede pública de saúde; a proposição de tratamento em regime hospitalar e extra-hospitalar e a proposição do tratamento – e não mais da internação – como medida compulsória (MACHADO; MIRANDA, 2007). Nesta época não havia, ainda, perspectivas claras quanto ao fim do proibicionismo, por isso a 'prevenção' da qual se referia a Lei 6.368/76 era voltada à abstinência e combate intenso às drogas (REIS, 2015). A referida lei, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes

ou que determinem dependência física ou psíquica, foi revogada pela Lei 11.343 de 2006 que altera o paradigma do trato às drogas ao instituir o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) e ao prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e inserção social de usuários e dependentes de drogas. Essa lei trouxe, também, alterações em relação ao tratamento dado ao traficante e ao usuário, competindo a esse último prestação de serviços à comunidade ou medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo, e não mais a previsão de pena privativa de liberdade (BRASIL, 1976, 2006; REIS, 2015).

Segundo Reis (2015), esta lei instituiu ainda um título exclusivo para tratar das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, apontando a perspectiva da prevenção e redução do risco. Segundo Bittencourt (1986 apud MACHADO; MIRANDA, 2007), as orientações legislativas previstas na lei 6.368 favoreceram o surgimento da assistência à saúde para usuários de drogas a partir da década de 1980, quando foram criados os primeiros centros de tratamento (públicos ou religiosos) no Brasil, ligados direta ou indiretamente ao poder público. Para Reis (2015), ao citar pela primeira vez o conceito de redução de riscos e danos o Brasil vislumbra, mesmo que timidamente, uma guinada contrária ao preceituado pela política norte-americana de enfrentamento às drogas, aproximando-se de alguns países europeus (como Portugal), que desde o início da década de 90, iniciaram uma revisão de suas políticas repressivas frente às drogas.

Foi a partir da segunda metade da década de 80 que, no Brasil, rompeu-se o hiato criado entre a segurança e a saúde pública no que se refere ao uso e ao abuso de drogas. A partir da constatação da falência da estratégia de guerra às drogas, ante o aumento da variedade e do uso e a precocidade do consumo de drogas, o Estado brasileiro, apoiado pelos movimentos sociais em prol dos direitos humanos, criou políticas públicas direcionadas às pessoas que usam drogas, principalmente aquelas ilícitas. É possível afirmar que a legislação nacional sobre drogas ilícitas e a Política Nacional de Saúde, colocando as drogas como problema de saúde pública, começaram a entrecruzar-se a partir do início da década de 90, precipitadas por alguns fatores desencadeantes, tal como o fenômeno da AIDS (MACHADO; BOARINI, 2013).

Em meados da década de 80 e na década de 90, em decorrência da alta transmissão de HIV entre usuários de drogas injetáveis, a implementação das estratégias de redução de danos proporcionou visibilidade à realidade da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no setor público de saúde. Em 1989, deu-se a primeira tentativa brasileira de fazer funcionar um programa de trocas de seringas entre usuários de drogas injetáveis (UDI), em Santos – SP, onde foram realizadas ações que promoviam distribuição de seringas limpas e ensinado a limpar as já utilizadas, a fim de reduzir a disseminação do índice de HIV entre os UDI, mas a tentativa foi frustrada por uma decisão judicial (TRIGUEIROS; HAIEK, 2006). Em 1991 o Programa de Orientação e Atendimento às Dependências (PROAD), ligado à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), capacitou os pacientes atendidos pelo programa para distribuir hipoclorito de sódio e orientar usuários de drogas injetáveis a desinfetarem suas seringas e não mais compartilhar suas seringas e agulhas com os demais usuários. A partir do ano de 1995 a cidade de Salvador, no estado da Bahia, passou a legitimar as ações de redução de danos fornecendo e trocando agulhas e seringas. Três anos mais tarde, em 1998, a cidade de São Paulo também passou a legitimar essa ação de troca de seringas e agulhas (NARDI; RIGONI, 2005).

O “Programa de Ação Nacional Antidrogas”, de 1996, propôs o desenvolvimento de ações harmônicas de prevenção, repressão e tratamento. Manifestou a preocupação com o crescimento do consumo e com a disseminação do vírus HIV, no caso dos usuários de drogas injetáveis. Propôs o estabelecimento de critérios e normas para o funcionamento de instituições de tratamento, a substituição do modelo assistencial de saúde mental por serviços específicos de atenção às dependências químicas, o apoio técnico e financeiro às entidades filantrópicas e a promoção de capacitação de recursos humanos. A responsabilidade pela coordenação e pelo acompanhamento dessas ações foi atribuída ao Ministério da Justiça, à Secretaria de Planejamento das Ações de Segurança Pública e ao Departamento de Entorpecentes. O Programa, apesar de conter ações sanitárias, não propôs nenhuma articulação com o setor específico nem com as políticas que estavam sendo implementadas, como o Sistema Único de Saúde (SUS), a reestruturação da atenção em saúde mental e os programas de redução de danos. As ações sanitárias foram propostas no âmbito da Justiça, mantendo uma tendência, observada desde o início do século XX, de

indefinição e sobreposição de atribuições e de responsabilidades (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Até o ano de 1998, o Brasil não contava com uma política nacional específica sobre o tema da redução da oferta e da demanda de drogas. Nesta época, o surgimento do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), que atuou nos anos 80 e 90 com um olhar para além da repressão ao uso e tráfico de drogas, contribuiu para o fortalecimento das práticas de atenção e para a constituição de serviços para usuários de drogas, mesmo que inicial. A partir da realização da XX Assembleia Geral das Nações Unidas as primeiras medidas foram tomadas. O então CONFEN foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) (ALVES, 2009; MACHADO; MIRANDA, 2007).

A partir do final da década de 1990 e início dos anos 2000, visando reduzir uma lacuna histórica de ausência do Estado e de políticas públicas para a prevenção e assistência aos usuários de drogas, o Brasil iniciou a construção de políticas nacionais específicas sobre a temática, tendo como principais marcos políticos: 1. a criação, em 2002, e reformulação em 2005, da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) pela Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD); 2. o desenvolvimento, pelo Ministério da Saúde, em 2004, da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD); e 3. a promulgação da Lei n. 11.343/2006, representando a nova legislação brasileira sobre drogas (ALVES, 2009; COSTA; CALUGNATI; RONZANI, 2015).

Neste contexto, as estratégias de redução de danos ganham força política ao proporcionarem uma nova forma de olhar para os usuários de drogas no setor público de saúde, enfocando as consequências ou efeitos do uso das drogas de maneira realista (MOTA, RONZANI, 2013). Segundo Doneda e Gandolfi (2006), mesmo tendo sido implantada tardiamente no Brasil, as ações de redução de danos demonstram grande impacto para o controle da epidemia de AIDS e revelam a possibilidade de mudanças de práticas, atitudes, valores e crenças entre os UDI.

Ao mesmo tempo, no âmbito da Saúde Pública, incrementavam-se as críticas à legislação brasileira, considerada benevolente com o consumo de drogas legais como bebidas alcoólicas e cigarro. A partir das pressões do setor sanitário, o Estado, pouco a pouco, foi se tornando intervencionista e controlador, no âmbito dessas substâncias. Ao lado disso, cresciam os fenômenos associados à droga-

delinquência e à droga-dependência, contribuindo para uma tensão entre as propostas de prevenção. De um lado, mantinham-se as concepções nos moldes tradicionais do proibicionismo, voltadas para a repressão do consumo, através de pedagogias do terror e de slogans do tipo "diga não às drogas". Do outro, incrementavam-se as concepções fundamentadas na ação educativa e em um tratamento mais humanizado do usuário. Os programas de Redução de Danos (RD) e de Educação para a Saúde se enquadram nessa concepção (TRAD, 2009).

Segundo Passos e Souza (2011), a tarefa de entender os embates recorrentes entre RD e os aparelhos de Estado acaba expondo um conflito histórico que essa estratégia vem travando com a política antidrogas, legitimada judicialmente tal qual a Lei 6368/76 vigente até o ano de 2006, quando entrou em vigor a nova lei de drogas, 11.346/06.

A política antidrogas tem como paradigma a abstinência. Por paradigma da abstinência entende-se algo diferente da abstinência enquanto uma direção clínica possível e, muitas vezes, necessária. Por paradigma da abstinência entende-se uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso. Pode-se dizer que a RD coloca em questão as relações de força mobilizadas sócio-historicamente para a criminalização e a patologização do usuário de drogas, já que coloca em cena uma diversidade de possibilidades de uso de drogas sem que os usuários sejam identificados aos estereótipos de criminoso e doente: pessoas que usam drogas e não precisam de tratamento, pessoas que não querem parar de usar drogas e não querem ser tratadas, pessoas que querem diminuir o uso sem necessariamente parar de usar drogas (SIQUEIRA, 2014).

Enquanto a abstinência está articulada com uma proposta de remissão do sintoma e a cura do doente, a proposta de reduzir danos possui como direção a produção de saúde, considerada como produção de regras autônomas de cuidado de si. No caso da RD, a própria abstinência pode ser uma meta a ser alcançada, porém, mesmo nesses casos trata-se de uma meta pactuada, e não de uma regra imposta por uma instituição. As regras da RD, mesmo a abstinência, são imanentes à própria experiência e não se exercem de forma coercitiva, são escolhas do usuário (SIQUEIRA, 2014).

Para ilustrar essa questão, o quadro abaixo (Quadro 1) aponta características do paradigma da abstinência e do paradigma da RD.

Quadro 1. Paradigma da Abstinência e Paradigma da Redução de Danos

PARADIGMA DA ABSTINÊNCIA	PARADIGMA DA REDUÇÃO DE DANOS
Centrado em modelos fechados, sem a preocupação com a singularidade do sofrimento humano	Centrado no ser humano, respeitando a subjetividade e a singularidade
O problema é resolvido com o desaparecimento do agente causador (droga)	O problema é resolvido quando se atinge o bem estar do ser humano que sofre
Objetiva a eliminação do agente causador (droga)	Objetiva o incremento dos fatores protetores e a redução dos fatores de risco
Somente é necessária a participação daqueles que acreditam possuir o saber sobre o objeto em questão	É necessária a participação de todos (usuário, profissionais envolvidos, familiares...)
Pedagogia do terror: amedrontamento e intimidação	Visão pedagógica: elaborar projetos de vida
Acredita-se na universalidade da solução	Acredita-se na contextualização de sua solução
Exacerbação das advertências sobre os perigos advindos do consumo de drogas	Conteúdos objetivos, transmitidos com nitidez e serenidade, sem atitudes sensacionalistas ou moralistas
Dificulta a formação de consciência crítica	Facilita a formação de consciência crítica
Dificulta ampliar a percepção de risco	Permite ampliar a percepção de risco
O enfoque é "FORA DE MIM"	O enfoque é "COMIGO"
Percebe o usuário como "marginal"	Busca resgatar o processo ativo de participação do sujeito na sociedade (cidadania)

Fonte: Manual de Redução de Danos (AREDACRE, 2012 apud SIQUEIRA, 2014 - adaptado pelo autor)

As ações em RD constituem-se em mais um instrumento para a ampliação de capacidade de acesso e vinculação de usuários de diferentes perfis, com distintos comportamentos, predileções e contextos, oferecendo uma escuta diferenciada, cuidado da saúde física e psíquica, informação, orientação, insumos de prevenção e encaminhamentos para atenção à saúde (SIQUEIRA, 2014). É um método

construído pelos próprios usuários de drogas e que restitui um cuidado de si subversivo às regras de conduta coercitivas. Os usuários de drogas são corresponsáveis pela produção de saúde na medida em que tomam para si a tarefa de cuidado. Reduzir danos é, portanto, ampliar as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo. A RD se torna uma estratégia ampliada de clínica que tem ofertas concretas de acolhimento e cuidado para pessoas que usam drogas, dentro de arranjos de cogestão do cuidado, tendo como um dos principais desafios a construção de redes de produção de saúde que incluam os serviços de atenção do próprio SUS (PASSOS; SOUZA, 2011).

A abordagem da Saúde Pública voltada para os usuários de álcool e outras drogas acompanhou os avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica e pela Reforma Sanitária, o que significou o reconhecimento de direitos e deveres dos 'loucos' e também dos 'toxicômanos'. Neste sentido, passa-se a dar maior visibilidade ao usuário, como um sujeito de direitos e coloca-se em debate aspectos fundamentais, como responsabilidade individual; responsabilidade penal; liberdade de escolha; descriminalização; diversificação das modalidades de atendimento, objetivos e direção dos tratamentos; qualificação na interface da saúde e da lei e dispositivos de saúde socioculturais (esporte, lazer, cultura, trabalho), no compasso com os princípios e as diretrizes do SUS (CONTE et al., 2004).

No campo da saúde, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, criou as Redes de Atenção à Saúde (RAS), conceituando-as como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A operacionalização da RAS se dá pela interação de seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010a).

Dentro do Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas é responsável pela política para usuários de álcool e outras drogas, que inclui medidas de prevenção, promoção e tratamento. A discussão dos rumos das ações é feita nas Conferências de Saúde em seus diversos níveis (municipal, estadual e nacional). Nestas Conferências o tema das drogas apareceu pela primeira vez na III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001 que, em seu

relatório final, apresentou um capítulo destinado à atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Nesta Conferência foram levantadas questões importantes, afirmando a necessidade de se criar uma rede de atenção aos usuários de SPA integrada ao SUS, oferecendo estratégias de RD e estimulando a implantação e a garantia de acesso dos usuários à rede básica de saúde e aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (CNS, 2002).

A partir de 2002, o Ministério da Saúde publica diversas portarias que dão início a um modelo de tratamento para pessoas com transtornos mentais e problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. A Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2002). A Portaria 2.841, de 20 de setembro de 2010, instituiu, no âmbito do SUS, o CAPSad III, sendo revogada pela Portaria 130/GM/MS de 26 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012a) e detalhamento sobre financiamento dos CAPS pela Portaria 3.089/GM de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011a), alterada pela Portaria 1.966 de 10 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013a). Os CAPS sofreram outra alteração pela da Portaria 854, de 22 de agosto de 2012 com relação ao Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) (BRASIL, 2012b). Essas portarias reconheceram e ampliaram o funcionamento e a complexidade dos CAPS que, de maneira geral, têm a missão de dar um atendimento às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes e com problemas decorrentes ao uso de álcool de outras drogas, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Os CAPS tem denominações que dizem respeito à população atendida: CAPS - adulto, CAPSad - álcool e outras drogas e CAPSi - infanto-juvenil. Também são divididos em modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, baseado no número de habitantes por região, profissionais da equipe mínima e horário de funcionamento. O CAPSad é um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, *crack* e outras drogas. Seu público específico são os adultos, mas também podem atender crianças e adolescentes, desde que observadas as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Os CAPSad oferecem atendimento à população, realizam

acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os projetos desses serviços ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, que possam garantir o sucesso de suas ações, preocupando-se com a pessoa, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2002).

A Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b) institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como parte da RAS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A RAPS tem como diretrizes (BRASIL, 2010a):

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania.
- Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde.
- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.
- Organização dos serviços em RAS regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.
- Desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Dentre os objetivos da RAPS estão: ampliação do acesso da atenção psicossocial à população geral, pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências; promover cuidados em saúde especialmente para grupos vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); prevenir o consumo e dependência e reduzir danos

causados pelo consumo de *crack*, álcool e outras drogas, entre outros (BRASIL, 2011b).

Buscando a construção de serviços diferentes para as diferentes necessidades, elenca-se como Eixos Estratégicos para Implementação da Rede (BRASIL, 2010a):

- Eixo 1: Ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental.
- Eixo 2: Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental.
- Eixo 3: Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação.
- Eixo 4: Ações de prevenção e de redução de danos.

Com relação ao atendimento de crianças e adolescente, o ECA (BRASIL, 1990) atribui ao SUS a função de promover o direito à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, por meio do acesso universal e equânime às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Com isso, o SUS – por meio de suas Leis Orgânicas nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990a, 1990b) e de suas diversas políticas – assumiu responsabilidades sanitárias para com crianças, adolescentes e suas famílias.

No que se refere ao atendimento de crianças e adolescentes, a política prevê uma articulação em rede, entendida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a) como um conjunto de ações e serviços de saúde, articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência em saúde. Somado à isso, podemos ampliar este conceito para uma rede que inclui diferentes equipamentos e projetos (da saúde, da assistência social, da cultura, da educação, entre outros) que fazem parte de um dado território e que contribuem para o cuidado integral de determinada população.

As políticas de saúde da criança se efetivam a partir de diretrizes voltadas ao cuidado materno e da criança, organizadas em eixos estratégicos, entre eles, a prevenção de violências e promoção da cultura de paz e atenção à saúde de crianças em situações específicas e de vulnerabilidade, tendo como ordenadoras do cuidado as equipes da Atenção Básica no território. Adolescentes e jovens, por sua vez, constituem um grupo populacional que exige novos modos de produzir saúde, já que os agravos em saúde decorrem, em grande medida, de hábitos e

comportamentos que, em determinadas situações e contextos, o colocam em condições de vulnerabilidade e os conduzem para situações de violência e adoecimento.

Riscos produzidos pelo contexto social e desigualdades resultantes de processos históricos de exclusão e discriminação (pobreza, falta de acesso à educação e baixa escolaridade, exploração do trabalho, exposição a diversas formas de violência) podem influenciar o gozo dos direitos e as oportunidades a que adolescentes e jovens brasileiros têm acesso. Neste sentido, o SUS preconiza o acesso a outras políticas intersetoriais para a promoção de bem-estar físico, mental e social. Nas políticas de saúde, a Atenção Básica é central nos cuidados, seja em ações de tratamento ou promoção e prevenção, em especial as ações de educação em saúde (BRASIL, 2014).

Na discussão sobre a saúde como um direito, garantido pelo ECA (BRASIL, 1990) e pelas diretrizes do SUS, é imprescindível o fortalecimento de um modelo de atenção organizado a partir de redes de atenção à saúde e articulado intersetorialmente a fim de garantir a integralidade no cuidado dessa população.

1.1.1 CLASSIFICAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

As drogas psicotrópicas ou psicoativas podem ser classificadas de diversas formas, segundo diferentes critérios. Uma das formas mais conhecidas de classificação é pelo tipo de ação no sistema nervoso central (SNC), proposto por Chalout (1971 apud SANCHEZ; SANTOS, 2013; ALARCON, 2012):

- **Estimulantes:** aquelas que, de maneira geral, estimulam o funcionamento do SNC, causando agitação, inibição do sono e apetite. As principais drogas que pertencem a essa categoria são as anfetaminas, cocaína/*crack* e tabaco.
- **Depressoras:** aquelas que, de maneira geral, diminuem o ritmo de funcionamento do SNC, causando principalmente lentificação e sonolência. São exemplos desta classe de drogas o álcool, benzodiazepínicos, opiáceos e inalantes/solventes.

- **Perturbadoras:** aquelas que causam alterações no funcionamento cerebral, modificando a percepção da realidade. Induzem alucinações, delírios e ilusões. Alguns exemplos de drogas alucinógenas: LSD, ecstasy, maconha, alguns cogumelos, lírio, mescalina.

Segundo Silveira e Moreira (2006), existe uma ampla variabilidade de padrões de consumo de substâncias, envolvendo distintos graus de risco e correspondendo a diversos graus de dano potencial. O padrão de consumo decorre da interação de fatores distintos, entre os quais destacam-se: 1. Tipo de droga utilizada; 2. Características biológicas e psicológicas do usuário; e 3. Contexto em que se dá o uso de drogas. Um dos elementos essenciais na caracterização de uma dependência é a perda de controle do consumo de uma substância. Esta incapacidade de gerenciar a relação com um produto indicaria a instalação de uma dependência. Outras características da dependência seriam decorrentes desta incapacidade de controlar o impulso de consumir drogas.

A OMS aponta que o uso de álcool, tabaco e outras drogas está presente em quase todos os países do mundo; contudo, o padrão de consumo destas substâncias e as consequências associadas ao seu uso possuem variações ao longo do tempo, diferenças entre países e mesmo entre grupos populacionais dentro do mesmo país (MARTINS; SARTES; AMATO, 2013).

Se na década de 1960 a experimentação ocorria por volta dos 18 anos, hoje pode-se afirmar que a idade do primeiro uso diminuiu consideravelmente. De acordo com o V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em 2004, as drogas legais, álcool e tabaco, foram as com menor média de idade para o primeiro uso, 12,5 anos e 12,8 anos, respectivamente. A maconha aparece com média de 13,9 anos e a cocaína com média de 14,4 anos para o primeiro uso. Outro dado que chama a atenção é com relação ao uso na vida (exceto tabaco e álcool): em comparação com alguns países da América do Sul e Central, o Brasil apresentou o maior índice de estudantes que já usaram droga pelo menos uma vez na vida (GALDURÓZ et al., 2004).

Outra pesquisa realizada pelo CEBRID, em 2005, em 108 cidades com mais de 200 mil habitantes, indicou a distribuição dos 7.939 entrevistados de 12 a 65 anos segundo uso na vida, uso no ano e uso no mês:

Tabela 1. Droga e porcentagem por tipo de uso

DROGA	TIPO DE USO %		
	NA VIDA	NO ANO	NO MÊS
Maconha	8,8	2,6	1,9
Solventes	6,1	1,2	0,4
Benzodiazepínicos	5,6	2,1	1,3
Orexígenos	4,1	3,8	0,1
Estimulantes	3,2	0,7	0,3
Cocaína	2,9	0,7	0,4
Xarope (codeína)	1,9	0,4	0,2
Opiáceos	1,3	0,5	0,3
Alucinógenos	1,1	0,32	0,2
Esteróides	0,9	0,2	0,1
Crack	0,7	0,1	0,1
Barbitúricos	0,7	0,2	0,1
Anticolinérgicos	0,5	0	0
Merla	0,2	0	0
Heroína	0,1	0	0
Álcool	74,6	49,8	38,3
Tabaco	44	19,2	18,4

Fonte: CEBRID, 2005

A mesma pesquisa apresentou também a porcentagem de dependentes das principais drogas, ou seja, o potencial de dependência de cada substância, ilustrada na Tabela 2.

Tabela 2. Percentual de dependentes por tipo de droga

DROGA	% DE DEPENDENTES
Álcool	12,3
Tabaco	10,1
Maconha	1,2
Benzodiazepínicos	0,3
Solventes	0,2
Estimulantes	0,2

Fonte: CEBRID, 2005

Um outro estudo realizado pelo CEBRID (2010) em 27 capitais brasileiras com 50.890 estudantes da rede pública e particular de ensino, com predomínio da faixa etária de 13 a 15 (42,1%), aponta que apesar de 25,5% dos estudantes terem

referido uso na vida de alguma droga (exceto álcool e tabaco), 10,6% referiu uso no último ano e 5,5% referiu uso no mês, com pequenas diferenças entre gêneros. Entre os que relataram algum consumo, embora a maioria tivesse idade maior de 16 anos, também foram observados relatos na faixa entre 10 e 12 anos, conforme Tabela 3.

Tabela 3. Uso de drogas psicotrópicas (exceto álcool e tabaco) entre 50.890 estudantes de ensino fundamental(1) e médio das redes pública e privada das 27 capitais brasileiras, de acordo com os tipos de uso, conforme gênero e faixa etária.

Características Demográficas	Tipos de Uso % ⁽⁴⁾				
	Vida ⁽²⁾	Ano ⁽³⁾	Mês ⁽³⁾	Frequente ⁽³⁾	Pesado ⁽³⁾
Gênero					
Masculino	26,2	11,0	6,1	0,9	1,3
Feminino	24,9*	10,3	4,9*	0,7	0,9*
Total	25,5	10,6	5,5	0,8	1,1
Faixa Etária					
10 a 12 anos	10,4	5,4	2,7	0,3	0,4
13 a 15 anos	22,5	9,6	4,9	0,6	1,0
16 a 18 anos	42,8	17,0	8,7	1,6	1,8
19 anos e mais	46,4	15,3	9,3	1,2	2,2
Total	25,5	10,6	5,5	0,8	1,1

Nota: Rede pública engloba as escolas municipais, estaduais e federais.

(1) A partir do 6º ano.

(2) Maconha, cocaína, crack, anfetaminas, solventes, ansiolíticos, anticolinérgicos, analgésicos opiáceos, esteróides/anabolizantes, ópio/heroína, LSD, êxtase, metanfetamina, ketamina, benflogin®, energético com álcool.

(3) Maconha, cocaína, crack, anfetaminas, solventes, ansiolíticos, anticolinérgicos.

(4) Dados ponderados e expressos em porcentagem.

* indica significância estatística com $p \leq 0,05$; Teste de Qui-quadrado.

Fonte: CEBRID, 2010

No Brasil foram realizados cinco levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de drogas nessa população específica, entre os anos de 1987 e 2003. Em 2003, um levantamento realizado nas 27 capitais entrevistou 2.807 crianças e adolescentes em situação de rua, no qual foi verificado que as drogas mais utilizadas naquela época era o álcool e o tabaco, que apresentavam uso na vida de 76% e 63,7% respectivamente. Entre as drogas ilícitas as que apresentaram maior porcentagem de uso na vida destacam-se os solventes (especialmente cola e loló), 44,4% e maconha 40,4%. Entre os adolescentes que moravam com suas famílias, 19,7%

apresentaram uso diário de drogas contra 72,6% dos que não moravam com suas famílias (NOTO et al., 2003).

1.2 INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: CONCEITOS E CONTEXTOS

As crianças brasileiras estão em toda parte. Nas ruas, à saída das escolas, nas praças, nas praias. Sabemos que seu destino é variado. Há aquelas que estudam, as que trabalham, as que cheiram cola, as que brincam, as que roubam. Há aquelas que são amadas e, outras, simplesmente usadas. Seus rostinhos mulatos, brancos, negros e mestiços desfilam na televisão, nos anúncios da mídia, nos rótulos dos mais variados gêneros de consumo.

"História das Crianças no Brasil"

(PRIORE, 2007, p. 08).

De acordo com a Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990) que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 2º: "Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade".

A infância e a adolescência, além de nomear um período de vida do homem, devem ser compreendidas em diferentes aspectos. Há diferenças políticas, econômicas, sociais e culturais que corroboram para diferentes conceitos de infância e adolescência de acordo com o espaço e o tempo que ela ocupa. É necessário considerar o contexto e as referências ao entorno da infância para uma aproximação do conceito, pois está articulada a época, classe social e etnia (PRESTES, 2008).

Até os anos 80 no Brasil, a infância e a adolescência eram contempladas especialmente pela prática de irregularidades, que focava a punição da conduta como objetos de medidas judiciais como prescrevia a já revogada Lei nº 6.697/1979 (BRASIL, 1979), chamada de Código de Menores. Foi considerado por muitos

doutrinadores de Código Penal de Menores, pois praticamente não lhes assegurava direitos.

A política social implícita no ECA, aprovado pelo Congresso Nacional pela Lei 8.069/90, mais do que regulamentar as conquistas em favor das crianças e adolescentes na Constituição Federal, veio promover um importante conjunto de revelações que extrapolam o campo jurídico, desdobrando-se e envolvendo outras áreas da realidade política e social do Brasil. A primeira foi a concepção de que as crianças e adolescentes são definidos como “pessoas em condição peculiar de desenvolvimento”, ou seja, que estão em idade de formação e por isso necessitam da proteção integral e prioritária de seus direitos por parte da família, da sociedade e do Estado. Crianças e adolescentes são definidos como “sujeitos de direitos”, significando que não podem mais ser tratados como objetos passivos de controle por parte da família, do Estado e da sociedade (BRASIL, 1990; FROTA, 2002).

O ECA foi criado a partir de amplas discussões e estudos de diferentes segmentos da sociedade. Reforça a proteção integral de todas as crianças e adolescentes, assegurando-lhes a condição de pessoas em desenvolvimento e que gozam de direitos e deveres, marcando um novo paradigma que coloca crianças e adolescentes como sujeitos de direitos (CARBONERA, 2000).

É importante que, no processo de desenvolvimento humano, crianças e adolescentes tenham acesso ao convívio com adultos acolhedores, preferencialmente familiares; ao sentimento de pertença a um grupo social; à educação formal; às ações de promoção, proteção e recuperação da sua saúde; ao desenvolvimento e à qualificação profissional; e à possibilidade de realização de seus projetos de vida, reconhecendo os fatores sociais, econômicos, políticos e culturais que influenciam sua exequibilidade (BRASIL, 2014).

Para Gomes e Costa Filho (2013), mesmo com os avanços já alcançados no Brasil, verifica-se ainda uma situação social deplorável em relação à infância e adolescência. A exploração do trabalho infantil, os abusos e exploração sexual ainda demandam uma atuação séria e constante por parte, sobretudo, do governo e da sociedade. Constatam-se também muitas crianças e adolescentes vivendo em condições de extrema pobreza e vulnerabilidade.

Para Ayres (1996) a noção de vulnerabilidade social reconhece que diferentes indivíduos ou grupos populacionais apresentam suscetibilidades diferenciadas frente a determinados aspectos ligados à saúde, decorrentes das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais.

Inicialmente pensada para avaliar o risco de qualquer indivíduo contrair HIV pelo conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano consideradas relevantes para maior exposição ou menor risco de enfrentar o problema, a noção de vulnerabilidade se estendeu para outras questões como a da violência e uso de drogas (AYRES, 1996).

Segundo Mann e Tarantola (1996 apud, SODELLI, 2015), foram definidos três planos interdependentes de determinação da vulnerabilidade: a individual (cognitiva e comportamento pessoal), a social (contexto social) e a programática (programas nacionais, estaduais e municipais).

No Brasil, segundo Sierra e Mesquita (2006), algumas das principais vulnerabilidades que acometem as crianças e os adolescentes são:

- os riscos inerentes à dinâmica familiar (problemas relacionados ao alcoolismo e conflitos entre casais, que tornam crianças testemunhas de agressões, traumas, abusos, carência afetiva, etc.);
- os riscos relacionados ao lugar de moradia (precariedade da oferta de instituições e serviços públicos, a falta de disponibilidade dos espaços destinados ao lazer, as relações de vizinhança e a proximidade da localização dos pontos de venda controlados pelo tráfico de drogas);
- os riscos relacionados à forma de repressão policial às atividades do tráfico de drogas e violência urbana;
- risco do trabalho realizado pelas instituições que os recebem (abusos praticados por profissionais, estratégia de funcionamento que exclui a participação social);
- riscos à saúde (ausência de um trabalho de prevenção e o acesso ao atendimento médico hospitalar)
- os riscos do trabalho infantil (muitas crianças são exploradas pela própria família no trabalho informal)

- os riscos da exploração e prostituição infantil
- riscos inerentes à própria criança ou adolescente (personalidade, comportamento)

Na esfera social, a interação grupal é perceptível, já que o adolescente busca pertencer a um grupo com o qual se identifique e passa a compartilhar valores comuns. Nesse período, a família deixa de ser a única referência e os amigos passam a ter influência importante e significativa nas suas decisões e atitudes (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008). Amato (2010) acrescenta que a adolescência é um período de consolidação de valores, busca por novas experiências, desejo de maior autonomia, e procura por desafios, caracterizando esta etapa como a fase das muitas oportunidades.

Quando se trata da questão do uso de SPA, muitos estudos focam especificamente a população de adolescentes, seus comportamentos de risco, situações de vulnerabilidade e reconhecem a adolescência como uma fase de intensas mudanças, físicas, psíquicas, no comportamento que refletem também nas relações sociais (FEIJÓ; OLIVEIRA, 2001; CASTRO; ABRAMOVAY, 2004; SILVA; MICHELI, 2011; PRATI; KOLLER, 2015).

A literatura aponta ainda que, entre os fatores que contribuem para o envolvimento do adolescente com o consumo de drogas lícitas, destacam-se o apelo dos meios de comunicação, a aceitação social e o envolvimento familiar com o uso de tal substância (GONÇALVES, 1998; CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

Segundo Minayo e Schenker (2005), o uso de drogas é uma questão complexa que perpassa inúmeros subsistemas da vida individual e social. As representações sociais que levam à adesão ou à condenação dependem do contexto sociocultural. Os constrangimentos impostos numa determinada cultura são diversos em outras. Então, é necessário compreender os códigos do contexto e a rede de significados que envolvem a sociedade em geral, os grupos específicos dentro de determinado tempo histórico.

Além da dificuldade de se pensar social e politicamente a questão da droga com a população aqui discutida, no campo da saúde encontram-se também entraves, pois estabelecer o diagnóstico de abuso ou dependência de substâncias entre crianças e

adolescentes é um desafio, visto que essa terminologia foi desenvolvida para adultos, com poucas evidências de sua conveniência para adolescentes (KAMINER, 1994). Além disso, essa questão traz ainda mais desafios quando se considera a população de crianças e adolescentes em situação de rua.

1.3 REDE DE ATENÇÃO E CUIDADO

O homem não teceu a vida. Ele é apenas um de seus fios. O que quer que faça à teia, ele faz a si mesmo.

(Chefe Seattle)

Apesar da pluralidade de utilizações e significados do conceito redes, pode-se tomar como unidade a ideia de um conjunto de pontos que se articulam entre si. Rede é sempre algo que une, que entrelaça, que apanha, que amortece, que interconecta, que comunica, que vincula por meio de sua ligação, de seus nós, e que por isso, quando bem instrumentalizada, possibilita a melhor visão do sistema, seja do indivíduo, de sua família ou de sua comunidade, melhorando a resolubilidade da atenção (CHIAVERINI, 2011; COSTA et al., 2015).

O conceito de rede social apresentado por Sluzki (1997) se refere ao conjunto de todas as relações que uma pessoa considera significativa. Partindo deste conceito o autor diferencia micro-rede social de macro-rede. Em um nível microscópico, a rede social pessoal pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas. Por macro-rede entende-se a comunidade da qual faz parte, sociedade, contexto cultural, político, econômico, religioso, serviços, entre outros contextos que fazem parte do universo relacional do indivíduo.

As diferentes possibilidades de articulação entre os membros da rede podem exercer uma variedade de funções. A seguir serão elencadas as funções da rede social segundo Sluzki (1997) com as contribuições de Meneses (2007), que em sua tese de doutorado analisou as redes sociais discutindo alguns pontos,

complementando e trazendo contribuições importantes para se pensar nos conceitos e funções da rede que podem ser utilizados atualmente:

- **Companhia social:** estar junto, realização de atividades conjuntas, compartilhar a rotina cotidiana; são transmissoras de cultura e promotoras da adaptação
- **Apoio emocional:** diz respeito a atitudes emocionais positivas, como empatia, clima de compreensão, estímulo e apoio; onde se vivencia o afeto, percepção do aconchego, do pertencer
- **Guia cognitivo e de conselhos:** compartilhamento de informações pessoais ou sociais, esclarece expectativas, proporciona modelos de papéis; importante na construção da identidade pessoal, grupal, institucional
- **Regulação social:** interações que lembram e reafirmam responsabilidades e papéis, neutralizam os desvios de comportamento que se afastam das expectativas coletivas, permitem dissipação da frustração e da violência, favorecem a resolução de conflitos; quando exercida em relações de horizontalidade favorecendo uma autorregulação social, por meio de negociações no convívio cotidiano, estabelecendo acordos e normas de convivência
- **Ajuda material e de serviços:** colaboração eficaz com base em conhecimentos especializados ou ajuda física, incluindo serviços de saúde; suporte social, cuidar para não ser assistencialista
- **Acesso a novos contatos:** abertura de possibilidades de conexão com outras pessoas e redes que até então não faziam parte da rede social do indivíduo, grupo ou comunidade; ampliação da rede e de possibilidades de exercer e solicitar funções sociais, ampliação de sentidos e práticas

Castells (2005) considera que a sociedade contemporânea é uma estrutura social organizada em rede, ou seja, um sistema de nós interligados. As redes são estruturas abertas que evoluem acrescentando ou removendo nós de acordo com as mudanças necessárias para que se atinjam os objetivos.

Na sociedade contemporânea, o modelo de articulação em rede tem sido amplamente utilizado, pois apresenta uma possibilidade de reunir parceiros independentes, livremente articulados, trazendo para a formulação de planos, programas e ações as suas diferentes visões, opiniões, interesses e

potencialidades. A rede seria então uma parceria voluntária para a realização de um propósito comum (SÃO PAULO, 2002a).

O SUS, que tem entre as suas diretrizes a promoção da equidade e a integralidade do atendimento, implica uma atuação em rede. A rede neste campo é um arranjo para trabalhar a complexidade, que transcende as instituições sem, contudo, negá-las (SÃO PAULO, 2002a).

No campo da saúde, pode-se pensar as redes como um conjunto de atores (instituições, profissionais, usuários de serviços, grupos comunitários) que se comunicam, agem articuladamente e funcionam em sinergia para desenvolver alguns objetivos e responder a determinadas necessidades (FRANCO; ZURBA, 2014), para ressignificar vidas, vias, códigos, atitudes, provocando outras composições (LOPES, 2003).

As redes possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. O fundamental é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento (BRASIL, 2004a). Uma trama interdependente, circunscrita, pois, com identidade própria; trama que exige comunicação comunitária e solidária. Um pacto de referência e contra-referência, emoldurando um movimento de cuidado e valorização (LOPES, 2003). Para constituir essa rede são necessários todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos, etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte, etc.), econômicos (dinheiro, previdência, etc.), culturais, religiosos e de lazer (BRASIL, 2004a), já apontados neste texto, baseado em Sluzki (1997) como micro e macro-redes.

As redes podem se autoformar e se transformar com o intuito de responder às necessidades dos usuários, como se fossem tessituras maleáveis que vão se modificando conforme se modificam as necessidades e os projetos de vida dos usuários. Podem ser redes flexíveis de apoio e sustentação para a descoberta de novos modos de vida e novas possibilidades aos usuários dos serviços, contribuindo para que ocupem novos lugares (FRANCO; ZURBA, 2014).

A multiplicação das relações, das personagens envolvidas numa rede que deixa de ser exclusivamente de cuidado em saúde promove a abertura de possibilidades de vida, que produzem novos sentidos (FRANCO; ZURBA, 2014).

As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas aparecem como concepções abrangentes que agregam diversos setores e suas respectivas características, de modo integral. Portanto, suas conjecturas e características organizacionais derivam dessa pluralidade intersetorial articulada, visando a promoção da saúde, prevenção e atenção aos usuários de drogas. Neste sentido, a base para a sua conformação são as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e suas pressuposições. Como parte da RAS, a RAPS pode ser entendida como a articulação dos pontos de atenção à saúde para as pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas no SUS (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

Especificamente no recorte da rede de saúde, fazendo parte da RAPS no nível da atenção básica, tem-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), responsáveis pela promoção de saúde, prevenção e cuidado de pessoas com necessidades decorrentes ao uso de drogas. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são responsáveis pelo apoio matricial e cuidado compartilhado com as UBS e equipes de ESF. Além disso, as equipes de Consultório na Rua e redutores de danos ofertam ações e cuidados de saúde de modo itinerante para a população em situação de rua e os Centros de Convivência e Cultura oferecem espaços de socialização, produção e intervenção para a população em geral. Na Atenção Psicossocial os CAPSad são os equipamentos específicos para o cuidado às pessoas com necessidades em decorrência ao uso de SPA e, no caso de crianças e adolescentes que apresentem a mesma problemática, os CAPSi geralmente assumem os cuidados.

Apesar do CAPSi ser considerado responsável pelos cuidados de crianças e adolescentes usuários de SPA, um estudo realizado por Hoffmann, Santos e Mota (2008) sobre a caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil verificou que os CAPSi que participaram do estudo - total de 7 no Brasil, sendo 4 da região sudeste, 2 da região sul e 1 da região centro-oeste - não registrou atendimento de pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de SPA.

Outro recurso que pode ser utilizado na atenção à essa população são as Unidades de Acolhimento (UA), que oferecem cuidados contínuos em regime residencial de caráter transitório para usuários de SPA em situação de vulnerabilidade social que necessitem de um acompanhamento terapêutico ou protetivo transitório. A Atenção

Hospitalar, constituída de leitos ou enfermarias especializadas em hospitais gerais também podem ser utilizadas nos casos mais graves, como de intoxicação severa, abstinências ou em casos de comorbidades clínicas ou psíquicas. Nos casos de urgência e emergência o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) podem ser acessados (BRASIL, 2011b).

Expostos os principais pontos de atenção relacionados à rede de saúde no cuidado de pessoas com necessidades decorrentes ao uso de SPA, podemos ampliar essa rede tornando-a intersetorial. Devido à complexidade da questão, especialmente quando se trata de populações mais vulneráveis como a de crianças e adolescentes e/ou de pessoas em situação de rua, recorrer ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) é fundamental na busca pela integralidade do cuidado. A rede socioassistencial na proteção básica conta com os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), responsável pela gestão de benefícios, acompanhamento sociofamiliar, entre outros (BRASIL, 2004b).

Especificamente à população de usuários de drogas, a proteção básica é responsável pelas ações de promoção de saúde e prevenção, ao prevenir situações de vulnerabilidade e risco social, desenvolvendo potencialidades individuais e fortalecendo vínculos familiares e comunitários. A média complexidade é composta por programas assistenciais como o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), que atendem indivíduos com agravos de vulnerabilidade, perda de vínculos, que estão em situação de violência, em situação de rua, de abandono ou que também perderam algum de seus direitos (BRASIL, 2004).

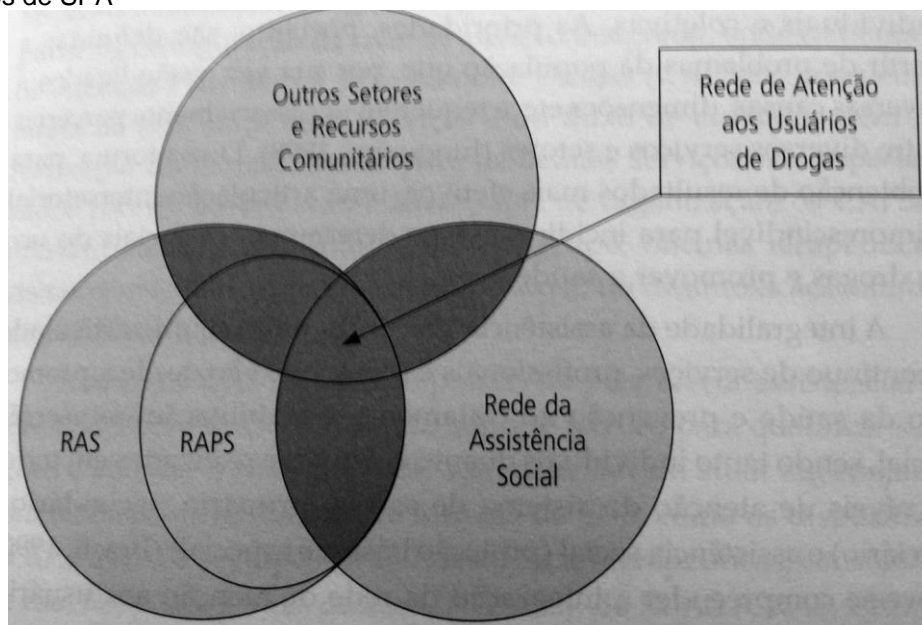
Especificamente para atenção e cuidado à população de rua criou-se o Centro POP por meio da Lei 7.053 de 23 de dezembro de 2009 que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. Os Centros POP atuam na identificação das conjunturas de associação do abuso de álcool e outras drogas com a situação de rua, trabalhando o cuidado em parceria com os serviços de saúde e restante da rede socioassistencial (BRASIL, 2009, 2012b). Os serviços de acolhimento institucional de curta e média permanência - os antigos abrigos - são recursos que podem ser utilizados em situações em que o indivíduo/família encontram-se afastados temporariamente de seu núcleo familiar/comunitário de referência, assegurando

proteção integral por meio de estadia, segurança, para que possam construir projetos de vida e retornar ao convívio familiar (BRASIL, 2004b).

No Brasil ainda não existe uma política nacional de intervenção para crianças e adolescentes em situação de rua e com necessidades decorrentes do uso de SPA, sendo assim, cada município vem planejando e implementando distintas intervenções. Moura et al. (2015) apontam para o desafio da rede intersetorial na prática, principalmente no que diz respeito à integração entre as áreas da saúde e assistência social. Segundo Otenio et. al (2008), numa sociedade extremamente desigual e heterogênea como a brasileira, as políticas sociais (destacadas aqui: educação, saúde, previdência, habitação, saneamento) têm o papel de diminuir as desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico e à formação do cidadão.

A Figura 1 esquematiza a rede de atenção aos usuários de drogas.

Figura 1: Sintetiza o caráter das políticas setoriais e componentes que conformam a rede de atenção aos usuários de SPA



Fonte: COSTA, COLUGNATI, RONZANI, 2015.

Além da RAPS, RAS e rede da assistência social, outros setores podem ser acionados de acordo com as necessidades apresentadas pelo indivíduo ou grupo. No caso de crianças e adolescentes, o setor da educação e a família são muito importantes na participação e construção de uma rede de cuidado (COSTA, COLUGNATI, RONZANI, 2015). Diante da diversidade de conceitos existentes sobre rede, adotaremos neste trabalho o termo "rede de atenção e cuidado" para significar

uma rede intersetorial de serviços e que inclui as redes sociais pessoais, uma rede ampliada, construída a partir das necessidades do sujeito.

1.4 TERAPIA OCUPACIONAL NO CONTEXTO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

"Ser terapeuta ocupacional é acreditar que todas as pessoas são capazes, independente de sua condição. É olhar o ser humano como alguém que se constrói e se transforma pelo sua ação significativa, consciente, em um contexto social, histórico e cultural.

Ser terapeuta ocupacional é estudar profundamente a ação humana nos diversos momentos da vida e desenvolver estratégias para que cada pessoa possa tomar posse do seu fazer, a partir de seus desejos, expectativas e necessidades."

(Celina Bartallotti)

A Terapia Ocupacional é um campo de conhecimento e intervenção em diferentes âmbitos, como o da saúde, o social e o da educação. Faz uso de recursos e procedimentos com o propósito de alcançar a emancipação e a autonomia de indivíduos que, devido a problemáticas temporárias ou definitivas, sejam de ordem física, mental, sensorial, social ou psicológica, apresentem alguma dificuldade de inserção na vida social. As intervenções da terapia ocupacional são dimensionadas pelo uso de atividades, sendo este o elemento central e orientador na complexa e contextualizada construção do processo terapêutico (BARROS; RODRIGUES, 2011).

Para Benetton (1994):

"Terapia Ocupacional é a arte de aplicar conhecimentos científicos, empíricos e certas habilidades específicas decorrentes do uso de atividades, à criação de estruturas, dispositivos e processos que são utilizados para converter recursos físicos, psicológicos e sociais em formas adequadas à prevenção, manutenção e tratamento em saúde, educação, na área social e demais correlatas."

A Terapia Ocupacional nasceu da/na/para a prática, delineando-se como profissão após o reconhecimento da eficácia de tais práticas. Ampliou-se para múltiplas áreas de atuação, desenvolvendo técnicas e fundamentações teóricas a partir das

especificidades de cada especialidade. Desenvolveu uma diversidade de métodos, técnicas, objetivos e concepções de "atividade", sustentando-se, ao longo de sua história, em alguns princípios básicos: preocupação com o campo ocupacional e/ou atividade humana; busca de autonomia, desenvolvimento de potencialidade e habilidades; inserção e participação social, qualidade de vida e exercício de cidadania; adequação de técnicas de utilização da atividade como instrumento de tratamento e/ou transformação do homem e seu ambiente e; uso da atividade como forma de expressão e comunicação (FERIOTTI, 2013).

Para Furtado e Marcondes (2014):

"As atividades humanas são os principais instrumentos de trabalho e também aquilo que nos identifica enquanto terapeutas ocupacionais. Portanto, o entendimento sobre ela e sua aplicação devem ser estudados em sua completude e complexidade nos aspectos históricos, políticos, sociais, culturais, estético e ético pelos terapeutas ocupacionais."

Em seu Método Terapia Ocupacional Dinâmica, Benetton (2006) contextualiza atividades numa relação triádica, sendo o terceiro termo de uma relação que ocorre a partir do pressuposto que existe um terapeuta ocupacional e um indivíduo que apresente qualquer tipo de motivo, necessidade ou vontade de se encontrar para fazer terapia ocupacional. Afirma ainda que, por meio das atividades, é possível tratar, educar, ensinar, organizar, alterar o ambiente e incluir pessoas em um sistema que permita integrações e interações. Para a mesma autora, o sujeito-alvo da terapia ocupacional está geralmente colocado à margem de um cotidiano pessoal e/ou social. Sendo assim, de acordo com a autora, a exclusão social é a problemática de partida da população-alvo da terapia ocupacional, que tem como objetivo final a inserção e participação social.

Considerando os princípios básicos que sustentaram a Terapia Ocupacional em seu desenvolvimento, pode-se considerar as questões relativas à atividade humana ou ao campo da ocupação como questões nucleares, indicativas de seu objeto, que pode receber diferentes tratamentos em diferentes contextos dependendo das circunstâncias culturais, filosóficas, científicas e históricas da produção de conhecimento (FERIOTTI, 2013).

De acordo com Moraes (2008), o terapeuta ocupacional deve ser ativo em possibilitar que os desejos sejam sustentados, mas em muitos momentos ele também precisa ser ativo na criação de desejos. Durante a realização das atividades a observação do terapeuta é um importante instrumento de intervenção, pois é a partir dessa observação que o terapeuta ocupacional auxilia o sujeito na construção de ligações entre o pensar, o fazer, o sentir e o ser. Com a observação e o raciocínio clínico do terapeuta ocupacional vão se construindo elos entre um fazer e outro, entre um mesmo jeito de fazer e um novo modo de fazer, entre as possibilidades e habilidades. Durante o processo de terapia ocupacional espera-se que o *setting* seja um espaço de criação de possibilidades, de fomentação de desejos.

Segundo Matsukura (2007), a atuação do terapeuta ocupacional com a população de crianças e adolescentes, inicialmente, estava baseada no desenvolvimento da reeducação e da psicoterapia pedagógica e psicanalítica e nas teorias de aprendizagem. No campo da saúde mental, a terapia ocupacional iniciou suas ações junto às pessoas em sofrimento psíquico, tanto adultos quanto crianças e adolescentes, institucionalizados em hospitais psiquiátricos e nas instituições filantrópicas e particulares voltadas a essa população (BUENO, 2013). Para Wachholz e Marrotti (2009), com a Reforma Psiquiátrica, o terapeuta ocupacional passou a integrar também equipes multidisciplinares e mostrou sua importância no processo de reconstrução de redes substitutivas ao modelo hospitalocêntrico que visavam a reabilitação psicossocial, já que, por meio de sua prática, o terapeuta ocupacional visa a independência dos indivíduos em suas áreas de desempenho e nos contextos em que estão envolvidos.

Malfitano (2005) aponta que a desinstitucionalização, acompanhada de intervenções no âmbito territorial, impulsiona a repensar a prática profissional e insere o eixo da cidadania na composição do escopo da visão do terapeuta ocupacional.

Com relação à clínica da infância, Pellegrini (2008) afirma que a população-alvo dessa clínica é a criança que apresenta alguma impossibilidade para brincar, portanto a investigação do terapeuta ocupacional irá se concentrar nos motivos pelos quais essa criança não brinca, seja por algum tipo de sofrimento, limitação (na exploração do ambiente e objetos), por não conseguir se expressar e não ser compreendida, ou ainda por vivenciar um cotidiano muito isolado e restrito ou repleto

de atividades relacionadas apenas à sua condição de doença. Segundo a mesma autora, durante essa experiência é que a criança brinca, experimenta viver situações prazerosas e menos ameaçadoras, possíveis de serem internalizadas e ampliadas para outras relações sociais.

Na clínica da adolescência considera-se que a população-alvo são adolescentes com dificuldades relacionadas à inserção social em diferentes espaços (casa, escola, trabalho, espaços de lazer, entre outros) por dificuldades como limitações (físicas, sensoriais, psíquicas, problemas relacionados ao uso de SPA), sofrimento, dificuldade de expressão, entre outras, causando estreitamento no repertório de atividades (PELLEGRINI, 2008). Cabe ao terapeuta ocupacional investigar as possíveis causas relacionadas à sua condição e proporcionar espaços saudáveis para criação e expressão objetivando a inserção social e a ampliação do repertório de atividades (PELLEGRINI, 2008).

No que se refere às pessoas com necessidades decorrentes do uso de SPA, de um modo geral, essa população pode apresentar problemas de saúde, educacionais e sociais, tais como dependência, ausência no trabalho ou escola, deterioração das relações familiares, dificuldades de inclusão social, predisposição ao crime e à violência, entre tantos outros (PIZZOL et al., 2006). Segundo Oliveira (2007), um dos objetivos da Terapia Ocupacional com a clientela usuária de SPA é o de intervir na (re)construção da história dos sujeitos. Para a autora, o melhor recurso terapêutico está no próprio ato de fazer, oferecendo oportunidades para o indivíduo, uma vez que o fazer constitui, também, o instrumento de conciliação entre o idealizar e o concretizar.

Pensando no contexto já apresentado, de crianças e adolescentes usuários de SPA, vimos que essa população faz parte de um grupo extremamente vulnerável, excluído da sociedade e, muitas vezes, privados de seus direitos. Vivendo essa condição de exclusão e vulnerabilidade, de acordo com os objetivos da terapia ocupacional já expostos aqui, podemos afirmar que a atuação do terapeuta ocupacional é de extrema importância na composição do cuidado à essa população. Diferentes referenciais metodológicos podem ser utilizados na fundamentação das intervenções terapêuticas ocupacionais para compor o cuidado.

Considerando os pressupostos apresentados e pensando na variedade de possibilidades de configurações da rede intersetorial, cabe perguntar: quais serviços oferecem cuidados à uma população com características tão específicas quanto a de crianças e adolescentes usuárias de SPA? Estes serviços estão articulados em rede? Como os terapeutas ocupacionais estão inseridos nesta rede? Como se dá sua participação nas ações de cuidado à esta população? Este estudo se debruça sobre responder estas questões.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Compreender a atuação de terapeutas ocupacionais na rede intersetorial de atenção e cuidado às crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas no Centro da cidade de São Paulo.

2.2 ESPECÍFICOS

- Sistematizar as informações sobre equipamentos do Centro de São Paulo que oferecem atenção e cuidado às crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas de São Paulo/SP
- Identificar quais equipamentos identificados nesta rede contam com a atuação de terapeutas ocupacionais

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 ABORDAGEM QUALITATIVA EM PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa. Segundo Sampieri (2006) um enfoque qualitativo utiliza coleta de dados sem medição numérica, como as descrições e observações, para descobrir ou aperfeiçoar questões de pesquisa e pode ou não provar hipóteses em seu processo de interpretação. Para o mesmo autor, o enfoque qualitativo busca principalmente "dispersão ou expansão" dos dados ou da informação, o que pareceu mais indicado para a proposta da presente pesquisa.

Para Minayo (1993) a metodologia de pesquisa qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu início quanto na sua transformação como construções humanas significativas. Preocupa-se em explicar as relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum. Abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas as representações sociais que constituem a vivência das relações, que lhe atribuem significados.

Segundo Minayo (2012), o principal verbo da análise qualitativa é compreender. Para compreender é necessário levar em conta a singularidade do indivíduo, mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere. Afirma ainda que toda compreensão é parcial e inacabada, tanto do ponto de vista do entrevistado, que tem um entendimento incompleto de sua vida e de seu mundo, como a dos pesquisadores, que também são limitados ao que compreendem e interpretam.

Para Minayo (2012):

"O percurso analítico e sistemático, portanto, tem o sentido de tornar possível a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria

prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade. Desta forma, a análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico."(MINAYO, 2012, p. 626)

Diante das questões apresentadas, nos pareceu apropriado, de acordo com os objetivos desta pesquisa, trabalhar com a abordagem qualitativa.

3.2 CAMPO DO ESTUDO

A escolha do município e região onde o estudo foi realizado se deu devido às características deste campo, onde há importante e conhecido contexto de uso de substâncias psicoativas e que, por conta disso, vem sendo foco de ações de diferentes equipamentos, projetos e estudos. O campo escolhido para este estudo é a região Centro da cidade de São Paulo, onde fica situada a conhecida "Cracolândia".

O *crack* surgiu em São Paulo no final da década de 80, alastrando-se principalmente em sua região central (NAPPO, 1996; NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1994; NAPPO et. al, 2010). Desde então começaram a se desenvolver e intensificar os projetos que visavam "recuperar" essa região do bairro Luz, demonstrando a importância da região no contexto metropolitano (MOSQUEIRA, 2007).

Carvalho (2012) refere que a expressão "Cracolândia" surge nos anos 90, em designação a uma parte da região central de São Paulo onde o consumo e comércio do *crack* aconteciam, e ainda hoje acontecem, a céu aberto. Atualmente a "Cracolândia" localiza-se na Alameda Dino Bueno, na altura da Rua Helvétia, onde ficam situados serviços como o Programa De Braços Abertos, a Tenda e o prédio do Programa Recomeço. Segundo Mingardi (1999), o surgimento do termo foi devido a uma onda de publicações jornalísticas que divulgavam e discutiam os problemas relacionados às drogas que vinham ocorrendo na região. Antes disso, ainda nos anos 80, foi elaborado o primeiro projeto de intervenção na região, conhecido como Luz Cultural (em referência ao nome do bairro Luz, onde se localiza parte do perímetro da "Cracolândia").

Para Adorno et. al (2013) a "Cracolândia" se tornou, nos últimos anos, um espaço de lazer de grande parte do circuito das populações em situação de rua, de egressos do sistema penitenciário e, como espaço de trocas desses atores, também se tornou um local de compra e venda de *crack*. Diversos grupos passaram a frequentar a "Cracolândia", não apenas para comprar drogas, mas também como incorporação do estilo de vida, associado ao uso daquela droga.

A "Cracolândia" pode ser pensada como um espaço marcado pela sociabilidade direta de pessoas que se identificam com o território (uma localidade, mas também um território simbólico e existencial) e, também, pela variada e multifacetada interação dos frequentadores da "Cracolândia" com diferentes agentes institucionais, apontando para modos de gestão do estado pelas margens (ADORNO et al, 2013).

Neste contexto apresentado transitam pessoas de todas as idades, inclusive crianças e adolescentes que são o foco deste estudo. Nesta região há hotéis que foram ocupados e que hoje moram algumas famílias. Não é raro ver crianças passando por esta região, acompanhadas ou não de um adulto, com a mochila nas costas a caminho da escola. Devido ao fato de neste território haver grande concentração de usuários de SPA, em especial de *crack*, um número importante de equipamentos atua nesta região de São Paulo. Por acreditar que esta seria uma região mais rica em equipamentos e possuir maior concentração de usuários devido à localização da "Cracolândia", a região Centro foi escolhida como recorte deste estudo.

O campo desta pesquisa pertence à Subprefeitura Sé, uma organização pública, instituída a partir da Lei 13.399, de 2002. É responsável pela administração pública dos seguintes distritos: Bom Retiro, Santa Cecília, Consolação, Bela Vista, República, Liberdade, Cambuci e Sé, localizados na região central da cidade de São Paulo, em um território de 26,2 km² (Figura 2 e Tabela 4) (SÃO PAULO, 2002b).

Figura 2. Mapa da Região da Subprefeitura Sé

Fonte: Site da Prefeitura Municipal de São Paulo

Tabela 4. Dados Demográficos dos Distritos Pertencentes à Subprefeitura Sé

Distrito	Área (Km²)	População (2010)	Densidade Demográfica (Hab/Km²)
Bela Vista	2,6	69.460	26.715
Bom Retiro	4	33.892	8,473
Cambuci	3,9	36.948	9.474
Consolação	3,7	57.365	15.504
Liberdade	3,7	69.092	18.674
República	2,3	56.981	24.774
Santa Cecília	3,9	83.717	21,466
Sé	2,1	23.651	11,262
TOTAL	26,2	431.106	16,454

Fonte: site da Prefeitura Municipal de São Paulo

Conforme estabelecido na Lei 13.399/2002 a Subprefeitura Sé presta serviços de atendimento, recebimento dos pedidos e reclamações da população, solução para os problemas apontados, planejamento, regulamentação e fiscalização do uso do solo, assistência social e promoção da prática do esporte, do lazer e da cultura. Também são atividades principais a manutenção da infraestrutura urbana e projetos e obras da região (SÃO PAULO, 2002b).

De acordo com a Relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal da Saúde por Região/Zona do Município de São Paulo (SÃO PAULO, 2015), a Zona Centro, conta com 4 AMA's (Assistência Médica Ambulatorial) sendo uma delas AMA Especialidades, 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 8 Unidades

Básicas de Saúde (UBS), 1 Hospital Municipal Infantil, 1 Pronto Socorro Municipal, além de outros equipamentos não relacionados diretamente à este estudo.

3.3 PARTICIPANTES

Os participantes desta pesquisa são 11 terapeutas ocupacionais e 4 gestores de 4 equipamentos que atuam na região Centro da cidade de São Paulo/SP com crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas. Os critérios de inclusão para os equipamentos foram: estar localizado na região Centro da cidade de São Paulo; oferecer algum tipo de atendimento à população de crianças e adolescentes usuários de SPA; apresentar na composição da equipe de trabalhadores pelo menos 1 terapeuta ocupacional. Os gestores participantes foram selecionados a partir da autorização para realização do estudo no equipamento sob sua gestão. Não houve critério de exclusão no caso dos gestores e todos, um por equipamento selecionado, foram incluídos nesta pesquisa. Com relação aos terapeutas ocupacionais, foram convidados a participar desta pesquisa os profissionais que atuam nos equipamentos selecionados. Como critério de inclusão o profissional deveria ter algum contato com a população de crianças e adolescentes usuário de SPA; estar trabalhando em algum dos equipamentos selecionados para a pesquisa e trabalhar no equipamento há pelo menos 6 meses. Os critérios de exclusão foram: tempo de trabalho inferior a 6 meses; não ter contato com a população de crianças e adolescentes usuários de SPA; estar afastado do trabalho no momento da pesquisa por qualquer motivo (férias ou licença).

3.4 COLETA DE DADOS

Primeiramente realizou-se um levantamento dos equipamentos tanto de saúde quanto de assistência social, cultura e educação que apresentavam na descrição de sua população-alvo crianças, adolescentes e/ou usuários de drogas existentes na região Centro da cidade de São Paulo por meio dos sites da Prefeitura Municipal de São Paulo e suas Secretarias (Assistência Social; Cultura; Direitos Humanos e Cidadania; Educação; Esportes; Saúde). Por meio de pesquisa realizada na Internet foram levantadas também algumas Organizações Não-Governamentais (Ongs),

associações, programas e projetos desta mesma região da cidade de São Paulo, relacionadas direta ou indiretamente com o tema das drogas e dependência química, ou que atendiam crianças e adolescentes e, por vezes, abarcavam estas temáticas, mesmo não sendo seu objetivo principal. Ao todo foram encontrados 12 equipamentos (governamentais e não governamentais) que se aproximavam com a questão do uso de SPA e/ou com a infância e adolescência:

Em um segundo momento, foi realizado contato telefônico e por email com os equipamentos levantados na pesquisa com o objetivo de obter informações referentes à população atendida, aos objetivos do serviço e composição da equipe, já buscando identificar quais destes possuíam terapeuta ocupacional em seu corpo de profissionais. Buscou-se também identificar características da porta de entrada destes serviços (demanda espontânea, demanda judicial, encaminhamentos de outros equipamentos etc.) e identificar a rede acessada pelos mesmos quando se tratava de casos de crianças e adolescentes usuários de SPA. Dos 12 equipamentos identificados na pesquisa pela Internet 1 foi fechado, 4 não retornaram o contato e 7 responderam ao contato por email ou forneceram informações pelo telefone. Todos os equipamentos com os quais foi realizado contato citaram o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) como central para ações quando se trata desta população. Em alguns casos referiram também o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad). Diante desta constatação, foi decidido mapear a rede de atenção e cuidado à crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas a partir dos CAPS, ou seja, o estudo se iniciaria pelo CAPSi e CAPSad da região Centro de São Paulo e estes indicariam outros equipamentos da rede que compartilham o cuidado quando se trata dessa população.

Para tal, foi realizado contato via email com os gestores dos CAPS i e ad da região em questão a fim de verificar o desejo e a disponibilidade em participar deste estudo. Com a resposta positiva dos gestores, foi realizado contato com a Coordenadoria Regional de Saúde a fim de solicitar a autorização para a realização da pesquisa. No período em que foi realizada a solicitação, as Coordenadorias Regionais de Saúde passavam por mudanças em sua configuração. A antes chamada Coordenadoria Regional Centro-Oeste foi dividida em Coordenadoria Regional Centro e Coordenadoria Regional Oeste. Essas mudanças resultaram em atrasos e obstáculos na obtenção da autorização, já que houve mudança na sede,

dificultando o contato telefônico por um período, e nomeação de novo coordenador, que logo no início foi afastado por motivo de doença. Diante disso, quem forneceu a autorização inicial para ser enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) foi a Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Drogas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo. Com o parecer favorável à realização da pesquisa pelo CEP da UFSCar um novo contato foi realizado com os gestores para informar sobre o parecer e agendar as entrevistas. Neste momento informaram da necessidade de entrar em contato com a Supervisão Técnica de Saúde Sé, pois era necessária uma autorização formal emitida pela Supervisão e direcionada diretamente aos gestores para iniciar a pesquisa. Foi solicitada a autorização junto à Supervisão Técnica de Saúde Sé que informou sobre a necessidade de um parecer favorável à realização da pesquisa emitido pelo CEP da SMS. A solicitação foi preenchida e foram sugeridas alterações no TCLE. Acatadas as sugestões e reenviadas ao CEP da SMS o parecer foi favorável e então foi possível agendar as entrevistas.

A coleta teve início somente após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar (Parecer nº 1.119.464 - Anexo A) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Parecer nº 1.142.702 - Anexo B).

Após autorização, os profissionais e gestores foram convidados a participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Foram agendadas entrevistas com os gestores e profissionais de acordo com a disponibilidade de cada um, com o cuidado de não interferir na dinâmica de trabalho. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho. A partir das entrevistas realizadas nos CAPS foram identificados diferentes equipamentos da região que constituem a rede de atenção e cuidado à crianças e adolescentes usuários de SPA.

A partir das indicações fornecidas foi realizado contato telefônico com os equipamentos indicados a fim de coletar informações sobre a equipe, participação ou não de terapeutas ocupacionais. A partir deste contato, nos equipamentos que contavam com terapeutas ocupacionais compondendo a equipe verificou-se o interesse em participar deste estudo. Ao aceitar o convite foram agendadas visitas para apresentação da pesquisa e solicitação de autorização para a realização da mesma junto ao serviço no caso dos equipamentos que tinham terapeutas ocupacionais.

Os equipamentos indicados que não possuíam terapeutas ocupacionais no seu corpo profissional serão citados nos resultados deste estudo quando abordada a questão da rede, porém foi realizada entrevista somente com aqueles que tinham terapeutas ocupacionais em seu quadro de funcionários. Dois equipamentos foram incluídos na pesquisa por indicação, sendo um deles o Projeto de uma Organização da Sociedade Civil para Interesse Público (OSCIP) e outro pertencente à Prefeitura Municipal de São Paulo. Para a realização da entrevista no Projeto uma autorização foi emitida pelo responsável da instituição. Para a realização da pesquisa no outro equipamento foi necessário solicitar um "Aditivo de Campo", documento emitido pela Supervisão Técnica de Saúde Sé. Autorizada a pesquisa nos dois equipamentos foram agendadas as entrevistas da mesma forma: no local de trabalho e de acordo com a disponibilidade de horário dos profissionais e gestores.

Para a coleta de dados foram elaboradas pelas pesquisadoras duas Fichas de Identificação de Participante, sendo uma para os gestores e outra para os terapeutas ocupacionais. Na "Ficha de Identificação de Participante (Gestor)" (Apêndice B) além dos dados pessoais e referentes à formação, foram coletados dados referentes aos equipamentos, como fluxo, funcionamento, equipe, etc. Na "Ficha de Identificação de Participante (Profissional)" (Apêndice C), além dos dados pessoais, foram coletadas informações a respeito da formação, quantidade e tipo de atendimentos realizados. Foram elaborados pelas pesquisadoras dois roteiros de entrevista semiestruturada para a coleta de dados, um para entrevista com os gestores e outro para entrevista com os terapeutas ocupacionais. No "Roteiro de Entrevista (Gestor)" (Apêndice D) foram abordadas questões relacionadas ao fluxo, objetivos, critérios de inclusão e não inclusão do serviço, além de características do território e da rede. Foram abordadas ainda questões sobre o trabalho em equipe, articulação de rede, desafios e facilidades da gestão e atuação do terapeuta ocupacional. O "Roteiro de Entrevista (Terapeuta Ocupacional)" (Apêndice E) aborda questões relacionadas ao cotidiano deste profissional no serviço, tipos de atendimentos realizados, critérios de inclusão e não inclusão para atendimento com terapeuta ocupacional, características do trabalho em rede e da população atendida, dificuldades e potencialidades encontradas no atendimento à população de crianças e adolescentes usuários de SPA.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos por meio das Fichas de Identificação de Participante (Gestor e Profissional) foram analisados descritivamente e organizados em tabelas. O conteúdo obtido das entrevistas com os gestores também foram analisados de forma descritiva. A escolha desta forma de análise para os gestores, diferente da escolhida para a análise das entrevistas dos terapeutas ocupacionais, se deu devido ao conteúdo a ser analisado. Devido às questões direcionadas aos gestores estarem mais relacionadas à questões práticas, dinâmica e características de cada equipamento e menos à conteúdos subjetivos, a análise descritiva pareceu mais adequada para a compreensão deste conteúdo.

Para a análise do conteúdo das entrevistas com os terapeutas ocupacionais a metodologia escolhida foi a Análise de Conteúdo. A análise do material em pesquisa qualitativa demanda a utilização de métodos ou técnicas que favoreçam a apreensão do legítimo significado das mensagens, tanto as escritas quanto as faladas. Uma técnica de análise de material bastante utilizada nas investigações qualitativas é a Análise de Conteúdo que, segundo Bardin (2008), diz respeito a um conjunto de técnicas que se prestam à análise das comunicações.

Uma das técnicas contidas na Análise de Conteúdo é a Análise Temática. A aplicação da Análise Temática pressupõe a descoberta dos núcleos de sentido que estão contidos nas comunicações na qual a presença ou frequência de aparição destes núcleos de sentido pode revelar algum significado para o objetivo analítico eleito (BARDIN, 2008).

Considera-se a Análise Temática uma técnica transversal, já que recorta o conjunto das entrevistas através de uma grelha de categorias projetada sobre os conteúdos, “Não se tem em conta a dinâmica e a organização, mas a frequência dos temas extraídos do conjunto dos discursos, considerados dados segmentáveis e comparáveis” (BARDIN, 2008, p. 220).

Considerando tais pressupostos, sustenta-se que na fase de análise dos dados obtidos nas entrevistas com os profissionais participantes nesta pesquisa a técnica da Análise Temática é suficiente para o alcance dos objetivos propostos.

Para a ordenação dos dados obtidos por meio das entrevistas, estas foram transcritas em sua íntegra. Em seguida, foi feita a padronização das transcrições de modo que todas as entrevistas fossem ordenadas pelos dados de identificação.

Após tal ordenação foi realizada a leitura exaustiva das entrevistas buscando uma apreensão global das mesmas. Em seguida, buscou-se identificar os temas significativos ou as unidades de significação, utilizando os objetivos pré-estabelecidos como pano de fundo. Na sequência foi realizada a agregação dos temas elaborando-se a grelha de categorias. Em cada categoria os temas mais relevantes serão abordados e discutidos com a literatura.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os resultados obtidos neste estudo. Primeiramente apresentaremos os dados referentes aos equipamentos como tempo de funcionamento, administração, composição da equipe e fluxo, obtidos por meio da "Ficha de Identificação de Participante" preenchida pelos gestores e da entrevista semiestruturada realizada com os mesmos. Na sequência serão apresentadas a caracterização dos gestores e dos terapeutas ocupacionais com os dados obtidos a partir do preenchimento da "Ficha de Identificação de Participante" (Gestor e Profissional), na qual constam questões referentes à formação, tempo no serviço, além de dados pessoais, como idade e sexo.

Após a apresentação da caracterização dos equipamentos e dos participantes, apresentaremos os resultados obtidos a partir das entrevistas semiestruturadas realizadas com os terapeutas ocupacionais participantes deste estudo. A leitura exaustiva das entrevistas permitiu a identificação de núcleos de sentido aos quais foram atribuídos temas. Posteriormente, estes temas foram agrupados em 6 categorias denominadas a seguir:

1. O contexto de vida
2. A organização dos serviços e processos de trabalho

3. A rede de atenção e cuidado: articulações no Centro de São Paulo
4. A Terapia Ocupacional na rede: ações, intervenções e trabalho em equipe
5. Conhecimentos necessários para a atuação do terapeuta ocupacional
6. Dificuldades e desafios no trabalho de atenção e cuidado a crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas

Estas categorias serão apresentadas abordando os temas trazidos pelos profissionais em discussão com a literatura.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os dados coletados por meio da "Ficha de Identificação de Participante (Gestor)" somada à entrevista semiestruturada realizada com os gestores permitiram a caracterização dos equipamentos participantes deste estudo e de seus respectivos gestores. A "Ficha de Identificação de Participante (Profissional)" permitiu a caracterização dos terapeutas ocupacionais que atuam nos equipamentos selecionados para este estudo. A seguir, estes resultados serão apresentados separadamente. Primeiramente apresentaremos a caracterização dos equipamentos, em seguida a caracterização dos gestores e os resultados obtidos na entrevista semiestruturada com os gestores. Posteriormente apresentaremos a caracterização dos terapeutas ocupacionais participantes deste estudo.

Os dados coletados por meio da "Ficha de Identificação de Participante (Gestor)" somada à entrevista semiestruturada realizada com os gestores permitiram a caracterização dos equipamentos participantes deste estudo e de seus respectivos gestores. A "Ficha de Identificação de Participante (Profissional)" permitiu a caracterização dos terapeutas ocupacionais que atuam nos equipamentos selecionados para este estudo. A seguir, estes resultados serão apresentados separadamente. Primeiramente apresentaremos a caracterização dos equipamentos, em seguida a caracterização dos gestores e os resultados obtidos na entrevista semiestruturada com os gestores. Posteriormente apresentaremos a caracterização dos terapeutas ocupacionais participantes deste estudo.

4.1.1 CARACTERIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E DE SEUS GESTORES

Participaram do presente estudo 4 equipamentos pertencentes à região do Centro da cidade de São Paulo/SP que oferecem algum tipo de atenção e cuidado para crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas. O Quadro 2 ilustra estes equipamentos, tipo de administração, tempo de funcionamento e equipe.

Quadro 2. Equipamentos e Características

EQUIPAMENTO / TIPO	ADMINISTRAÇÃO	REFERÊNCIA PARA OUTROS MUNICÍPIOS	TEMPO EM FUNCIONAMENTO (anos)	EQUIPE
Equipamento 1 / CAPSad III	Municipal – Parceria	Não	3	Assistente Social (10) Auxiliar Administrativo (5) Coordenação Técnica (1) Educador Físico (1) Enfermeiro (6) Psicólogo (4) Psiquiatra (8) Oficineiro (5) Técnico de enfermagem (9) Terapeuta Ocupacional (6)
Equipamento 2 / CAPSad III	Municipal – Parceria	Não	13	Agente Redutor de Danos (6) Assistente Social (5) Arte-educador (4) Auxiliar Administrativo (5) Auxiliar de Enfermagem (21) Auxiliar de Serviços Gerais (3) Educador físico (3) Enfermeiro (6) Farmacêutico (1) Gerente (1) Médico Clínico (1) Médico Psiquiatra (3) Psicólogo (5) Técnico de Farmácia (2) Terapeuta Ocupacional (4)
Equipamento 3 / CAPSi II	Municipal – Parceria	Sim	6	Assistente Social (2) Auxiliar de Enfermagem (5) Auxiliar de Serviços Gerais (3) Auxiliar Técnico Administrativo (3) Educador Físico (2) Enfermeiro (2) Fonoaudiólogo (1) Gerente (1) Oficineiro (6) Psicólogo (4) Psiquiatra (2) Terapeuta Ocupacional (4)
Equipamento 4 / Projeto (ECCA)*	OSCIP	Sim	19	Administrativo (1) Assistente de Gerente (1) Assistente Social (2) Educador (10)** Educador Redutor de Danos (6) Gerente (1) Operacional (2) Psicólogo (1)

* ECCA - Espaço de Convivência para Crianças e Adolescentes

** Neste equipamento o terapeuta ocupacional foi contratado no cargo de Educador

Os Equipamentos 1, 2 e 3 são Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados pelas Portarias do Ministério da Saúde já citadas anteriormente, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, sob administração de Organizações Sociais (OS), qualificadas em conformidade com o disposto na Lei Municipal nº 14.132, de 24 de Janeiro de 2006, combinada com o Decreto Municipal nº 52.858, de 20 de Dezembro de 2011, em parceria com a Prefeitura Municipal de São Paulo. A Prefeitura Municipal de São Paulo abre um edital de Chamamento Público para seleção de OS para gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde em unidades de saúde da rede assistencial de diferentes Supervisões Técnicas de Saúde. A(s) OS selecionada(s) passa(m) então a administrar equipamentos como os participantes deste estudo. Sendo assim, o modelo de contratação dos profissionais pelas OS seguem a Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), não havendo concurso público para a seleção de trabalhadores, pois cada OS realiza um processo seletivo próprio.

Os Equipamentos 1 e 2 são CAPSad, voltados para pessoas com necessidades decorrentes ao uso de SPA, sendo modalidade III por funcionar 24 horas, com leitos de hospitalidade noturna. O Equipamento 3 é um CAPSi, voltado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, vulnerabilidade e problemas relacionados ao uso de SPA, sendo II sua modalidade. O Equipamento 4 é um Projeto realizado por uma Organização da Sociedade Civil para Interesse Público (OSCIP), em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) configurando-se em um Espaço de Convivência para Crianças e Adolescentes (ECCA). Enquanto os equipamentos 1, 2 e 3 contratam terapeutas ocupacionais para exercer exatamente este cargo em suas funções, o Equipamento 4 contrata como técnicos somente psicólogos e assistentes sociais. Outros profissionais com curso superior concluído ou cursando são contratados como Educadores, sendo este o caso da terapeuta ocupacional deste equipamento.

Com relação às exigências para contratação de profissionais, segundo seus gestores, no Equipamento 1 não há exigências, mas há preferência para recém-formados. O Equipamento 2 apresentou como requisito 2 anos de experiência na área de Saúde Mental e/ou em Álcool e Drogas ou alguma especialização nestas áreas. O Equipamento 3 apresentou como exigência para contratação a vivência em

Saúde Pública (Saúde Mental e/ou Atenção Básica) e vivência na atenção à infância. No Equipamento 4, ao contratar para a função de Educador há uma preferência por profissionais que estejam cursando ou tenham concluído ensino superior na área de Humanas e para a contratação de técnicos é necessária formação de nível superior nas áreas de psicologia ou assistência social.

Fizeram parte deste estudo 4 gestores dos 4 equipamentos selecionados para a presente pesquisa.

O Quadro 3 ilustra a caracterização dos gestores participantes.

Quadro 3. Caracterização dos Gestores

GESTOR	SEXO	IDADE (ANOS)	FORMAÇÃO/ANO	TEMPO DE TRABALHO NA SM/DQ	TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO	TEMPO NA GESTÃO DO SERVIÇO	EXPERIÊNCIA PRÉVIA EM GESTÃO
G1	F	41	Enfermagem (2008)	6 anos	6 anos	3 anos	Não
G2	M	51	Licenciatura Plena Educação Física (1986)	29 anos	5 anos	5 anos	Sim
G3	F	33	Serviço Social (2006)	9 anos	7 anos	2 anos	Sim
G4	M	49	Psicologia (1992)	18 anos	9 anos	5 anos	Sim

Por meio da "Ficha de Identificação de Participante (Gestor)" foi possível identificar o perfil dos gestores participantes deste estudo, como sexo, idade, formação, tempo de trabalho na área e na instituição e experiências prévias. A idade dos gestores variou entre 33 e 51 anos. Com relação à formação, cada gestor possui uma graduação diferente. O tempo de formação variou entre 29 e 7 anos. O tempo de trabalho na área de saúde mental e/ou dependência química variou entre 6 e 29 anos e o tempo na instituição variou entre 5 e 9 anos, sendo o tempo médio 6 anos e 9 meses. Três dos quatro entrevistados, apresentaram experiência prévia em gestão. Os gestores estão exercendo essa função neste serviço há um tempo médio de 3 anos e 9 meses, sendo o menor tempo 2 anos e o maior tempo 5 anos.

O Quadro 4 ilustra a formação complementar dos gestores dos equipamentos que fizeram parte desta pesquisa. Todos os gestores apresentaram no mínimo

especialização, sendo a maior titulação de mestre (G2). Dos 4 gestores, 3 realizaram algum tipo de formação voltada para a área de Dependência Química entre os anos de 2000 e 2012. O motivo apontado pelo gestor que não realizou curso nesta área foi falta de tempo.

Quadro 4. Formação Complementar dos Gestores

GESTOR	FORMAÇÃO COMPLEMENTAR/ANO	CURSO NA ÁREA DE DQ/ANO/SE NÃO, MOTIVO
G1	Saúde Mental (2012)	Não - falta de tempo
G2	Especialização em Grupos Operativos (1992); Especialização em Psicanálise (2000); Especialização em Farmacodependências (2002); Mestrado em Psicologia e Educação (2010)	Sim - 2002
G3	Especialização em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica (2015)	Sim - 2010/2012
G4	Especialização em Orientação Profissional (1994); Especialização em Dependência Química (2000)	Sim - 2000

Os gestores participaram de uma entrevista semiestruturada na qual descreveram o funcionamento do serviço, objetivos, bases teórico-metodológicas, critérios de inclusão e não inclusão, dificuldades, desafios, potencialidades e facilidades da gestão, comentaram sobre o trabalho dos terapeutas ocupacionais de seus respectivos equipamentos, além de citarem características do território e da rede de atenção e cuidado para crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas na região em que se encontram. Estes dados foram analisados descritivamente e complementam a caracterização dos equipamentos apresentada anteriormente.

Uma característica em comum destes serviços é o perfil da população atendida. Independente do serviço ser voltado para infância/adolescência ou para a população adulta, a maior parte dos usuários destes serviços são pessoas em situação de rua, apresentando alta vulnerabilidade social. Além de pessoas em situação de rua, estes equipamentos acolhem moradores das ocupações da região do Centro de São Paulo, sendo poucas as pessoas que têm residência fixa neste território que

procuram atendimento nestes serviços. A porcentagem citada de atendimento à população em situação de rua variou de 60 à 90% dos usuários admitidos segundo relatos dos gestores.

...porque nossa população são os meninos que estão ali em situação de rua ou meninos que estão em situação de risco e vulnerabilidade, cujas famílias moram nas ocupações do centro. (G4)

Pelo serviço estar na região central de São Paulo, a população de um modo geral, 60% da nossa população no serviço é de pessoas em situação de rua... no caso de infância e adolescência [...] também muitos casos de criança em situação de rua, em situação de risco. (G2)

Com relação à porta de entrada, todos os gestores referiram garantir o acolhimento de todos que chegam ao serviço, sem a obrigatoriedade de um encaminhamento. O acolhimento deve ser entendido como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.

Como diretriz, pode-se inscrever o acolhimento como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construída a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde. O acolhimento como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos e humanitários, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde (BRASIL, 2010b).

Para além da busca ativa, após o acolhimento inicial, uma escuta qualificada que busca compreender a história, demanda e necessidades de quem busca o serviço, sendo verificado que não é uma demanda correspondente ao serviço, é realizado encaminhamento de acordo com a demanda identificada e, se necessário, compartilhamento e acompanhamento do caso até a admissão do usuário no serviço adequado. Os relatos a seguir ilustram o processo de chegada e acolhimento dos usuários nos serviços.

a gente garante acolhimento para todo mundo que chegar no serviço. Há um plantão, ou seja, parte da equipe tem horas destinadas para fazer parte

de um plantão geral de modo que a gente sempre garanta que alguém que chegue aqui seja atendido no mesmo dia no menor prazo de espera possível [...]. Não precisa de encaminhamento, não precisa de comprovante de endereço, a pessoa muitas vezes chega sem documento nenhum, então a gente garante esse entendimento de lugar de acolhimento [...].(G2)

Toda pessoa que chega aqui é acolhida. [...] se não tem questões de saúde mental a gente referencia pra rede de atenção necessária do território dela, a gente faz o encaminhamento, mas todos são acolhidos. [...] Sendo uma demanda nossa... ãh... o acolhimento pode vir de maneira espontânea, pode vir por uma demanda do matriciamento, o acolhimento pode vir por uma demanda da escola, diversas formas de chegar nesse acolhimento, então assim, inicia uma avaliação, cada criança e cada adolescente exige uma avaliação. Tem crianças e adolescentes que já num primeiro momento a gente consegue perceber que vai se beneficiar do (serviço), então a gente fica com eles [...] e a gente entendendo que ele não é pra cá ele é referenciado pra Unidade Básica de Saúde." (G3)

Apesar da referência utilizada para conceituar acolhimento estar relacionada à saúde, o Equipamento 4, mesmo não pertencendo à área da Saúde, também apresenta uma visão de acolhimento que se aproxima do conceito descrito.

A maior parte dos usuários destes equipamentos chegam por demanda espontânea, sem encaminhamento formal de outros serviços. Quando há encaminhamento formal, estes diferem um pouco de acordo com cada equipamento. Segundo seus gestores, a maior parte dos encaminhamentos recebidos em cada equipamento são:

- **Equipamento 1:** Centros de Acolhida, Programa Recomeço, UBS, AMA e hospitais.
- **Equipamento 2:** Atenção Básica (Agentes Comunitários de Saúde ou matriciamento), Vara Especial e Fundação Casa.
- **Equipamento 3:** Atenção Básica (UBS ou matriciamento), escola, abrigos, Fundação Casa, Defensoria Pública e Departamento de Execuções da Infância e da Juventude (DEIJ).
- **Equipamento 4:** Serviço Especializado de Abordagem Social (SEAS), Projeto "De Braços Abertos" e Programa Recomeço.

Além dos acolhimentos realizados dentro do próprio equipamento são realizadas também abordagens de rua. Segundo relatos dos gestores, os profissionais dos referidos equipamentos se organizam em grupos ou duplas e transitam nos territórios de abrangência dos serviços. A abordagem de rua tem como objetivo uma aproximação maior com a população para que se consiga oferecer algum tipo de

cuidado, seja ele na tentativa de levar até o serviço ou oferecendo propostas de Redução de Danos. O relato a seguir ilustra a abordagem de rua.

A gente também faz um acolhimento que é o acolhimento na rua, que são para os meninos em situação de rua. A gente tem atividades, [...] a gente tem ainda assim uma ação que se chama ação de rua, que a gente faz os acolhimentos de crianças e adolescentes que estão em situação de rua na rua [...], mas a gente faz esse trabalho de acolhimento na rua também com os meninos em situação de rua que por algum motivo chegaram ao serviço.
(G3)

A abordagem de rua apareceu como uma ação desenvolvida pelos 4 equipamentos participantes deste estudo como uma das estratégias desenvolvidas para aproximar os profissionais e a instituição das pessoas que se beneficiariam dos serviços. A abordagem de rua é baseada no acolhimento, escuta qualificada, estreitamento da relação indivíduo-profissional para, posteriormente expandir para relações com o equipamento e seus demais frequentadores.

Entre outras ações desenvolvidas na rua está a organização de atividades e eventos, que podem acontecer também em parcerias entre diferentes equipamentos. Um exemplo desta parceria foi a Festa Junina que aconteceu na "Cracolândia" em junho de 2015 organizada principalmente por 2 equipamentos participantes deste estudo.

No caso do Equipamento 4, segundo informações do próprio gestor, parte da equipe fica no equipamento, onde realizam oficinas e atividades diversas, acompanham algum usuário em outro serviço quando necessário e outra parte da equipe, os Educadores Terapêuticos (ET), exercem uma função mais voltada à abordagem de rua, exercendo atividades mais diretamente na rua com o objetivo de criar uma rede de proteção em torno do jovem e da família.

Outra modalidade de acolhimento é o Grupo de Acolhimento na Atenção Básica, apresentada pelo Equipamento 3, realizado semanalmente no espaço da UBS por profissionais de ambos os serviços com o objetivo de aproximar, estreitar vínculos e tentar levar usuários que necessitem do serviço até este equipamento. Se ainda assim não houver aceitação por parte do usuário e/ou familiar para realizar acompanhamento no equipamento, este é realizado na própria UBS, seja atendendo de forma compartilhada, seja dando suporte para o atendimento na Atenção Básica. O relato a seguir ilustra essa modalidade de acolhimento.

A gente faz um grupo de acolhimento uma vez por semana em cada UBS, junto com a UBS e a gente vai nesse processo vinculando os meninos, se a gente percebe que é um menino que tem uma baita necessidade de um CAPS mesmo, que ele vai se beneficiar, a gente vai tentando segurar e fazendo com que a UBS consiga junto com a gente, por conta do vínculo ir trazendo ele pra cá. Se ele ainda não der conta de ficar, a gente vai atendendo ele na Atenção Básica, junto com a Atenção Básica até a gente ter um vínculo mais fortalecido, enfim, e conseguir transferir o menino para o CAPS.

O relato anterior ilustra com exemplo prático uma situação em que a articulação da rede é utilizada de forma a garantir o atendimento integral ao usuário, respeitando seus limites e dificuldades.

Ao admitir um usuário no serviço, o processo de avaliação que se iniciou no acolhimento tem continuidade individualmente ou em grupo. Os 4 gestores dos equipamentos participantes da pesquisa enfatizaram a importância de uma aproximação maior com o usuário, construção de um vínculo e avaliação de outros membros da equipe como importantes na construção de um projeto de cuidado. Alguns destes equipamentos realizam grupos de acolhimento após o acolhimento inicial individual, sendo que, preferencialmente, os profissionais que coordenam o grupo não são os mesmos que realizaram o acolhimento inicial, a fim de garantir outros olhares e avaliações. Segundo os gestores, estas estratégias colaboram para uma melhor compreensão das demandas e a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), conforme relato a seguir.

O objetivo de ser vista também no grupo de acolhimento é que vai ser vista também por outros profissionais, diferente daquele que fez o acolhimento individual, então além de ter essa avaliação também de outros profissionais da equipe a gente também avalia como a pessoa funciona em grupos: se ele fica muito quieto, se ele se abre, se ele é muito expansivo, se ele monopoliza, se ele desorganiza em grupo, então são subsídios mínimos pra gente poder pensar uma proposta de Projeto Terapêutico Singular. (G2)

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado

em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações (BRASIL, 2007b).

Desde o primeiro contato da equipe com o usuário que chega ao serviço, são utilizados critérios de inclusão e não inclusão nos equipamentos, sendo que cada um possui características próprias no que diz respeito a estes critérios. Segundo seus gestores, os critérios de inclusão e não inclusão na admissão de usuários nos equipamentos são:

- **Equipamento 1:** inclusão - ser dependente químico; não inclusão - quando não tem dependência química ou quando já houve diversas tentativas de tratamento sem sucesso. Caso haja interesse do usuário em dar continuidade ao tratamento, este é compartilhado ou encaminhado a outros equipamentos da região.
- **Equipamento 2:** inclusão - apresentar problemas decorrentes ao uso de substâncias, sem necessidade de preencher critérios formais e fechados para dependência química, é levado em consideração o risco em que este usuário se coloca e o que pode ser oferecido de cuidado; não inclusão - caso não apresente nenhuma questão relacionada ao uso de substâncias.
- **Equipamento 3:** inclusão - os casos são avaliados pela complexidade, prejuízo social; não inclusão - ser maior de 18 anos, não apresentar demanda para saúde mental.
- **Equipamento 4:** inclusão - principalmente crianças e adolescentes em situação de rua, de 0 à 18 anos, há um princípio ético de atender quem está sem lugar, não inclusão - teoricamente maiores de 18 anos porém, nos casos de adultos jovens a inclusão ou não inclusão é discutida na equipe.

Apesar de haver critérios pré-estabelecidos a respeito da inclusão e não inclusão previstas nas regulamentações, cada equipamento apresentou algumas características próprias no que diz respeito à população atendida. Chama a atenção, entre os critérios de exclusão apresentados, o citado pelo Equipamento 1, quando refere-se a tentativas de tratamento sem sucesso. De acordo com a abordagem adotada, a percepção sobre o que pode ser considerado sucesso ou fracasso, além de subjetivo, deve ser estabelecido com o próprio usuário. Podemos supor aqui, que

as diferentes administrações podem ser um dos motivos pela diferença entre concepções, visões e critérios apresentados.

4.1.1.1 OBJETIVOS DOS EQUIPAMENTOS

Com relação aos objetivos, os Equipamentos 1, 2 e 3, por serem CAPS, tem como objetivos, de maneira geral, o atendimento às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes ao uso de álcool ou outras drogas ou outras situações que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida (BRASIL, 2014). Os Equipamentos 1 e 2 são CAPSad III, portanto com a especificidade de serem voltados para a população que apresenta problemas relacionados ao uso de SPA. Sendo estes equipamentos modalidade III seu funcionamento é 24 horas, tendo como objetivos o tratamento e reabilitação psicossocial aos usuários de SPA, oferecendo também leito de hospitalidade. O relato a seguir ilustra o objetivo de um dos CAPSad III participante deste estudo segundo seu gestor.

O foco é cuidar de pessoas com problemas com álcool e outras substâncias psicoativas. Pela Portaria acho que o Ministério fala de 6 à 100 anos, alguma coisa assim, mas a gente entende que quem tiver algum problema esse serviço é pra isso. Antes de tudo, mesmo sendo um serviço especializado em AD, a gente é antes de tudo um serviço de saúde mental, e antes de tudo a gente é um serviço do SUS. Então um pouco da gente se localizar dentro de uma política pública maior da saúde. Então os objetivos são: oferta de cuidados e pensando a atenção psicossocial, não só a terapêutica com a ideia de cura, a gente pensa na ideia de reinserção, de autonomia e melhoria de qualidade de vida. A gente trabalha também dentro do pressuposto da Redução de Danos, então não é a gente que define a meta, a gente negocia essa meta com os usuários.

O Equipamento 3 sendo um CAPSi II, atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de SPA, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida (BRASIL, 2013b). Segundo seu gestor, tem como objetivo oferecer tratamento, reabilitação psicossocial, autonomia e inserção social de crianças e adolescentes com transtornos mentais ou com problemas decorrentes ao uso de SPA. O gestor faz uma observação sobre o termo Reabilitação na infância, levantando uma questão de que talvez o termo mais apropriado à essa população

fosse "habilitação social". Refere ainda como objetivos estimular a apropriação e a presença no território de uma maneira mais saudável e trabalhar para que a rede entenda e consiga pensar e se implicar com as questões da infância, principalmente aquelas relacionadas à saúde mental, conforme relato a seguir.

A gente trabalha na perspectiva da reabilitação psicossocial, da inclusão... é que falar de reabilitação psicossocial na infância é muito complexo, no sentido de que são crianças ainda né? Então a gente pode falar de uma habilitação social, né? Acho que a gente pode também falar que o foco é... o trânsito desses meninos, que tem a ver com a proposta de reabilitação, maior nesse território, que eles possam se apropriar e estar no território de uma maneira como qualquer um está, então é frequentar todos os espaços de maneira saudável e que esses espaços produzam, possam trazer uma produção saudável pra eles. Não necessariamente terapêutico, mas saudável, ser um espaço saudável. Então um grande foco também é trabalhar que a rede entenda e consiga pensar e se implicar com as questões da infância, principalmente da saúde mental que a gente trabalha.

O Equipamento 4, diferente dos demais, não está ligado à área da Saúde. Pelo convênio estabelecido entre o Projeto e a SMADS, o Equipamento 4 se configura em um ECCA - Espaço de Convivência para Crianças e Adolescentes que consiste em acolher crianças e adolescentes de 0 à 18 anos que estejam em situação de rua. O projeto visa fortalecer os processos de sociabilidade, na perspectiva da construção de vínculos interpessoais, familiares e comunitários, com vistas à inserção social de crianças e adolescentes que vivem em condições de vulnerabilidade.¹

Complementando as informações citadas, em entrevista com o gestor do Equipamento 4, o mesmo refere que o objetivo deste equipamento é:

dar lugar pra quem não tem lugar, é poder fazer esse jovem ter um rosto, dele não ser aquela impessoalidade de menino que está na "Cracolândia" ou ser o menino que está no viaduto 23 de Maio. Nosso principal desafio é fazer esse menino ter um rosto e a gente ter um rosto pra ele também.

O gestor do Equipamento 4 complementa ainda que há um entendimento de que a situação desses jovens é semelhante à situação do exilado, devido ao grau de ruptura que esses jovens tiveram com a sua comunidade de origem. Comenta ainda que as ações se orientam pelas diretrizes do convênio, porém, há uma compreensão do outro e uma maneira de trabalhar que é própria do Projeto.

¹ (<<https://www.portaldajuventude.prefeitura.sp.gov.br/politicas-publicas/ecca-2/>>)

Explicitados os objetivos dos serviços, seus critérios de inclusão e não inclusão, é possível identificar o perfil atendido em cada equipamento. A seguir serão apresentados dados relacionados ao funcionamento dos serviços, suas ações, características do território e da rede que compõe essa região.

4.1.1.2 FUNCIONAMENTO DOS EQUIPAMENTOS

A divisão da equipe em mini-equipes, cada uma responsável por determinado território, apareceu como estratégia de organização nos Equipamentos 1, 2 e 3. Cada mini-equipe é responsável por realizar abordagem de rua e matriciamento nas UBS's de seu território.

O matriciamento ou apoio matricial objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O matriciamento ou apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial e a equipe de referência são metodologias de trabalho, modo para se realizar a gestão da atenção em saúde, mas são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais que buscam diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento. Para que a interdisciplinaridade ocorra de fato e contribua para aumentar a eficácia das intervenções, é importante não somente se facilitar a comunicação entre distintos especialistas e profissionais, como também montar um sistema que produza um compartilhamento de responsabilidades pelos casos e pela ação prática e sistemática conforme cada projeto terapêutico específico. O papel de cada instância, de cada profissional, deve ficar bem claro. Alguém deve se

responsabilizar pelo seguimento longitudinal e pela construção de uma lógica que procure integrar a contribuição dos vários serviços, departamentos e profissionais. Em geral, esse papel cabe aos integrantes da equipe de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Além do papel de articuladora de rede e apoio matricial, a mini-equipe de referência é responsável pelo acompanhamento do usuário pertencente ao seu território de abrangência, suas ações e participações em diferentes grupos e atividades realizadas também dentro do serviço. Para um acompanhamento mais próximo com o usuário, elege-se um Profissional de Referência (PR) ou Terapeuta/Técnico de Referência (TR), preferencialmente alguém de sua mini-equipe e que tenha vínculo com o usuário. O PR terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. O PR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS (BRASIL, 2004a). Durante as entrevistas realizadas com os gestores dos equipamentos participantes deste estudo evidenciou-se que a escolha do PR se dá a partir da mini-equipe de referência do caso, ou seja, da mini-equipe responsável pelo território de sua residência ou, no caso de pessoa em situação de rua, na região em que costuma ficar, e do vínculo estabelecido entre o usuário e um profissional específico, portanto, alguém que fará parte das discussões de rede que há no território, facilitando assim as articulações de rede necessárias para o caso.

Furtado (2007) refere-se ao modelo de organização em equipes de referência como uma forma de colaboração profissional que auxilia no contexto do SUS, que tem como uma de suas diretrizes a integralidade, caracterizada como a oferta de atenção às necessidades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de um dado indivíduo ou comunidade, considerando seu contexto social.

Miranda e Onocko-Campos (2010) realizaram um estudo que buscou analisar o arranjo de equipe de referência em CAPS e verificaram que esta forma é a principal instância de organização do processo de trabalho e assistência dos CAPS estudados (6 CAPS no interior de São Paulo). As autoras salientam que este

formato desempenha uma importante função de gestão da clínica nesses serviços, determinando os modelos de intervenção junto ao usuário e à rede.

Sendo os usuários acolhidos, avaliados e inseridos nos equipamentos, passam a frequentar principalmente atividades em grupo. De acordo com os dados colhidos durante as entrevistas com os gestores, foi possível identificar que neste processo é escolhido um PR para acompanhar este usuário de maneira mais próxima, obter mais dados sobre a sua história de vida, suas necessidades, demandas e metas, propõe-se uma primeira versão do PTS, que será negociado e sofrerá alterações ao longo de seu processo de cuidado no serviço. No PTS se estabelece, junto com o usuário, os objetivos a curto, médio e longo prazo e são escolhidos grupos e outras atividades disponíveis no CAPS de acordo com as necessidades e desejos deste usuário.

A partir das orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), os equipamentos apresentam diferentes ofertas de grupos de acordo com a demanda, características dos usuários e da equipe. Segundo seu gestor, no Equipamento 3 a ideia não é separar por diagnóstico, mas pela questão do desenvolvimento, portanto, a equipe se organiza de forma a separar dias da semana para crianças e dias diferentes para adolescentes. Neste contexto, os gestores esclarecem que num momento de crise, quando houver uma necessidade de permanecer mais tempo no serviço, essas barreiras são ultrapassadas. Não há grupos fechados por especialidade, trabalha-se numa proposta psicossocial e multidisciplinar, na qual a ação é construída e pensada em conjunto. Especificamente no Equipamento 3, há um estímulo para que os trabalhadores com carga horária de 30 horas semanais componham com os de 40 horas semanais e os funcionários com nível superior componham com aqueles que não tenham nível superior.

No caso do Equipamento 4, as atividades oferecidas são oficinas educativas, culturais e artísticas e atendimento com psicólogos e assistentes sociais, visando fortalecer o processo de sociabilidade, na perspectiva de construção de vínculos interpessoais, familiares e comunitários, buscando a inserção social de crianças e adolescentes que vivem em condição de trabalho infantil, violência e exploração sexual, uso de drogas, risco pessoal e situação de rua.

Caso no acolhimento ou durante o processo de avaliação ou durante o tratamento seja identificada outra demanda, pode-se tomar um caminho diferente do descrito anteriormente. Há possibilidade de atendimentos compartilhados com a Atenção Básica nos casos de menor complexidade; entre CAPSad e CAPS adulto quando há comorbidade psiquiátrica em pessoas com problemas relacionados ao uso de SPA; entre CAPSi e CAPSad no caso de crianças e/ou adolescentes usuários de substâncias. Outros recursos podem ser acionados se necessário, como a internação em Hospital Geral ou, como alternativa ao recurso da internação, sendo os CAPSad desta região modalidade III, configurando funcionamento 24 horas e com leitos de hospitalidade, o recurso do acolhimento noturno pode ser acionado também para crianças e adolescentes usuários de SPA em um momento de crise, pois há um acordo entre os Equipamentos 2 e 3 em que 2 leitos do Equipamento 2 são reservados para pacientes do Equipamento 3. No Equipamento 2 há 8 leitos de hospitalidade, sendo 2 reservados para crianças e/ou adolescentes do Equipamento 3 que apresentem problemas decorrentes ao uso de substâncias. A admissão no leito é discutida em equipe. No Equipamento 1 há 9 vagas e a admissão é requisitada pela equipe, porém avaliada especificamente pela equipe de enfermagem e necessita de avaliação do médico clínico ou psiquiatra.

Além dos leitos, há 2 Unidades de Acolhimento (UA) ligadas ao Equipamento 3, uma localiza-se no bairro da Mooca (infantil - dos 14 aos 17 anos 11 meses e 29 dias) e outra no bairro Cambuci (jovens adultos - 18 aos 21 anos). A UA é regulamentada pela Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, que institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012c). A UA é um ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O tempo de permanência na Unidade de Acolhimento é de até seis (06) meses. O acolhimento neste ponto de atenção é definido pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do PTS

do usuário (CONASS, 2011). O gestor do Equipamento 3 detalha o funcionamento da UA como mostra o relato a seguir.

A Unidade de Acolhimento não se caracteriza como abrigo, ela é um espaço de moradia, mas que é uma continuidade ao tratamento. [...] a Unidade de Acolhimento vem numa outra perspectiva de que: "olha, o território que vai assumir os seus cuidados, então você vai se tratar no CAPS, mas todas as outras questões você vai resolver na UBS. Você vai estar na escola, você vai estar no Clube Escola fazendo um curso", enfim... a potencialidade de você poder transitar no território e entender como é estar no território para além da droga. Ela é voluntária, então se o menino não quer ficar ele não vai ficar. Ela não é fechada, ela é aberta, isso a gente vai muito traçando com o menino né? E como é que eles ficam? Eles ficam por conta do vínculo, porque a gente abre o portão. [...]

A perspectiva da Redução de Danos foi trazida pelo gestor do Equipamento 3 como a abordagem adotada com os usuários da UA, como mostra o relato a seguir.

Trabalha numa perspectiva de Redução de Danos, então a recaída não é uma questão, um critério de exclusão e a gente vai trabalhando a partir da singularidade. A Portaria ela fala até 6 meses, mas a gente tá falando da infância, então a gente vai muito trabalhando na singularidade, então tem uns que a gente estica mais de 6 meses, tem outros que não, que o tempo dele é... ele que vai fazendo o tempo dele também, vai ficando mais curto e nem sempre o retorno é familiar, pensando no retorno pra família.

Conforme o relato, a UA é, então, um espaço de moradia, considerada uma continuidade ao tratamento no Equipamento 3. São 10 vagas em cada casa, sendo um total de 20 vagas. A UA tem como características ser voluntária e ressaltam a potencialidade dos usuários poderem transitar no território com o objetivo de experimentar este território para além da droga. Além disso, os moradores são responsáveis pelo cuidado da casa, manutenção, fazem comida, limpeza, lavam suas roupas, etc. Trabalha-se na perspectiva da Redução de Danos e pertencem ao município, não ao território, portanto recebem crianças e adolescentes de outras regiões. Independente de seu território de origem, enquanto o usuário está na UA, o PTS fica regulado no Equipamento 3. Como critério de inclusão na UA é necessário que a criança ou adolescente esteja em avaliação ou acompanhamento no Equipamento 3 e presente como questão o uso de substâncias. Se um adolescente próximo de atingir 18 anos está na UA seu PTS é pensado, verificando-se a possibilidade de sair da UA ou ser transferido para a outra casa (adultos jovens).

Como foi possível observar em alguns relatos expostos até o momento, os equipamentos que fazem parte desta pesquisa têm como norteador, como base

teórico-metodológica a proposta de Redução de Danos. O gestor do Equipamento 1 refere ainda que não costumam trabalhar com a exigência da abstinência total, porém, dentro da proposta de Redução de Danos, cada profissional é livre para conduzir sua conduta como julgar mais adequado, conforme relato a seguir.

A gente segue a linha de Redução de Danos, né? É dessa forma. A gente não trabalha com a abstinência total, é Redução de Danos, mas o profissional é livre pra conduzir como achar mais adequado, porque cada sujeito é um sujeito, não dá pra seguir uma linha para todos.

No Equipamento 2 trabalha-se dentro das diretrizes políticas do Ministério da Saúde de Atenção às pessoas com problemas de álcool e outras drogas, que é o trabalho em equipe multidisciplinar e clínica ampliada, que também é a política municipal, reconhecendo, dentro desta lógica, a potencialidade e o percurso formativo dos diferentes profissionais que chegam ali, conforme relato a seguir.

Então, a gente trabalha dentro das diretrizes da política do Ministério da Saúde de Atenção às pessoas com problemas de álcool e outras drogas, que é o trabalho em equipe multi, clínica ampliada, redução de danos, né? que é também a política municipal. Agora, a gente também reconhece, dentro dessa lógica, a potencialidade e o percurso formativo dos diferentes profissionais que chegam aqui. A gente não impõe uma linha teórica, a gente tem um entendimento do acolhimento, entendimento de política pública, visão histórico-crítica, então assim, entender as coisas como um processo, a condição de rua por uma questão geralmente de exclusão social, mas o que as pessoas podem trazer de contribuição, se a gente trazer isso pro coletivo e isso puder ser gestado dentro da lógica de projeto terapêutico, atendimento em equipe multi(disciplinar), não há uma imposição teórica. [...] Eu tenho psicólogos aqui que tem formação cognitiva, embora já tenha estudado psicanálise, tem psicólogo de formação yunguiana, mas práticas corporais, eu tenho psicólogo fenomenólogo, mas aqui ele não é fenomenólogo, aqui ele é um trabalhador do CAPS né? Tem momentos em que ele trabalha grupos psicoterapêuticos, tem momentos em que ele faz acolhimento, tem as diretrizes do serviço. A escuta dele pode agregar e contribuir na equipe, mas não há uma imposição de dizer: olha, todo mundo tem que fazer o mesmo, esse mesmo caminho.

O gestor do Equipamento 3 ressalta a importância de olhar a questão da vulnerabilidade na infância e entender a droga como um sintoma e não a principal causa dos problemas trazidos na adolescência ou na infância, mas como pano de fundo da questão. O relato a seguir ilustra essa questão.

A gente trabalha na perspectiva da Redução de Danos. Essa é a nossa linha de pensamento. Claro que pensar Redução de Danos na infância é uma coisa muito nova, é complexo, porque tem a ver com... a minha constituição enquanto pessoa, minha constituição que eu aprendi na minha casa, que eu aprendi na... enfim, mas a gente trabalha nessa lógica, na perspectiva de Redução de Danos, de olhar a questão da vulnerabilidade dentro da infância e entender a droga como um dos sintomas... na

adolescência ou na infância, não como o real no sentido do que é... não, atrás daquilo tem alguma coisa, que é pano de fundo. Em algumas situações, por exemplo, quando a gente pega população em situação de rua, não são todos que a gente fala que é uma dependência e a gente só entende que não é uma dependência a partir do momento que a gente se vincula, que a gente conhece, que a gente chega perto desses meninos e aí a gente vai fazendo uma avaliação e vai entendendo que não, que o uso é ocasionado pela sua condição de estar na rua, de se proteger, de ficar... de poder dormir ou ter que ficar acordado e quando você põe o menino no espaço até intensivo não apresenta crise de abstinência nenhuma, tem outras questões que o levaram pra rua, que romperam com a família, que fizeram... uma série de coisas que a gente precisa cuidar, então a droga é sempre o segundo plano. A gente encara, vê a droga, a questão da abstinência, tudo direitinho, não ignora isso, mas a gente sempre vai entendendo que a droga na adolescência é mais um sintoma, mais uma coisa pra ser vista.

O gestor do Equipamento 4 explicita a compreensão do equipamento em relação ao fenômeno da droga numa visão múltipla. Não trabalham necessariamente na perspectiva da abstinência, mas entendem a droga como um dos sintomas de questões mais complexas. Segundo relato do gestor, a experiência neste equipamento mostra que a droga é uma circunstância na vida dos jovens, há alguns casos em que o perfil do jovem se aproxima mais do que seria o quadro de dependência, mas não é necessariamente o principal problema. Explica ainda que a estratégia de redução de danos realizada pela equipe não é centrada na atuação direta no uso de droga das crianças e jovens, o que diferencia um pouco da redução de danos mais clássica, mas convidando para brincar, ouvir música, oferecendo um espaço mais lúdico, levando os usuários a, enquanto estiver neste espaço, não consumir drogas ou cometer algum delito, conforme relato a seguir.

Olha, a nossa diretriz ética é mais sintônica com a política de... que entende o fenômeno da droga numa visão múltipla, que não necessariamente trabalha com a missão da abstinência, mais sintônica com a Política de Redução de Danos do que com a política do outro modelo, do modelo da abstinência, mais comportamental. Aí nosso olhar para essa questão da droga com essa população em específico, a gente não entende que a droga é o principal sintoma né? A experiência mesmo mostra muito pra gente que a droga é uma circunstância na vida desses jovens. É claro que tem um caso ou outro que tem um perfil mais próximo do que seria o quadro de dependência, mas não necessariamente ela é o problema. Então o nosso norte ético é mais esse. A nossa redução de danos não é necessariamente atuando em cima do uso de drogas deles, isso diferencia um pouco a gente das ações de redução de danos mais clássica, a nossa ação de redução de danos é convidar ele pra brincar, é convidar o jovem pra ouvir música, é dar esse lugar mais lúdico, essa é a nossa redução de danos, então a gente que quando o menino passa o dia com a gente lá, ele não está na rua, não só consumindo thiner ou usando pedra, mas também roubando, fazendo outras coisas né?

Conforme os relatos dos 4 gestores, nos equipamentos participantes deste estudo a abordagem da Redução de Danos é utilizada como norteadora das ações no cuidado de crianças e adolescentes usuários de SPA. Sendo os Equipamentos 1, 2 e 3 ligados à área da Saúde, esta abordagem já estava prevista na Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b), colocando o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos como uma das diretrizes da RAPS. Os Equipamentos 1 e 2, segundo a Portaria Nº 130, de 26 de Janeiro de 2012 (BRASIL, 2012a), que redefine os CAPSad III, coloca como características de seu funcionamento orientar-se pelos princípios da Redução de Danos. As ações de RD constituem um conjunto de estratégias de saúde pública voltadas para a minimização das consequências adversas causadas por práticas de risco relacionadas ao uso de SPA. Como estratégia atual de fazer saúde entre populações com comportamentos e práticas de risco, a RD tem uma linha de atuação de respeito aos direitos do cidadão. Parte-se da premissa de que uma parte das pessoas que consomem algum tipo de droga, seja ela lícita ou ilícita, não consegue ou não quer parar de usar, todavia, não perde, por isso, direito ao cuidado à saúde como qualquer outro (SIQUEIRA, 2014).

Sendo a infância e adolescência períodos fundamentais para o desenvolvimento do indivíduo, a atenção dirigida pelo paradigma da Redução de Danos ao consumo de drogas, as DST/HIV/Aids e a vulnerabilidade social, entre crianças e adolescentes, deve ser caracterizada por intervenções adequadas que visem o aumento dos fatores de proteção (psicológicos, físicos e sociais) e a diminuição dos fatores de vulnerabilidade que possam prejudicar e/ou comprometer o desenvolvimento físico, psíquico e social. Os Programas de Redução de Danos voltados a crianças e adolescentes devem, portanto, considerar, além das características de desenvolvimento do adolescente, seus valores, crenças, costumes e práticas individuais e grupais, sua linguagem e simbologia, questões de sexualidade e gênero, de sociabilidade e grupos, além dos aspectos psicofarmacológicos das drogas, do contexto sociocultural de vida, das características biológicas e psicológicas desses jovens (SANTA CATARINA, 2003).

Diante das portarias citadas e dos relatos dos gestores, é possível observar que a RD é indiscutivelmente reconhecida como estratégia e política na atenção aos usuários de SPA e é consonante com as diretrizes da RAPS.

Um dos objetivos do Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas disposto no Decreto Nº 7.179, de 20 de Maio de 2010 (BRASIL, 2010c), é ampliar, estruturar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de *crack* e outras drogas por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações no Sistema Único de Assistência Social - SUAS. Uma parte da população de usuários de SPA vive em situação de risco social, sem acesso aos equipamentos sociais básicos necessários ao pleno desenvolvimento da cidadania. Também vive em níveis acentuados de pobreza, envolvimento com prostituição (inclusive exploração sexual infantil), vivendo sem infraestrutura sanitária, baixo nível socioeconômico e cultura. É necessário ampliar cada vez mais o conjunto de ações de integração e apoio às populações vulneráveis e excluídas, que são marginalizadas, desassistidas e desinformadas de métodos de prevenção e das vias de acesso aos insumos de prevenção (SIQUEIRA, 2014). Tendo em vista as ações desenvolvidas pelo Equipamento 4, pode-se dizer que no Centro de São Paulo há avanços no que diz respeito às ações intersetoriais, no caso, Saúde e Assistência Social. A atuação de um Projeto ligado à SMADS, pensando e organizando ações conjuntas com os CAPS da região, compartilhando casos e organizando eventos, mostra-se uma potente estratégia de atenção integral às crianças e adolescentes usuários de SPA.

Pensando nesta intersetorialidade, o termo "clínica ampliada" foi utilizada no relato do gestor do Equipamento 2 como outra diretriz, além da RD. A proposta da clínica ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. A clínica ampliada envolve: compromisso com o sujeito visto de modo singular; assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores, ao que se dá o nome de intersetorialidade; reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; assumir um compromisso ético. A clínica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida (BRASIL, 2007a).

A clínica ampliada envolve centrar a ação clínica sobre o sujeito, que não é só marcado por uma biografia singular, mas também o seu corpo e sua dinâmica estariam marcados por uma singularidade: algum tipo de enfermidade, de sofrimento ou de deficiência em um dado contexto social específico. Sugere-se, portanto, uma ampliação do objeto do saber e de intervenção da clínica. Da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção, pretende-se também incluir o sujeito e seu contexto como objeto de estudos e da prática clínica (CAMPOS, 2002).

Na prática, segundo relato dos gestores e dos profissionais (que serão abordados posteriormente), é possível dizer que nas ações realizadas pelos equipamentos participantes deste estudo, as crianças e adolescentes usuários de SPA inseridas nestes serviços são contempladas com atendimento integral e intersetorial, tentando articular saúde, assistência social, educação, cultura e outros setores a partir das demandas identificadas.

4.1.1.3 DIFICULDADES E FACILIDADES NA GESTÃO

Os gestores também relataram sobre as dificuldades e facilidades encontradas na gestão. Alguns descreveram como o relacionamento da equipe interfere como facilitador da gestão, quando serve de apoio e auxilia na troca de experiências, enriquecendo o trabalho realizado e como pode aparecer como dificultador na gestão, quando há problemas de relacionamento entre os profissionais.

Bom, a gente tem uma brincadeira que a gente faz com outros colegas gestores que às vezes quem dá menos trabalho é usuário do serviço, né? A gente de algum modo, não é porque a pessoa tem uma formação, ela entendeu a tarefa, uma vez em relação, e aí é na relação trabalhador-usuário, trabalhador-trabalhador, trabalhador com a instituição, também é um tempo grande das pessoas, por mais que algumas categorias tenham uma jornada mais reduzida, por exemplo, 20 ou 30 horas, é uma intensidade na vida das pessoas. Então a gente também tem as questões de conflito na equipe e a questão do conflito não é um problema, a gente entende como inerente às relações humanas, mas aí como as pessoas, nos seus repertórios, lidam com os conflitos, a saída dos conflitos. (G2)

A gestão tem um pouco isso, cuidar de gente é muito difícil, eu acho que às vezes lidar com a equipe é mais difícil do que com os pacientes, porque tem muita coisa justa de mediar relações, mediar situações delicadas que são... é um desafio, uma coisa que tira um pouco o chão, pra que lado que você vai direcionar o seu posicionamento. Hoje a gente está vivendo um momento melhor, mas já teve um momento muito crítico dentro disso, de você perceber a equipe muito adoecida, que não estava mais com disponibilidade

de fazer aquilo, isso refletia no atendimento, que a gente começou a ter menos a presença dos meninos lá e hoje eu vejo que a gente vive um bom momento porque eu vejo que os meninos estão indo mais lá, isso pra mim é um bom parâmetro, eu ver a equipe tendo tesão de trabalhar né? Então acho que o desafio também é garantir o tesão do trabalho. (G4)

A partir do relato dos gestores foi possível identificar que uma das dificuldades mais presentes no cotidiano da gestão são os conflitos entre membros da equipe, tendo então o gestor a responsabilidade de mediar as relações no sentido de evitar que os conflitos internos reflitam na qualidade dos atendimentos prestados.

Com relação aos usuários atendidos, foram citadas algumas dificuldades percebidas pelos gestores: lidar com a alta vulnerabilidade social; imediatismo dos pacientes; agressividade, tanto verbal quanto física, apresentada por alguns principalmente quando chegam intoxicados no serviço. Outras dificuldades são provenientes de questões externas ao serviço como, por exemplo, a falta de retaguarda de outros serviços quando necessário, questões de financiamento e a "judicialização" da saúde (termo utilizado pelo gestor referindo-se a ordens judiciais obrigando um paciente a realizar tratamento ou solicitando diretamente internação, sem levar em conta os critérios e avaliação pela equipe) também foi apontada como dificultador na realização do trabalho que o serviço se propõe a fazer, conforme os relatos a seguir.

Quando eles estão intoxicados né? A agressividade, eles perdem a noção, agredem não só verbalmente como chega a agredir fisicamente e muitas ameaças. Ameaças de morte, ficam aguardando os profissionais saírem na rua, porque o metrô é aqui muito próximo né? Então tem muita ameaça nesse sentido. Os profissionais se sentem muito acuados. (G1)

...não só a substância marca as pessoas por uma certa urgência, que a gente poderia dizer, o imediatismo da relação com a química, né? Então a química eu uso e já começo a ter efeito em alguns minutos ou segundos, né? E a pessoa acaba transferindo um pouco isso para as relações, essa instantaneidade, essa urgência, mas a gente tem esse agravante que é, um grande número de pessoas em situação de rua onde você tem que ver o que é a condição circunstancial que as pessoas se encontram pela vida na rua, isso marca mais subjetivamente como essas pessoas funcionam, pra gente não patologizar uma condição de estar em situação de rua, mas entender que isso impacta sim a pessoa. (G2)

...o mais difícil é a dinâmica política mesmo, por estar num território central com todos os olhos em cima de você tanto da Prefeitura, [...] de outros equipamentos e serviços e os atravessamentos que isso produz. A gente tem atravessamento assim, de muita coisa e às vezes esse atravessamento te coloca mesmo... por isso que eu te falo que a não institucionalização é uma coisa bem difícil, porque às vezes o atravessamento está pedindo pra você institucionalizar, está pedindo não, está mandando e aí assim... você tem toda... às vezes é possível dizer "Não, não vou porque não é isso que a gente acredita, não é o fazer em saúde mental, não tem a ver com as

diretrizes..." então a gente consegue dizer isso e muitas vezes não e às vezes a gente precisa refazer tudo isso, todo esse processo, dar uma volta enorme pra poder dizer "Não, vamos de outro jeito", mas isso traz desgaste, isso traz adoecimento, isso traz uma série de coisas, então o mais difícil é esse atravessamento mesmo que passa por todo mundo. (G3)

A partir dos relatos dos gestores evidenciou-se algumas dificuldades em sua função que estão relacionadas com características dos usuários atendidos no serviço, como a agressividade, chamando a atenção para a vulnerabilidade dos trabalhadores à situações de violência.

A dificuldade apontada como atravessamento político e judicialização da saúde aponta para um distanciamento na relação entre a justiça e o equipamento em questão, evidenciando a necessidade de se estreitar os laços dessa rede intersetorial.

4.1.1.4 REDE IDENTIFICADA PELOS GESTORES

Descritas as características de cada equipamento deste estudo, as aproximações e distanciamentos entre eles, é importante frisar que estes e outros equipamentos fazem parte da mesma rede e estão interligados de alguma forma, ora com laços mais estreitos, aproximados, ora mais esgarçados. Quando se trata de crianças e adolescentes usuários de SPA, o Equipamento 3 mostra-se como central no cuidado desta população no que diz respeito aos aspectos da saúde mental, tendo como suporte nas questões de lazer, cultura e inserção social o Equipamento 4. Neste contexto, o Equipamento 2 mostrou-se próximo e atuante nesta rede quando da necessidade de retaguarda em seus leitos de hospitalidade. As UA's também compõem essa rede, oferecendo suporte em situações de extrema vulnerabilidade e risco. As UBS's não ficam de fora desta teia, assumindo os cuidados clínicos desta população e compartilhando os casos nas reuniões de matriciamento. Aos poucos, a cada relação que se estabelece entre diferentes profissionais, diferentes equipamentos, diferentes setores, se formam nós que tendem a fortalecer essa rede. Na medida em que se fortalece cada nó e aumenta esta teia a cada novo integrante que se junta com um mesmo objetivo, uma rede de atenção e cuidado à crianças e adolescentes usuários de SPA vai se formando.

Além destes já descritos, outros equipamentos foram citados pelos gestores ao serem questionados sobre a rede. O Quadro 5 ilustra os equipamentos, espaços ou serviços citados pelos gestores que fazem parte da rede de atenção e cuidado à crianças e adolescentes usuários de SPA divididos por setores em que pertencem ou se aproximam. Vale lembrar que o conceito de rede adotado neste estudo é um conceito mais ampliado, que abrange todo e qualquer espaço em que a população referida possa frequentar, independente deste espaço ser pensado para o grupo em questão ou não.

Quadro 5. Rede Identificada pelos Gestores

EQUIPAMENTO	SAÚDE	LAZER / CULTURA	EDUCAÇÃO	JUSTIÇA	ASSISTÊNCIA SOCIAL	OUTROS
Equipamento 1	CAPSi Sé				Abrigo	
Equipamento 2	CAPSi Sé, UA,		escolas	PPCAM, Vara da Infância, Vara Especial	Conselho Tutelar, abrigos, Projeto Quixote, Fundação Travessia,	PIVALE, PILUZ, CMDCA, CEDECA
Equipamento 3	UBS, CRATOD, Consultório de Rua	Parque da Aclimação, Parque D. Pedro, Centro Cultural, SESC	escola, Clube Escola	Fundação Casa, Defensoria Pública, DEIJ	Projeto Quixote, CCA, abrigo	Catavento, PIVALE, PILUZ, Projeto Guri, Dom Bosco
Equipamento 4	AMA, Consultório de Rua, CAPSi Sé	Parque da Luz			SEAS	

A partir das indicações dos gestores foi possível identificar a rede conhecida e utilizada por cada equipamento participante. Nota-se que a rede de saúde e de assistência social foram as mais presentes.

Ainda sobre a questão da rede, o gestor do Equipamento 3 salienta que nos últimos 2 anos houve perdas importantes no que diz respeito à equipamentos que ofereciam algum suporte à crianças e adolescentes e suas famílias. Cita o Escritório de Inclusão Social e 2 Centros de Convivência como grandes perdas para o território e explica sobre o fechamento de serviços e a repercussão nas crianças e adolescentes atendidos no relato a seguir.

E a medida que esses serviços foram fechando eu acho que os meninos em situação de rua foram se posicionando com o território de uma maneira

mais violenta, mais dura, mais reativa mesmo. Eles tinham antes uma cultura da família de rua e hoje em dia a gente vai percebendo que isso também foi se perdendo, foi se esgarçando, né? Então eu acho que isso casa muito com o fechamento desses serviços que potencializava isso, todos eles juntos, em alguns lugares, tomavam banho, trocavam uma ideia, lia um livro, brincava ou não fazia nada e só dormia, enfim foi uma perda muito grande.

O relato acima evidencia uma forte relação entre rede, território e as pessoas que nele circulam. As mudanças ocorridas na rede tiveram reflexo no comportamento dos habitantes de seu território, evidenciando a importância do cuidado com o território e da construção e fortalecimento das redes de atenção e cuidado, termo aqui utilizado de maneira ampliada, incluindo equipamentos de diferentes setores recursos da comunidade, família e pessoal.

O gestor complementa dizendo que há muitos locais que oferecem algum tipo de cuidado, porém, a maioria é voltada para a população adulta (Programa "De Braços Abertos", Tenda, albergues, Programa Recomeço). Apesar disso, refere que muitas coisas têm se iniciado e cita como exemplo a ação voltada para crianças e adolescentes que o Equipamento 3 tem feito junto com a Atenção Básica na "Cracolândia" que está se formando embaixo do Glicério, outra região de São Paulo próxima ao Centro e que tem sido ponto de encontro de crianças e adolescentes para uso de SPA.

Complementando as iniciativas de rede citadas, o gestor do Equipamento 4 refere ainda que tem havido um esforço dos trabalhadores da região do Centro em unir forças para implementar diferentes ações voltadas à essa população. O Projeto Integrado da Luz (PILUZ) e o Projeto Integrado do Vale do Anhangabaú (PIVALE) são agrupamentos de trabalhadores dos serviços dessas regiões que se reúnem com o objetivo de discutir os casos do território e realizar ações conjuntas voltadas à população de crianças e adolescentes em vulnerabilidade social destas regiões. A partir da reunião de diferentes serviços também surgiu o Matilha Cultural que apresenta uma proposta de arte acessível a todos e, ultimamente, o foco tem sido cinema. Há uma parceria com uma instituição que trabalha com cinema e oferece um espaço para exibição de filmes que são selecionados pelos participantes e, muitas vezes, outras atividades são desenvolvidas a partir dos filmes exibidos. Ações como as descritas aqui evidenciam o esforço dos trabalhadores em tecer redes para o cuidado com a população de crianças e adolescentes usuários de SPA.

4.1.1.5 TERAPIA OCUPACIONAL NA PERSPECTIVA DO GESTOR

Apesar dos terapeutas ocupacionais terem as mesmas atribuições de outros profissionais, como acolhimento, participação em reuniões, ambiência, manejo de crise, acompanhamento no leito, acompanhamento terapêutico, atendimentos individuais, visita domiciliar, visita institucional, coordenação de grupos e oficinas, ações no território, matriciamento, trabalhando numa lógica interdisciplinar, algumas vezes até transdisciplinar, os gestores pontuaram algumas particularidades da atuação da Terapia Ocupacional em seus serviços. O trabalho em grupo, a atuação junto a pacientes mais prejudicados, apareceu como algo que a TO se insere com frequência conforme relato a seguir.

A TO faz um trabalho essencial na equipe, apesar de sermos uma equipe multidisciplinar as abordagens da TO, os trabalhos, os grupos delas fazem muita diferença. São grupos muito cheios, não é uma coisa repetitiva, então a cognição do usuário é muito prejudicada por causa do uso do álcool e drogas... eu acho que é essencial. Faz toda a diferença. (G1)

Outro ponto que apareceu bastante no discurso dos gestores foi a busca por autonomia e a formação política da TO e principalmente a apropriação do processo de Reforma Psiquiátrica, entendendo este contexto como algo que direciona suas ações conforme ilustra o relato a seguir.

...a gente trabalha em equipe multi na lógica, numa perspectiva transdisciplinar, a gente não tem uma clínica exclusiva "isso é trabalho do psicólogo, isso é trabalho do TO", então, particularmente o TO, ele é um profissional que eu acho que, no campo da mental, ele tem uma... vamos dizer assim, ele já traz consigo, pela própria formação, acho que as questões da Reforma Psiquiátrica, uma leitura talvez passando pela questão do funcional, mas pensando o funcional e o social, autonomia do sujeito. (G2)

eu vejo muito essa coisa da construção da autonomia... é porque assim, os que estão aqui são bem da Reforma né? E eu vejo muito essa coisa da não institucionalização, vejo isso muito claro, mas eu vejo claro também em outros profissionais. Ai... agora você me pegou mesmo. Eu acho que é um profissional também politicamente bem posicionado, no sentido de... vou usar um termo que é do Serviço Social, que é da análise de conjuntura, o macro e como isso interfere no micro... (G3)

"essa coisa da habilidade, de trabalhar mesmo essa questão da autonomia [...] vivenciar rotinas, estabelecer rotinas" (G2)

Wachholz e Mariotti (2009) escrevem sobre a estreita relação entre a Terapia Ocupacional e a Reforma Psiquiátrica, observando a importância do terapeuta ocupacional no processo de reconstrução de redes e sua prática junto às pessoas com transtornos mentais no processo de desinstitucionalização, nos serviços substitutivos de saúde mental trabalhando os processos de autonomia e possibilidades de reabilitação psicossocial.

Os gestores ressaltam também a perspectiva diferenciada que a TO tem para as atividades conforme os relatos a seguir.

então essa marca, assim, vamos reciclar, reciclando com arte, ressignificar os objetos. (G2)

eu vejo que vem mudando muito o jeito da terapia ocupacional, que ela não é só a pessoa da atividade concreta, mas é alguém que pensa terapêuticamente a atividade e isso às vezes confunde meus colegas. (G4)

Esse olhar mais crítico, esse olhar mais amplo de perceber que essas coisas não são uma ação inocente, elas são ações que geram repercussões, pro bem, no sentido produtivo, como situações que podem tornar mais difícil o problema. (G4)

Os relatos citados evidenciam a percepção dos gestores com relação às atividades para além da ação ou atividade concreta, evidenciando a importância e a marca da atividade como instrumento no processo terapêutico ocupacional.

As atividades estão no centro das intervenções em Terapia Ocupacional, instrumentalizando suas práticas e sendo significadas na relação terapeuta ocupacional-paciente-atividade que é sustentada pelo fazer (BENETTON, 1994, 2006; MORAES, 2008).

Com base nessas características, há algumas funções, ações e atividades que geralmente os terapeutas ocupacionais se inserem segundo relatos dos gestores e ilustrados nos trechos a seguir.

tem algumas ações bem específicas onde eles se infiltram, né? Então, Economia Solidária, oficinas de produção, a ideia de processo, produção, os eventos.. né?, participação em eventos, essa coisa de saída pro território com os usuários, de aumentar a autonomia, de acessar outros serviços, de trazer oficinas de percepção sensorial, de trabalhar outras linguagens além da verbal, de produzir coisas diferentes na unidade (G2)

é uma das formações mais... eu não vou dizer interdisciplinar, mas eu vou dizer que... mais transversal e eu vejo a TO muito nisso, como ele vai

transitando mesmo por todos esses campos e sempre acho um saber super riquíssimo. (G3)

A relação entre terapia ocupacional e economia solidária é uma das consequências da relação da terapia ocupacional com a reforma psiquiátrica discutida anteriormente. Tendo como objetivo a inserção social de pessoas com transtornos mentais após o início do processo da Reforma Psiquiátrica, o trabalho é compreendido como um direito e promotor de trocas sociais evidenciando um importante papel no processo de reabilitação psicossocial (MORATO; LUSSI, 2015). Neste sentido, a busca por autonomia e inserção social das pessoas, característica da atuação do terapeuta ocupacional, encontrou possibilidades de intervenção por meio do trabalho e economia solidária.

Os gestores também pontuaram como as ações dos terapeutas ocupacionais vão ao encontro da construção e fortalecimento da rede:

Eu acho que também a formação das terapeutas ocupacionais elas... está uma formação muito mais politizada, pelo menos as que eu tenho conhecido de uns anos pra cá, tem muito forte essa questão do conceito do SUS... falta conhecer o SUAS né? Que é da Assistência Social, mas do SUS e todas as suas implicações históricas, tal e toda a disponibilidade para querer atuar e contribuir neste campo da rede, da construção de rede. Então eu percebo também uma diferença de formação que reflete uma prática que está muito assim, essa prática de ser um protagonista de ser alguém que ajuda no grupo, na equipe a valorizar essas ações em rede, de participação na construção de uma política pública. Eu acho que a grande mudança que eu vejo é isso, as terapeutas ocupacionais estão muito bem politizadas. (G4)

A partir dos relatos expostos, foi possível observar que algumas características do profissional terapeuta ocupacional chamam a atenção dos gestores como a formação política, o engajamento em ações e atividades que envolvem atuação no território e uma articulação com a questão da arte e cultura, busca por autonomia, empoderamento, inserção e participação social.

Algumas características identificadas pelos gestores relacionam-se aos apontamentos trazidos por Ballarin e Carvalho (2007). Os autores citam o engajamento de terapeutas ocupacionais no movimento que objetivou a transformação da assistência psiquiátrica brasileira, exigindo um olhar crítico, sistemático e reflexivo sobre as suas próprias práticas.

4.1.2 CARACTERIZAÇÃO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

Nesta seção apresentaremos a caracterização dos terapeutas ocupacionais inseridos nos equipamentos participantes deste estudo. As informações apresentadas a seguir foram obtidas por meio da "Ficha de Identificação de Participante (Profissional)" elaborada pelas pesquisadoras e preenchida pelos próprios profissionais. Nesta ficha os terapeutas ocupacionais forneceram informações a respeito de sua formação, dados pessoais e dados relacionados aos atendimentos realizados no equipamento em que trabalham.

O Quadro 6 ilustra as características dos 11 terapeutas ocupacionais participantes desta pesquisa com relação ao sexo, idade, ano de graduação, tempo de trabalho na saúde mental e tempo no serviço.

Quadro 6. características dos Terapeutas Ocupacionais

TERAPEUTA OCUPACIONAL	SEXO	IDADE	ANO DE GRADUAÇÃO	TEMPO NA SAÚDE MENTAL	TEMPO NO SERVIÇO
TO1	M	39	2000	15 anos	3 anos
TO2	F	30	2009	5 anos	3 anos e 5 meses
TO3	F	30	2008	3 anos	3 anos
TO4	F	31	2009	5 anos	5 anos
TO5	F	31	2009	2 anos 6 meses	2 anos 6 meses
TO6	F	51	1985	23 Anos	16 anos
TO7	F	27	2012	2 anos	2 anos
TO8	F	29	2010	5 anos	3 anos e 8 meses
TO9	F	26	2010	3 anos	3 anos
TO10	F	30	2008	6 anos	5 anos
TO11	F	33	2005	10 anos	5 anos

Por meio do preenchimento da Ficha de Identificação de Participante (Profissional) foi possível identificar que a maioria dos terapeutas ocupacionais entrevistados é do sexo feminino. Ao todo foram identificados 15 terapeutas ocupacionais nos serviços, sendo 3 excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão na pesquisa (2 não tinham nenhum contato com a população de crianças e/ou adolescentes, outro participante apresentava tempo no serviço inferior ao requisitado para o estudo) e 1 estava de licença maternidade no período da coleta de dados. A idade dos terapeutas ocupacionais variou entre 26 e 51 anos. Com relação ao ano de graduação, a maioria dos entrevistados se formou entre os anos de 2000 e 2012, sendo 1 profissional formado no ano de 1985. O tempo no serviço variou de 2 à 16 anos, sendo que a maior parte tem um tempo médio no serviço de 3 anos e 6 meses e um dos profissionais destoa do grupo, com o maior tempo no serviço: 16 anos.

Com relação à formação complementar, como ilustrado no Quadro 7, a totalidade dos terapeutas ocupacionais participantes da pesquisa apresentou alguma formação posterior à graduação, sendo 1 com mestrado concluído, 3 cursando mestrado, 8 com pelo menos 1 especialização, 3 realizaram aprimoramento profissional e 1 está cursando outra graduação.

Quadro 7. Formação Complementar dos Terapeutas Ocupacionais

TERAPEUTA OCUACIONAL	FORMAÇÃO COMPLEMENTAR/ANO	CURSO NA ÁREA DE DQ / ANO / SE NÃO, MOTIVO
TO1	Especialização em Neurologia (2003)	Não - não especificado
TO2	Aprimoramento em Saúde Mental (2011); Especialização em Dependência Química (2013); Especialização em Gestão e Redes de Atenção em Saúde (cursando)	Sim - 2013
TO3	Aprimoramento em Saúde Mental (2010); Graduação em Ciências Sociais (cursando)	Não - não especificado
TO4	Formação em Acompanhamento Terapêutico (2010); Especialização em Saúde Pública (2013); Mestrado em Saúde Coletiva (cursando)	Sim - 2011
TO5	Especialização em Saúde Mental (2012)	Sim - 2015
TO6	Aprimoramento em Psiquiatria (1990); Especialização em Dependência Química (1995)	Sim - não especificado
TO7	Curso de Extensão em Álcool e Outras Drogas (2014)	Sim - 2014
TO8	Mestrado em Estética e História da Arte (cursando)	Não - não era prioridade já que teve referências na graduação e participa de fóruns de discussão sobre o tema
TO9	Especialização em Psicopatologia e Saúde Pública (cursando)	Sim - 2013
TO10	Especialização em Linguagem das Artes (2010); Mestrado em Educação (2013)	Não - optou por outras formações que poderiam ajudar nesta clínica
TO11	Especialização Arteterapia (2013), Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde (cursando)	Não - dentro do mestrado profissional a temática é abordada, mas não é o foco do curso em si.

Lins (2015), em seu estudo sobre a formação acadêmica do terapeuta ocupacional na saúde mental, refere que discentes e egressos consideram a realização de cursos teóricos e/ou práticos para além da graduação como um meio para alcançar a especialização de forma a complementar a formação generalista recebida. Neste mesmo estudo, ao discutirem sobre as disciplinas que compõem o campo da saúde mental, os participantes indicaram a necessidade da inclusão de mais conteúdos para a formação neste campo, sendo dependência química uma das disciplinas específicas mais citadas, ficando após da Prática da TO no campo da saúde mental; Psicopatologia, patologias e diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) e; Redes: construção, articulação e ações intersetoriais.

Com relação à realização de cursos relacionados à área de dependência química, 6 dos 11 TO's participantes deste estudo realizaram algum tipo de formação nesta área, desde cursos de extensão ou capacitação até especialização. Estes profissionais relataram que estes cursos ajudaram na ampliação de seus conhecimentos teóricos acerca deste assunto e aproximação com o debate sobre Redução de Danos. Auxiliaram também na prática dentro de seus serviços, no manejo de casos, promovendo uma mudança na forma de compreender o usuário. Dos 5 TO's que não realizaram nenhum curso nesta área 3 não apresentaram motivo e 2 apresentaram como motivos a preferência por outros cursos que ajudariam nesta clínica e o fato de não ser prioridade de curso devido importante experiência nesta área durante a graduação.

Ainda na "Ficha de Identificação de Participante (Profissional)", os terapeutas ocupacionais responderam questões referentes aos atendimentos realizados. O Quadro 8 ilustra os atendimentos realizados pelos terapeutas ocupacionais em cada equipamento, quantificando o número de atendimentos individuais realizados e sua especificação com relação ao tipo de atendimento (atendimento de referência, abordagem de rua, atendimento terapêutico ocupacional, atendimento à crise, entre outros), quantidade de grupos em sua carga horária semanal, quantidade de atendimentos iniciais (acolhimento, triagem ou avaliação) realizados e, por último, quantidade de atendimentos realizados com crianças e adolescentes usuários de SPA por semana e sua especificação (em grupo, individual, abordagem de rua, entre outras possibilidades):

Quadro 8. atendimentos Semanais Realizados pelos Terapeutas Ocupacionais por Equipamento

EQUIPAMENTO	TERAPEUTA OCUPACIONAL	INDIVIDUAL / ESPECIFICAÇÃO	N DE GRUPOS	ACOLHIMENTO / TRIAGEM / AVALIAÇÃO	Nº DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE SPA ATENDIDOS POR SEMANA / ESPECIFICAÇÃO
EQUIPAMENTO 1 CAPS AD III	TO A	12 (TO, referência, plantão, abordagem de rua)	4 grupos	3	1 (abordagem de rua)
	TO B	13	3 grupos	10	4 (abordagem de rua)
	TO C	35 (referência, crise, abordagem de rua)	4 grupos	6	atualmente raro
EQUIPAMENTO 2 CAPS AD III	TO D	8 (referência)	2 grupos	10	1 (leito de hospitalidade)
	TO E	9 (referência)	5 grupos	10	1 (compartilhado)
	TO F	10 (construção e avaliação de PTS, atendimento de TO)	2 grupos	4	2 (individual e grupo)
EQUIPAMENTO 3 CAPSi	TO G	5 (atendimento de referência)	2 grupos	6	25 (Grupo, referência, situação de crise, acolhimento, atividade externa, ambiência)
	TO H	5 (referência)	2 grupos	4	10 (participação em grupos, acolhimento, individual)
	TO I	6 (matriciamento, plantão, intercorrência)	1 grupo	3	4 (referência, acolhimento)
	TO J	5	1 grupo	3	2 (individual)
EQUIPAMENTO 4 Projeto - ECCA	TO L	10	2 grupos	6	15 (acolhimento, acompanhamento terapêutico)

O Quadro 8 ilustra a quantidade de atendimentos realizados pelos profissionais em rotina semanal típica em cada equipamento participante deste estudo. É importante ressaltar que os números apresentados são aproximados, os terapeutas ocupacionais identificaram uma média, pois os números de atendimentos oscilam bastante.

As características de cada equipamento interferem diretamente nos números apresentados no quadro anterior. No Equipamento 1 há um número maior de atendimentos individuais, sendo bastante raro atendimento de crianças e adolescentes usuários de SPA. Atualmente o contato acontece durante algumas abordagens de rua em conjunto com o Equipamento 3. Segundo relato dos profissionais, estes números eram maiores quando havia um Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA) - um centro de acolhida que oferecia abrigo transitório para crianças e adolescentes de 0 à 18 anos que apresentavam risco pessoal e social - na região, cerca de 10 em grupos e 5 individuais. Após o fechamento deste serviço, os casos de crianças e adolescentes usuários de SPA são referenciados ao Equipamento 3.²

Os terapeutas ocupacionais do Equipamento 2 têm contato com crianças e adolescentes usuários de SPA durante as abordagens de rua com o Equipamento 3 e quando essas crianças e adolescentes ocupam os leitos de hospitalidade reservados para essa população. Os terapeutas ocupacionais do Equipamento 3 são os que mais realizam atendimento à crianças e adolescentes usuários de SPA no que se refere aos aspectos de saúde, seguido pelo Equipamento 4 que os atendem nos aspectos mais relacionados à cultura, lazer e inserção social.

Na "Ficha de Identificação de Participante (Profissional)" foram disponibilizados espaços para complementar as informações a respeito do número e forma de atendimento, além de uma pergunta aberta a respeito dos atendimentos realizados e um espaço para observações que considerassem importantes. A partir desses espaços outras atividades foram citadas pelos terapeutas ocupacionais como fazendo parte de suas funções: matriciamento, reuniões internas e externas, visita

² Os terapeutas ocupacionais deste serviço foram mantidos neste estudo por terem algum contato durante as abordagens de rua e por terem experiência prévia no atendimento desta população quando acolhiam a população do SAICA.

domiciliar, visita institucional, atendimento familiar, assembleias, fóruns e ambiência. Os profissionais referiram ainda que a maioria dos atendimentos é realizada em conjunto com outros profissionais com o objetivo de ampliar o escopo de atuação sobre o paciente, contribuindo com a especificidade de cada profissão. Para a realização de grupos as combinações de profissionais variam, não pensando na especificidade, mas no interesse de cada profissional em realizar certo tipo de atividade ou atender determinada população.

4.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

A seguir apresentaremos cada uma das categorias temáticas advindas da análise das entrevistas semiestruturadas realizadas com os terapeutas ocupacionais dos equipamentos participantes deste estudo com a discussão dos resultados encontrados.

4.2.1 O CONTEXTO DE VIDA

Os relatos dos participantes evidenciaram as características das crianças e adolescentes usuários de SPA da região do Centro da cidade de São Paulo. Conhecer estas características mostrou-se importante para compreender algumas particularidades dessa população, além da formação e funcionamento da Rede de Atenção e Cuidado à mesma.

Os profissionais apontaram desde questões relacionadas ao contexto familiar, características inerentes à fase da vida, até necessidades e dificuldades de acesso que estão relacionadas às políticas públicas e preconceito, como mostra o relato a seguir.

Eu acho que é uma grande dificuldade a questão social, as desigualdades, do que leva... a falta de muita coisa que leva o menino a usar, a falta do básico, do básico assim, desde quando ele era bebê, de uma estrutura familiar, uma casa pra morar, condições de saúde, o mínimo para se habitar um espaço, conseguir um local de educação democrática, interessante, que pensa na formação do sujeito, não tem acesso a isso, outros espaços, porque não é só a educação, mas pensar numa educação mais ampliada, que não só na escola, não tem, acesso à cursos de esporte, cultura, arte, lazer, não tem... o que um menino desse... vai crescer de que jeito né? (TO8)

Os temas identificados nos relatos dos profissionais têm uma forte interligação entre eles: situação de rua; rupturas / vínculos interrompidos; questão social e necessidades básicas. Compreendemos a situação de rua não apenas pela ausência de moradia, mas por condições extremamente precárias (como no caso de residentes de ocupações), de vulnerabilidade, que levam crianças e adolescentes a passarem longos períodos na rua expostos à riscos, entre eles o uso de SPA e relação com o tráfico.

Segundo Stella et al. (2009), crianças e adolescentes que moram na rua têm como fator de risco para o uso da droga o próprio entorno perigoso, ou seja, a condição de estar na rua, a pressão de outros no grupo, além de características individuais e alta disponibilidade da droga.

Estes fatores identificados pelos profissionais como importantes e determinantes nas condições de vida e saúde da população de crianças e adolescentes usuários de SPA podem ser considerados variáveis indicadores de acordo com o conceito de Saraceno, Asioli e Tognoni (1997). Os autores referem que os elementos (variáveis) têm um papel determinante na evolução de um quadro e chama de "variáveis fortes" aquelas fundamentais para determinar a evolução e para fornecer informações para estratégias de intervenção: diagnóstico; idade; cronicidade do quadro; e história da enfermidade. As "variáveis sombra", que recebeu essa denominação justamente por serem deixadas à sombra segundo opinião dos autores, seriam: recursos individuais do paciente (capacidade intelectual e grau de informação, status social, condição de solidão ou não, sexo); recursos do contexto (relação com familiares, solidariedade/hostilidade dos familiares e pessoas da comunidade, status social da família, nível de agregação/desagregação social do meio onde vive); recursos do serviço de atenção (recursos materiais, organização, estilo de trabalho); recursos do contexto do serviço de atenção (solidariedade da rede social, solidariedade de outras organizações presentes no contexto, qualidade e eficiência do sistema de saúde do país, atitude positiva ou negativa para com as iniciativas da equipe). Segundo os autores, essa variáveis são deixadas à sombra porque não são consideradas como fatores principais na evolução de um quadro quando olhado apenas pelo viés da saúde, entretanto, é provável que haja piora nos pacientes que apresentarem dificuldades ou falta desses recursos. Chamam a atenção para o fato

dos pacientes reagirem de forma diferente frente ao mesmo diagnóstico ou mesma medicação, portanto, o diagnóstico por si só não auxilia a estabelecer estratégias de intervenção mais complexas e articuladas.

No contato com os usuários, o tema família (sua dinâmica e rupturas), foi apontado pelos profissionais como uma questão recorrente, importante e determinante na dinâmica da criança ou adolescente. O tema da família apareceu no relato dos 11 terapeutas ocupacionais, evidenciando diferentes realidades, desde histórico de uso de SPA por integrantes da família, histórico de violência, delitos, até abandono, como mostram os depoimentos a seguir.

Na infância e adolescência tem algo da história delas, acho que até de uma ruptura antecipada, muito jovem, uma ruptura familiar muito cedo (TO3).

Observando, daria pra dizer que quase a metade dos usuários do serviço são adolescentes em situação grave de vulnerabilidade, em situação de rua e uso de substâncias ou uso de substâncias em casa com a família porque o território aqui também... toda parte do nosso território tem muitas "biqueiras", então tem muitas pessoas, adolescentes que ainda moram com a família, mas que moram do lado, que a família também é usuária, enfim (TO4).

...a dinâmica familiar está difícil, ou deixou de estudar... então eu acho que são rupturas graves mesmo, a maioria das pessoas, não tem como triar isso, é muito nítido, principalmente quem trabalha com a população de rua (TO5).

Acho que o suporte familiar pega muito, muito, muito. A estrutura familiar, a questão social e financeira, acho que isso acaba pegando muito nas famílias pra fazer eles chegarem aqui e aí... é tudo isso né? (TO7).

Para Dessen e Braz (2005) a família é um dos principais contextos de socialização dos indivíduos e, portanto, possui um papel fundamental para a compreensão do desenvolvimento humano, que por sua vez é um processo em constante transformação, sendo multideterminado por fatores do próprio indivíduo e por aspectos mais amplos do contexto social no qual estão inseridos.

Matsukura, Fernandes e Cid (2012) realizaram um estudo com o objetivo de identificar associações entre saúde mental infantil e variáveis consideradas de risco e de proteção presentes no contexto familiar de crianças do ensino fundamental. As autoras referem que práticas e estilos parentais negativos adotados pelos responsáveis no cotidiano com as crianças constituem-se como importantes fatores de risco para o desenvolvimento de dificuldades relacionadas à saúde mental. Além

disso, a existência de regras e responsabilidades familiares que todos os membros conhecem e cumprem se configurou como fator protetivo à saúde mental das crianças (MATSUKURA; FERNANDES; CID, 2012; CID; MATSUKURA; CIA, 2015).

Outro tema, as necessidades básicas, foram identificadas pelos profissionais e estão relacionadas às questões de alimentação, moradia e higiene, como mostram os relatos a seguir.

Pra mim as principais necessidades são as necessidades básicas: alimentação, banho e cama, e dormida. [...] O adolescente nisso era muito mais claro. Ele sentava aqui, punha a cabeça na mesa e falava "tia, eu quero dormir, não quero falar não. Depois você pode ir lá conversar comigo? Mas agora eu quero dormir e comer, pode ser?" (TO2).

Acho que necessidades eles têm todas né? Até de comer, mas eu estou falando que eles conseguem ter mais acesso, se viram mais, do jeito deles, vão fazer um corre ali pra conseguir uma coisa ou outra, mas condições bem precárias, eles dormem em lugares bem precários, mas eu digo que eles ainda conseguem se articular melhor em algumas coisas e em outras acho que fica um pouco mais difícil (TO7).

O tema violência apareceu no relato dos profissionais em dois aspectos, um evidenciando a violência e agressividade das crianças e adolescentes no serviço e outro apresentando a violência como fazendo parte do contexto de vida dessa população.

Às vezes tem questões de violência, eles chegarem mais violentos [...]. Às vezes eles vêm muito agressivos e é difícil às vezes suportar aquela violência que algumas vezes os meninos trazem, eles vêm pra cima, a gente não consegue segurar né? Ainda com criança... mas adolescente é mais difícil (TO7).

Acho que uma dificuldade também é eles virem intoxicados aqui no serviço né? E como lidar com eles intoxicados? E com agressões também né? Porque são diversas agressões que a gente acaba sofrendo, principalmente verbal, física aconteceu poucas vezes, mas verbal bastante (TO9).

...muitas com questões de violência, entre as meninas especificamente violência sexual é muito recorrente. Pelo menos o que eu via, assim, era difícil ter meninas que estavam na rua que nunca tiveram alguma situação de violência sexual (TO3).

Principalmente para os usuários, quanto mais novo a criança começa a usar, tem uma adolescente que começou a usar com nove anos crack direto e ela fumou antes, começou crack com nove e aí você vai ver a história da família dela é de muita violência desde sempre e de muita privação de muitas coisas, não só de direitos, mas de afeto de família mesmo, de cuidado (TO10).

Segundo Tondowski et al. (2011) há inúmeros estudos nacionais e internacionais que apontam para uma importante associação entre uso de SPA à violência. Com relação à violência familiar, a pobreza, o desemprego e o baixo nível de escolaridade são algumas das características familiares apontadas como fatores de risco para violência contra crianças e adolescentes. Esclarece ainda que crianças e adolescentes são vítimas sendo expostos à violência dentro de casa, tanto sendo vítima direta quanto testemunha de uma agressão a outro membro, pois prejudica seu desenvolvimento emocional e a aprendizagem de regras de convívio social. O mesmo autor, citando Andolfi e Angelo (1989), refere que por meio da observação e do aprendizado, os comportamentos de violência testemunhados por crianças e adolescentes podem ser interpretados por eles como uma maneira possível de se relacionar e lidar com conflitos. Esta relação entre a violência sofrida, vivenciada (pelo sujeito e pela família) e a violência exercida pelas crianças e adolescentes usuários de SPA aparecem muito próximas no discurso dos profissionais.

A privação de direitos, como citado no último trecho, revela uma outra questão apontada pelos profissionais que se refere à dificuldade de acesso, tanto à saúde quanto à cultura, educação e lazer. Os profissionais observam uma falta de apropriação por parte das crianças e adolescentes em relação aos espaços públicos, algumas vezes causada por preconceito de funcionários e/ou pessoas que frequentam o local ou por um distanciamento, sensação de não sentir-se no direito ou à vontade para fazer uso desse espaço. A presente questão apresentou-se muito evidente no trecho a seguir:

Tem a rede cultural também que às vezes não permite o acesso de alguns meninos, usuários de drogas, tem muito preconceito, era muito nítido isso, uma vez a gente foi num show e aí um menino, tinham dois meninos usuários nesse dia, e aí um menino se sentiu mal porque ele estava vestido do jeito que ele se veste e que tá na rua, vem para o serviço, não aquela roupa... e aí estava no meio de um monte de gente, foi naquele Centro Cultural Banco do Brasil e aí tinha um monte daquela gente que trabalha em banco, de terno e gravata, na hora ele começou a vaiar, não era o que ele queria mesmo, mas ele estava se sentindo mal naquela situação, mas estava adorando o show ao mesmo tempo. Aí tinha um senhor engravatado lá da bolsa de valores e começou a falar isso aí, "coitado dele, não sei o que o pessoal tem a mania de querer deixar essas pessoas entrarem..." [...] não é só garantir o acesso, você tem o direito ao ingresso e ao show, você tem o direito de ir a exposição, você tem direito de ir na biblioteca ou de jogar futebol no campinho, mas de como a gente cria uma atmosfera de acolhimento dessas pessoas nesses espaços, porque elas se sentem deslocadas. De novo, não precisa ser exatamente esse espaço, é que pode ser a cultura dela, o território dela, mas é que para a criança em situação de

rua aqui do centro de São Paulo que ficam só, elas dormem na frente de um Centro Cultural, que tem filas e filas e filas, mas elas nunca podem entrar então isso é complicado e é uma coisa que a gente tem dificuldade nesses adolescentes aí (TO10).

Pereira, Bardi e Malfitano (2014) trazem contribuições de duas pesquisas realizadas com jovens pobres que tinham como objetivo uma aproximação e apreensão do universo dos jovens e as relações estabelecidas com e por meio das drogas em seu cotidiano. O estudo trouxe um tema muito parecido com o apontado acima a respeito da mobilidade urbana:

[...] para além da questão das drogas, foram as restrições e cerceamentos à mobilidade urbana, à circulação e à apropriação da cidade. Por serem quem são, de onde são e como são, o acesso deles a determinados espaços urbanos figura-se restringido, seja por impedimentos implícitos, como os “olhares” direcionados a eles em certos locais públicos, ou explícitos, por exemplo, na exigência de apresentar documento de identidade para poder entrar no shopping center local (PEREIRA; BARDI; MALFITANO, 2014, p. 53).

Trazendo como exemplo as duas situações descritas anteriormente, fica evidenciado na prática a questão levantada por Adorno (2011) quando diz que, para discutir a situação de exclusão de uma população, não se trata apenas de defini-la a partir de um indicador socioeconômico. Na análise da desigualdade, seja em função da maior dificuldade de acesso, seja em função de um perfil epidemiológico específico decorrente da posição social e da relação de desqualificação que esse grupo recebe socialmente, deve-se procurar compreender as situações que envolvem a relação dessa população com as instituições e demais grupos da sociedade.

Outro tema recorrente que apareceu nos relatos dos profissionais foi o estreitamento de repertório. Todos os profissionais entrevistados evidenciaram essa questão do repertório restrito, cotidiano empobrecido e falta de repertório de atividades como uma questão importante e que restringe as possibilidades de escolha dos indivíduos, conforme o relato a seguir.

o que a gente vê é uma falta de repertório muito grande desde sempre assim, todo o desenvolvimento, nas histórias familiares, a gente vê que tem muito pouca possibilidade (TO4).

Para refletir sobre a questão do cotidiano, Carvalho (2000) traz o termo cotidianidade definido como um processo desenvolvido do nascimento à maturidade, quando gradativamente assimila-se a manipulação das coisas, a realização das tarefas diárias e a dinâmicas das relações sociais. Ao longo da vida e da história, atividades diferentes vão assumindo papel preponderante, para serem mais tarde descartadas ou modificadas ao longo do tempo. A cotidianidade varia conforme o contexto, isto é, varia conforme a classe social, os laços culturais, o gênero, a idade.

O cotidiano é heterogêneo em conteúdo e significação. Inúmeras atividades compõem o dia-a-dia. Segundo Heller (2000, p. 18), “São partes orgânicas da vida cotidiana: a organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação”. O cotidiano traz em si a marca da singularidade do sujeito, e toma forma a partir de suas necessidades, valores, crenças e afetos. Nesse sentido, o cotidiano de cada pessoa é único e irrepitível na medida em que a unicidade e a irrepitibilidade são características inequívocas da condição humana (GALHEIGO, 2003).

Entre outros temas relacionados às necessidades apresentadas pelos usuários estão: necessidade de ser aceito; necessidade de existir, necessidade de pertencimento; necessidade de afeto, de relações. A partir desta visão ampliada do contexto de crianças e adolescentes os profissionais observam que a questão do uso de SPA não é o problema central ou a causa dos problemas dessa população, como mostram os depoimentos a seguir.

Na minha observação, e acredito que na observação de toda a equipe, [...] é o que? Eu acredito que ele começa a abandonar características que são essenciais para a sua dinâmica, seja escola, dificuldade familiar, relações, dificuldades na relação familiar, perda de interesse, perda de autocuidado, envolvimento nas questões de tráfico, delitos também, a gente tenta intervir e percebe que às vezes a droga não é uma... primária, não é o sujeito primário da dificuldade do menino, mas ela é uma forma deles, até de uma válvula de escape, acaba funcionando como combustível até pra outras coisas que foge um pouco daquilo que seria importante para a autonomia e subsistência dele (TO1).

...e a questão da droga, uso da droga ficava muito secundário quando eles vinham. Às vezes eles até falam que são (dependentes), mas quando você vai ver mesmo tem um uso que não é tão problemático, é muito mais fácil de manejar. Claro que tem adolescentes que você vê, com 17 anos, se tornando adulto e você vê que esse uso foi se tornando realmente problemático e central na vida da pessoa, desorganiza realmente, mas

principalmente por falta de uma sustentação social, porque fez 18 anos e fica em Centro de Acolhida e daí, né? Entra nessas dinâmicas de rua. É mais por isso do que já tinha uma dependência...(TO3).

Sudbrack e Conceição (2011) ao falar sobre o uso de SPA como busca de pertencimento nos grupos de pares, consideram a convivência grupal uma das características fundamentais a serem respeitadas e consideradas na compreensão do desenvolvimento do adolescente, tornando a inserção grupal uma necessidade para essa população. Segundo as mesmas autoras, havendo essa necessidade em um contexto de baixa renda, a afiliação ao grupo marginal assume uma dupla função na medida em que, concomitantemente, satisfaz as necessidades de subsistência material (pelos serviços prestados ao tráfico, pagos com fornecimento da própria droga, gerando e sustentando a dependência) e de inclusão social, pela satisfação das necessidades psicológicas de pertencimento a um grupo ou comunidade de referência e de reconhecimento por seus membros.

Estes resultados apresentam uma aproximação com os achados de Pereira, Bardi e Malfitano (2014) a respeito da questão da droga como parte de uma complexidade, não se configurando como o problema central:

A partir das percepções dos jovens estudados acerca da temática das drogas em seu cotidiano, o que se pôde depreender é que esse fenômeno, ainda que presente, aparece, na maior parte das vezes, de maneira secundária a questões muito mais contundentes em sua vivência diária. Tais questões se referem às redes sociais e de suporte acessadas pelos jovens; às relações estabelecidas entre eles na e com a cidade; às constantes violações de seus direitos fundamentais e às interdições à mobilidade urbana a que estão submetidos; e à dimensão do trabalho, onde o tráfico de drogas se coloca de maneira franca no entrelaçamento social de precarização e exclusão. Ou seja, o uso de drogas é apenas um elemento frente a uma realidade complexa e desigual (PEREIRA; BARDI; MALFITANO, 2014, p. 53).

Outras características desta população chamam a atenção dos profissionais e influenciam as práticas e dinâmica dos serviços como: imediatismo; falta de crítica; dificuldade em lidar com frustração; dificuldade com regras e limites; dificuldade de organização do cotidiano; dificuldade de expressão; frequência oscilante e dificuldade de adesão ao tratamento. Em menor proporção foram identificadas ainda comorbidades psiquiátricas, questões clínicas e de saúde geral.

Acho que a grande questão é a frequência deles mesmo, eles somem, é muito difícil manter o acompanhamento, você está [...] e o menino desaparece.(TO5)

Eu acho que eles tinha dificuldade de regras, não todos, mas geralmente alguns respeitam muito, mas outros de... como eu posso dizer, de...provocar um pouco o terapeuta pra ver até onde vai, uma provocação no grupo, às vezes ser meio agressivo, mas eu acho que quando eles sentem que mantém o vínculo mesmo eles sendo... tendo essa agressividade, eu acho que facilita muito mais, então... a gente tem muita dificuldade no começo, se a gente consegue sustentar, depois maneja muito mais tranquilo.(TO3)

A gente tem que aproveitar que o cara tá afim então se ele vem hoje, ele vai passar no grupo amanhã. E amanhã já faz o PTS, então no começo a gente trabalha um pouco no imediatismo deles, mas também porque a gente entende que se ele veio pedir ajuda hoje e a gente marcar o grupo sexta-feira, sexta-feira não porque é logo amanhã, mas sei lá... ele não vai vir.(TO2)

O imediatismo, dificuldade em lidar com as frustrações, postura desafiadora e opositiva foram alguns pontos em comum que foram citados por Stella et al. (2009). A autora refere que, além destes, baixa autoestima, sintomas depressivos e ausência de projetos de vida são considerados fatores de risco internos para uso de SPA de crianças e adolescentes.

Apesar da complexidade que envolve essa população, os profissionais apontaram características relacionadas aos aspectos positivos que observam em crianças e adolescentes que frequentam os referidos serviços do centro de São Paulo: potencial para mudança; desejo de evitar o uso de SPA; necessidade de brincar; resiliência; desejos, capacidades e potencialidades que são trabalhados e estimulados nesses espaços, como mostram os relatos a seguir.

O que me surpreende a força que eles têm de conseguirem continuar vivendo [...] eles conseguem continuar vivos nessa situação de muita fragilidade e tem uma coisa que eles vão se inventando que eu aprendi muito com um adolescente que me deu trabalho, mas que aprendi muito no encontro com ele. Porque era uma destreza assim, de algumas coisas, porque ficava também nesse movimento de rua, mas para se ajeitar, para se como que é a palavra? Para se articular na rua, para manter a vida dele (TO10).

eu sempre acho que tem brecha pra trabalhar, que muitos deles têm desejos, é só você emprestar uma coisinha que ele vem junto... Acho que tem muitas carências de muitas coisas que não tiveram, além da carência, óbvio, uma carência afetiva enorme que se você ver, se você oferece isso eles vêm numa super abertura. Eu acho que eles são muito abertos pra nossa abordagem, pra nossa tentativa, pro nosso compor junto, construir um caminho, construir um projeto, mas eu acho que várias coisas falam

mais alto e às vezes ele recai.. ou não vem mais, mas a grande maioria encontra um lugar, lugar aqui, afetivo e de existência assim, tem um lugar em que ele existe e ele se sente existindo e sempre voltam, sempre voltam pra visitar [...] Eu acho que tem muita potencialidade, se você aposta que é um sujeito, com suas potencialidades, com seus desejos e que ainda dá pra investir ali e sempre dá, [...] considerando que é uma criança, que é um adolescente, acho que tem um caminho enorme pela frente, dá pra fazer tudo. Se você estiver disposto e ele te der um mínimo de abertura dá pra fazer muita coisa, porque daí vocês vão construindo juntos. Acho que é isso (TO8).

Prati e Koller (2015) observam que os termos "vulnerabilidade", "resiliência", "fatores de risco" e "fatores de proteção" são associados em diferentes estudos e referem que, de uma certa forma, eles se inter-relacionam, mas consideram importante diferenciá-los. Segundo Poletto e Koller (2008), fator de proteção é aquele que modifica o efeito do risco para diminuir ou anular o efeito negativo e fator de risco é aquele associado ao aumento da probabilidade da pessoa ser afetada ou de um resultado negativo ocorrer. Fergus e Zimmerman (2005 apud AMATO; RONZANI; NOTO, 2015) referem que vulnerabilidade é a situação na qual existe um aumento da probabilidade de ocorrer um resultado negativo como consequência da exposição a um fator de risco. Os mesmo autores definem resiliência como a não ocorrência de um resultado negativo mesmo estando vulnerável a ele. Prati e Koller (2015) afirmam que resiliência é a capacidade de direcionar recursos psicológicos, sociais, culturais e físicos que garantam o bem-estar e a capacidade individual ou coletiva de negociar esses recursos de forma a superar adversidades.

Esclarecidos os conceitos, podemos considerar os fatores positivos citados pelos profissionais (desejos, potencial para mudança, desejo de evitar o uso de SPA) como fatores de proteção identificados na população atendida. Os relatos dos profissionais trouxeram contribuições importantes para reflexão a respeito de aspectos como a questão de gênero relacionada à violência, sendo que os meninos apresentam postura mais agressora e as meninas vitimizadas, mas ambos com história de violência. Relacionado à isso, é importante também destacar a função do grupo no contexto de rua, algumas vezes, grupos formados por pessoas que fazem uso de SPA e/ou cometem atos infracionais, mas que supre as necessidades de subsistência, reconhecimento e pertença. Apesar de todo o contexto apresentado, os profissionais referem que há dificuldades maiores no cotidiano de seus trabalhos

quando se compara com o manejo do uso de SPA. As dificuldades identificadas pelos profissionais serão descritas mais detalhadamente em outra categoria.

4.2.2 A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E PROCESSOS DE TRABALHO

Esta categoria abordará as atividades desenvolvidas e a dinâmica dos serviços apontadas pelos profissionais. Em todos os equipamentos participantes da pesquisa o trabalho é realizado por uma equipe multiprofissional, muitas vezes atuando na dinâmica interdisciplinar, algumas vezes apontado como trabalho transdisciplinar. Os profissionais entendem que as diferentes profissões, com seus diferentes conhecimentos, auxiliam na construção do processo de cuidado dos usuários. Alguns observam que esses conhecimentos muitas vezes se misturam, tornando-se todos "trabalhadores da saúde mental", não havendo fronteiras bem definidas com relação às especificidades de cada profissão como mostram os relatos a seguir.

A gente trabalha muito na perspectiva de que é um atendimento multidisciplinar, então aqui não é que a gente perde a especificidade, mas a gente tem uma visão um pouco maior de profissionalismo, né? De que, eu acho que a visão de todos os profissionais, elas constroem um processo de cuidado pra essa criança e adolescente. Então a gente trabalha muito nessa perspectiva de ficar circulando com os profissionais e a gente acaba tendo uma percepção diferente, essas percepções diferentes fazem parte do processo de construção (TO1).

...é muito essa coisa do transdisciplinar, que a gente discute tanto e acha que é de outro mundo, eu vou experimentando bem na prática, porque eu vou perdendo completamente minhas fronteiras, assim, e a gente vai realmente habitando outros fazeres (TO8).

Almeida Filho (2005) em seu artigo sobre transdisciplinaridade e complexidade, traz os conceitos das modalidades de trabalho em equipe:

- **Multidisciplinaridade:** conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma questão, problema ou assunto sem que os profissionais implicados estabeleçam relação entre si.
- **Interdisciplinaridade:** uma questão em comum entre disciplinas conexas cujas relações são definidas a partir de um nível hierárquico exercido por uma delas, que geralmente tem maior proximidade com a temática comum e,

portanto, não atua apenas como integradora e mediadora, mas como coordenadora do campo disciplinar.

- **Transdisciplinaridade:** é a integração das disciplinas de campo particular sobre a base de uma questão compartilhada. Apresenta níveis e objetivos diversificados e a coordenação é assegurada pela referência de um objetivo comum, com tendência à horizontalização das relações de poder.

Conforme ilustrado nos relatos anteriores, há um esforço das equipes dos equipamentos participantes em trabalhar na modalidade transdisciplinar, onde cada profissional, de cada especialidade, contribui com seus conhecimentos a fim de atingir o mesmo objetivo.

Uma das formas de organização destas equipes multiprofissionais é a divisão em mini-equipes responsáveis por uma região do território de abrangência dos serviços. Essa divisão, já descrita anteriormente pelos gestores participantes deste estudo, apareceu nos relatos dos profissionais que trabalham nos Equipamentos 1, 2 e 3, tendo o Equipamento 4 uma formatação diferente, não por região, mas por cargo: os profissionais contratados como educadores terapêuticos exercem uma função mais voltada à abordagem de rua e acompanhamento terapêutico e os outros profissionais mantêm suas atividades dentro do equipamento. Entende-se por acompanhamento terapêutico aqui e nos exemplos dos outros equipamentos participantes, como a ação de um profissional que, devido necessidades ou desejo de um usuário do serviço ou acordos com equipe/chefia, acompanha o usuário em algum local ou atividade específica fora da unidade.

A municipalização dos serviços de saúde trazida pelo SUS (BRASIL, 1990a, 1990b) como diretriz operacional do novo sistema de saúde trouxe um novo desenho organizacional: a noção de território e a necessidade de se delimitar, para cada sistema local de saúde, uma base territorial de abrangência populacional, na perspectiva de se implantar novas práticas em saúde capazes de responder com resolutividade — equidade e integralidade de ações — às necessidades e aos problemas de saúde de cada área delimitada.

O conceito exposto por Gondin et al. (2008) define território como um espaço, porém singularizado e apresenta como características: limites que podem ser político-administrativo ou de ação de um determinado grupo de atores sociais; internamente

é relativamente homogêneo, com uma identidade que vai depender da história de sua construção, e é portador de poder – nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação tanto do Estado, das agências e de seus cidadãos. Daí sua importância estratégica para as políticas públicas na consolidação de ações para o enfrentamento de problemas e necessidade da população que o habita e o produz socialmente.

As mini-equipes se configuram, portanto, em formas organizacionais de uma equipe que se divide em grupos de profissionais que ficam responsáveis por uma parte do território também subdividido. Esta forma de organização permite que cada mini-equipe tenha um maior contato e aproximação com a sua região, conhecendo mais profundamente suas características, necessidades e demandas específicas. Os pontos positivos de se relacionar com o território dessa forma é a organização das informações e a facilidade no contato com outros equipamentos para articulação de rede. Deve-se, no entanto, cuidar para que a equipe não se distancie da noção do território como um todo.

Por meio dos relatos dos profissionais, foi possível compreender que as mini-equipes são responsáveis pelo matriciamento, um dos temas mais apontados pelos profissionais durante as entrevistas. O matriciamento é realizado por alguns profissionais que se revezam dentro da mini-equipe para reunir-se principalmente com as UBS's de sua região. Além das reuniões do matriciamento, os profissionais referem ainda reuniões externas, como em instituições ou serviços para discutir algum caso em específico e reuniões internas, tanto das mini-equipes como gerais conforme relato a seguir.

Reuniões aqui dentro mesmo, a gente tem reunião todos os dias e um dia da semana a gente tem uma reunião estendida de 3 horas, além disso tem reunião de mini-equipe, é muito... são sei lá... 8 horas por semana só de reuniões internas, depois tem reuniões com a rede, matriciamento, matriciamento a gente discute bastante a questão da saúde mental na infância, a questão do uso de substância no matriciamento (TO4).

De acordo com o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (CHIAVERINI, 2011), matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como o suporte técnico-

pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população.

Cabe lembrar que, apesar do Equipamento 4 não realizar especificamente a atividade de matriciamento e não apresentar a mesma divisão de mini-equipe apontada nos Equipamentos 1, 2 e 3, o Equipamento 4 participa das articulações de rede junto aos outros 3 equipamentos e suas mini-equipes, já que é o único de sua modalidade no território.

As reuniões externas foram nomeadas por alguns profissionais como reuniões intersetoriais, quando são realizadas com outros setores como Assistência e Educação, dependendo do caso a ser discutido ou ação em rede que estiver sendo planejada em conjunto. Outros profissionais nomearam também como visita institucional, realizadas principalmente para acompanhamento ou discussão de algum caso específico.

A intersectorialidade tem sido bastante debatida tanto no meio acadêmico como em diferentes áreas das políticas públicas. Segundo Laport e Junqueira (2015), a intersectorialidade surgiu como uma nova alternativa de se fazer política pública, uma forma de governar de acordo com uma abordagem integral de um objeto em comum de intervenção, contrapondo-se à lógica do trabalho setorial. Especificamente na questão das políticas voltadas aos usuários de SPA os autores pontuam a necessidade de estudos focando estratégias que busquem a integralidade das ações, como a intersectorialidade, na busca por melhores respostas aos desafios trazidos pela complexidade da atenção e cuidado à essa população.

Por meio dos relatos dos profissionais foi possível constatar que no território em que se deu a pesquisa as ações intersetoriais acontecem, sendo exercidas principalmente no nível técnico, nas relações que se estabelecem entre profissionais dos diferentes setores, buscando garantir a integralidade do cuidado dos usuários atendidos conforme o relato a seguir.

Em geral, quando são meninos conhecidos pela rede e estão frequentando mais aqui nos fóruns que a gente já tem de reuniões periódicas a gente vai atualizando um pouco, trocando, contando como eles estão, ouvindo um pouco o que os outros serviços também tem, porque os meninos vão circulando, então essas reuniões que a gente já tem a gente acaba

conversando sobre. Então participam: Atenção Básica, UBS, Consultório na Rua, tanto Vale do Anhangabaú quanto lá na Luz, então tem uma equipe que é mais aqui, mais República, Sé e uma que é mais na Luz e aí tem sempre UBS e Consultório na Rua e os serviços todos da Assistência, então o SEAS, o SASF, todos os projetos que atendem os meninos aqui, então Quixote, Travessia, lá na região da Luz tem um pessoal da Secretaria de Esporte que também tem umas atividades lá, então a gente tem reunião com o pessoal do Esporte, da Cultura para pensar em projetos compartilhados, pessoal do SESC também, lá do SESC Bom Retiro, com a equipe do De Braços Abertos, com a equipe do Recomeço, todo mundo que está na rua a gente... e meninos que não são considerados tão do Centro assim, tem meninos que também são usuários a gente aciona os serviços do território e outros adolescentes usuários de substâncias que vivem com a família aqui no Centro, são os mesmos serviços geralmente. A UBS conhece, de lá a escola tem alguma queixa, mas a maioria já não está tão na escola assim há algum tempo ou se ainda está, tem alguma conexão com a escola a gente tenta se aproximar da escola, alguns raros casos de adolescentes, Conselho Tutelar, a maioria dos casos que a gente precisa discutir com o Conselho Tutelar são de crianças em outras situações, usuáries de substâncias são menos, às vezes quando a família é usuária de substância a gente precisa acionar mais o Conselho né? O que mais de rede...? Pensando em situações muito extremas, muito de situação de crise em que o leito não dá conta, às vezes a gente precisa acionar uma avaliação no Hospital Geral, às vezes a gente precisa acionar o AMA no caso de uma desintoxicação, nos casos mais graves mesmo que a gente vai observando... não posso falar dependência porque são adolescentes, mas o que a gente vai observando um uso mais prejudicial, assim, a gente aciona mais a coisa clínica, AMA, leito em hospital geral...(TO4)

Algumas dificuldades foram apontadas neste processo e serão descritas nas categoria sobre redes e sobre as dificuldades encontradas pelos profissionais.

Além das visitas institucionais, as visitas domiciliares foram relatadas por todos os profissionais, porém pontuando que são raras devido a maior parte da população atendida estar em situação de rua. Alguns profissionais relataram que a maioria das visitas domiciliares que acontecem são realizadas juntamente com profissionais das UBS, principalmente com ACS's, em casos em que há dúvidas com relação à alguma questão de saúde mental ou quando, mesmo atendendo aos critérios de inclusão de outro equipamento, não conseguem vinculá-lo ao serviço. Nesses casos, os equipamentos em suas reuniões de matriciamento dão suporte para o acompanhamento pela equipe da UBS. Os relatos a seguir ilustram a prática das visitas domiciliares.

...ajudar a cuidar um pouco do território, tem muita ocupação, então muitas vezes a gente entra junto com os ACS's... que tem muita questão de uso de droga...(TO10)

Visitas domiciliares, raras, poucas, a maioria dos meus casos não são casos que demandam visitas domiciliares, [...] mas são poucas visitas que

eu faço mesmo e quando faço é junto com a UBS ou com a APD pra pensar em uma coisa que seja mais com a Atenção Básica (TO4).

A visita domiciliar conjunta foi apontada por Chiaverini (2011) como parte do arsenal terapêutico dos serviços de saúde de base territorial, sendo importante que os CAPS e equipes de saúde da família realizem, com regularidade, visitas domiciliares a usuários que, por diferentes razões não podem ser atendidos na unidade. A autora pontua que o foco das equipes de saúde mental difere das equipes de saúde da família, sendo a primeira mais voltada aos pacientes com transtornos mentais graves e a segunda atende uma vasta gama de situações. Os relatos dos profissionais entrevistados sobre a forma de realização das visitas domiciliares mostram que efetivamente há uma prática territorial com articulação da rede de atenção básica conforme recomendado.

Além das visitas domiciliares, outra ação realizada em rede é a abordagem de rua. Segundo relatos dos profissionais, as abordagens de rua podem acontecer de forma previamente programada, em conjunto com outros serviços ou no encontro com profissionais de outros equipamentos no território, que acontece principalmente na região da Cracolândia por ser foco de muitas intervenções.

As abordagens de rua têm como objetivos aproximar os equipamentos do território e da população, facilitar o acesso aos serviços oferecidos, em alguns momentos tem a intenção de mobilizar para um tratamento ou traz estratégias de Redução de Danos conforme os relatos a seguir.

A gente faz também as atividades [...], abordagens de rua, atividades junto com a rede que atende a população em situação de rua aqui do Centro, nessa abordagem acaba acontecendo também abordagem junto com adultos que acaba sendo a maioria da população, a gente acaba fazendo isso junto com outros serviços, então acaba não sendo específico só da infância (TO4).

Então a gente fica ali no fluxo, a gente propõe alguma atividade, várias vezes a gente já fez atividade com bola e eles vão vindo, vão chegando, vão conversando, a gente vai conhecendo eles e aí a gente vai propondo pra eles virem pra cá, a gente traz eles pra conhecer, fazer acolhimento (TO9).

A gente levava brincadeira mesmo de criança, levava giz, materiais gráficos, pular corda, bilboquê, essas coisas toda e até os adultos entravam na brincadeira, era muito legal! [...] Porque a gente acha que não só da criança mas da criança no adulto, né? Aquele cara que tem vinte anos, mas que

creceu ali inclusive e a infância foi um pouco roubada, então que via uma bola de futebol, bolinha de sabão e ficava pirado naquilo. [...] E fazem algumas atividades de redução de danos, porque a gente entende assim, futebol como redução de danos, porque o cara vai parar... [...] aí as pessoas paravam de usar para brincar. [...] Mas é isso, a ideia é que eles parassem de fazer aquilo para brincar. Para fazer outra coisa e nisso tiramos os adolescentes e tal (TO10).

A atividade multiprofissional *in loco* requer a realização de procedimentos que não demandem maior privacidade. Sendo possível, nesse contexto, ações como entrevista inicial para anamnese, orientação e promoção de saúde, atendimentos/avaliações clínicas não invasivas, atendimento em conjunto com os profissionais da equipe, com as equipes das UBS e com os NASFs. Vale ressaltar que essas atividades possibilitam o cuidado à saúde e maior integração com os usuários, a construção de vínculos que estimulem a autonomia e a autoestima, favorecendo a abordagem específica e discussões de temas de interesse comum ao grupo e viabilizando, também, a busca de alternativas para as problemáticas vivenciadas no contexto da rua (BRASIL, 2012d). Esta referência diz respeito à atuação da equipe profissional dos Consultórios na Rua, contudo, diante das características e do funcionamento dos equipamentos deste território e suas equipes, os objetivos desta ação se aproximam.

Conforme já apontado pelos gestores, os usuários podem dar entrada nos serviços de diferentes maneiras: abordagens de rua, matriciamento, demanda espontânea, indicação de outros usuários que frequentam ou frequentaram o serviço, ou encaminhamento de outros equipamentos. Os profissionais referem receber encaminhamentos principalmente das UBS's, Assistência Social e Assistência Médica Ambulatorial (AMA), conforme relato a seguir.

...as crianças e adolescentes que chegam aqui pela primeira vez em geral são encaminhadas de algum serviço, na maioria das vezes da Assistência Social ou pela AMA, pela UBS, alguns são encaminhados por outros usuários, que fazem os encaminhamentos mais legais, mais bonitos, vem acompanhando e o boca a boca entre os próprios meninos assim é bem legal e aí eles chegam e passam pelo acolhimento assim como todos os outros (TO4).

Pontuadas as diferentes possibilidades e caminhos até a chegada aos equipamentos, o acolhimento faz parte do processo de entrada do usuário no serviço e tem como objetivos, colher mais informações a respeito do caso, sua

história, seu desenvolvimento, demandas, dinâmica familiar, entre outras questões que forem pertinentes de acordo com o caso. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SÃO PAULO, 2002a) acolher significa, entre outras coisas, "dar crédito a; dar ouvidos a; tomar em consideração". Em última análise, tomando-se o sistema de saúde como pano de fundo, o Acolhimento pode significar a facilitação do acesso da população aos serviços de saúde e também o oferecimento de assistência adequada.

O acolhimento também foi pontuado pelos profissionais como início do processo de avaliação, onde será identificada a necessidade de acompanhamento pelo serviço. Alguns profissionais relataram que os acolhimentos não acontecem somente com novos usuários, mas é realizado também com aqueles que já eram usuários do serviço e, por diferentes razões, estavam ausentes e retornam após longo período. Os relatos a seguir ilustram os aspectos pontuados sobre acolhimento:

...tentar acolher um pouco essa família, me sensibilizar com essa questão, de como foi o desenvolvimento dessa família, então de como é a rotina, dinâmica dessa família, porque às vezes a dinâmica contribui pra ficar mais desorientada ainda e no acolhimento a gente vai buscando todas essas informações de gravidez, de como foi o desenvolvimento neuropsicomotor da criança na primeira infância que é até os 5 anos, desenvolvimento escolar, então a gente vai buscando tudo isso, como profissional terapeuta ocupacional a gente também vai dentro dessa perspectiva e a gente acaba esclarecendo tanto esse indivíduo na família como funciona nosso processo de cuidado e a partir daí a gente tenta elaborar junto um plano terapêutico (TO1).

Primeiro tem o acolhimento, que é um atendimento individual, daí ele pode ser atendido por 1 ou 2 profissionais que é mais pra pegar um pouco... entender a demanda, se cabe dentro desse equipamento mesmo, já que algumas vezes é possível fazer o acompanhamento de álcool e drogas dentro da UBS, entender se cabe dentro desse equipamento e entender um pouco da história de vida desse paciente, esse é um primeiro instrumento que a gente utiliza (TO3).

eles chegam e passam pelo acolhimento [...], a gente vai colher um pouco da história de vida, entender, sem grandes pressões, porque a gente sabe que em geral esses usuários estão com mais medo, mais inseguros, mais receosos, então sem grandes pressões de super contar a história de vida naquele momento, um acolhimento bem cuidadoso para explicar como o [equipamento] funciona, com o que eles podem contar aqui, oferecer um cuidado mesmo pra ver qual é a demanda (TO4).

...acolhimento, mas não necessariamente são acolhimentos novos, é gente que está regressando, ou são acolhimentos de qualquer pessoa que não esteja bem aquele dia, ou precise de alguma coisa, então é bem amplo e tem que estar disponível para, né? (TO5)

A Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS existe desde 2003 e foi criada com o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão. Como uma de suas diretrizes, conceitos norteadores, define acolhimento como:

O acolhimento é uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional / usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2006b, p.24)

O mesmo documento define em seu glossário Acolhimento como:

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2006b, p.10)

Comparando os conceitos apontados pela PNH com o relato da prática dos acolhimentos nos equipamentos, pode-se dizer que os Equipamentos 1, 2 e 3, por estarem ligados à área da saúde, seguem as recomendações propostas. Apesar do Equipamento 4 não pertencer à esta área, as propostas de acolhimento são bastante próximas.

Realizado o acolhimento e a avaliação da equipe favorável à admissão do usuário no serviço, inicia-se o processo de elaboração/construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é uma forma de organizar os processos de trabalho nos serviços de saúde, um plano de ação voltado ao futuro de alguém, que cuida do sofrimento que precisa ser curado ou minimizado. Seria um plano de ação com propostas para lidar com os problemas de hoje, mas pensando num futuro melhor, adequado a cada pessoa e feito junto com a pessoa (BÜCHELE; DIMENSTEIN, 2014). A questão do vínculo no processo de elaboração do PTS foi trazida por alguns profissionais, sendo possível pensar em planos de ação não somente

relacionado ao tratamento dentro do serviço, mas em outros aspectos da vida, conforme os relatos a seguir.

A gente vai se aproximando do menino e aí o menino chegou, vamos dizer que é um menino que eu me vinculo mais e eu que vou atender ele, pensar algumas coisas pro caso, quando você está mais vinculado consegue ter um Projeto Terapêutico pra esse caso. Quando o menino chega né? Não tem muito fechado, mas é sempre o acolhimento, aí se você vincula mais com o menino aí faz o atendimento (TO7).

...discussão de caso, pra montar projeto, projeto de vida, não só dentro do [equipamento], pensar nas atividades que eles vão participar aqui, se vai retomar contato com a família, se não vai, se vai trabalhar, se não vai, tudo isso envolve um projeto terapêutico, questão de avaliação clínica, medicação, aí entra todos os cuidados em saúde (TO5).

...individualmente eu também atendo os pacientes dos quais eu sou referência na ideia de construir PTS, de fazer a avaliação dos projetos, enfim...(TO11)

Segundo os profissionais, acompanhar e reavaliar o PTS faz parte de suas atividades, ação essa desenvolvida principalmente pelo profissional / técnico / terapeuta de referência com a participação ativa do usuário e/ou seu responsável durante o atendimento individual de referência. O Terapeuta de Referência (TR) terá sob sua responsabilidade monitorar, junto com o usuário, o seu projeto terapêutico (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe (BRASIL, 2004a).

Sobre PTS a PNH também traz contribuições a respeito de como deve ser elaborado, explicando que o PTS tem 4 momentos (BRASIL, 2006b):

1- O Diagnóstico: *que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, como também o trabalho, a cultura, a família. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele.*

2- Definição de metas: *uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.*

3- Divisão de responsabilidades: *é importante definir as tarefas de cada um com clareza.*

4- Reavaliação: *momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.*

As atividades ofertadas no PTS e realizadas pelos profissionais diferem de equipamento para equipamento, dependendo da população atendida (idade, características, demandas) e das habilidades e conhecimentos técnicos de cada profissional. De maneira geral incluem: grupos e oficinas que trabalham de diferentes formas, utilizando uma variedade de linguagens, atendimentos individuais, acompanhamento terapêutico e convivência. Nos 4 equipamentos participantes os atendimentos em grupo apareceram como prioridade e os atendimentos individuais específicos, por especialidade, mais difíceis de acontecer segundo relato dos profissionais, mas podendo ser realizados pontualmente se a equipe entender que existe essa demanda. Os relatos a seguir ilustram alguns aspectos dos atendimentos individuais realizados pelos profissionais.

Tem os atendimentos individuais, que são poucos, a gente tenta evitar fazer aqui, a gente tenta priorizar as outras ações. [...] Os grupos são prioridades no serviço. Tem as atividades na convivência, que são feitas por toda a equipe (TO4).

Bom, eu faço atendimentos individuais quando eu estou no plantão, [...] A pessoa tem um plano terapêutico, já tem uma referência, já tem um plano de tratamento construído mas precisa de um atendimento emergencial, aí passa no plantão. [...] também faço atendimentos específicos de TO, quando eu foco em algum ponto com aquele paciente e trabalho aquela questão. Aí esses pacientes de atendimento de TO eu faço principalmente com pacientes que eu não sou referência, mas às vezes acontece de fazer um atendimento focado num ponto com pacientes que eu sou referência, mas principalmente de referências outras (TO11).

Os atendimentos individuais estão previstos pela Portaria 336/2002 (BRASIL, 2002) como uma das possibilidades de assistência nos CAPS, mas pelo distanciamento da lógica setorial e especializada outras modalidades são prioridades.

Conforme descrito no relato anterior, alguns atendimentos tanto em grupo quanto individuais acontecem a partir das demandas da convivência/ambiência. A convivência também está dentre as atividades realizadas pelos profissionais. O relato a seguir traz algumas considerações sobre a ambiência/convivência.

Aqui [...] uma grande parte da nossa carga horária é ficar em convivência, que é isso... [...] Acho que na convivência o que a gente mais tem de questões, assim, tanto de investimento nosso mesmo, porque ora a gente faz oficina aberta, a gente tem oficinas fechadas aqui também, mas a gente faz oficina aberta, roda de conversa, sei lá, às vezes atendimento individual porque acontece algum conflito, alguma questão e a pessoa... [...] mas pra abordar alguma questão a gente conversa (TO10).

Convivência ou Ambiência refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. O conceito de ambiência segue primordialmente três eixos (BRASIL, 2006b, 2007a):

- 1) Espaço que visa à **confortabilidade** focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia...–, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários;
- 2) Espaço que possibilita a **produção de subjetividades** – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho;
- 3) Espaço usado como ferramenta **facilitadora** do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

É importante ressaltar que esses três eixos devem estar sempre juntos na composição de uma ambiência, sendo esta subdivisão apenas didática.

Conforme o relato anterior, os atendimentos em grupos podem acontecer tanto na convivência, de maneira mais aberta, surgindo no momento do encontro das pessoas no espaço da ambiência, como podem fazer parte de uma grade de atividades pré-programadas, podendo ainda ser fechadas ou abertas.

Fernandes (2014) em sua dissertação de mestrado buscou conhecer o cotidiano de adolescentes em sofrimento psíquico intenso inseridos em um CAPSi e trouxe contribuições interessantes a respeito da convivência. Refere que a convivência é um espaço importante tanto para o serviço quanto para o paciente e sua família, pois potencializa o trabalho dos profissionais, oferecendo acolhimento, produção de subjetividades e escuta aos usuários e familiares.

Os 4 equipamentos participantes da pesquisa oferecem uma variedade de grupos e oficinas: expressivos, verbais, corporais, de esporte, música, geração de renda, entre outros. Os relatos a seguir ilustram alguns dos grupos oferecidos pelos profissionais participantes desta pesquisa.

Fora isso eu faço atendimentos de grupo, tem um grupo terapêutico [...] é um grupo expressivo, que trabalha vários tipos de linguagem, corporal, plástica, poética... (TO11)

A gente fazia muito grupo de autocuidado com eles, a gente fazia um grupo de sexualidade, a gente fazia bastante coisa com esporte, bastante coisas lúdicas mesmo, inserção no mercado de trabalho...(TO9)

Por grupo entende-se um conjunto de pessoas em relação uma com as outras (BALLARIN, 2003). Dentro dos referenciais da terapia ocupacional sobre grupos, Benetton (2006) descreve dois tipos de dinâmica relacionadas ao grupo: grupo de atividades, onde cada integrante realiza a sua atividade e mantém com o terapeuta uma relação individual; e atividade grupal, onde os integrantes do grupo realizam uma mesma atividade de modo que o terapeuta pode manter a relação de conjunto com o grupo.

Maximino (1997) em sua tese de doutorado realizou uma revisão bibliográfica sobre grupos e terapia ocupacional e fundamentou-se nos conceitos de espaço potencial e caixa de ressonância. Enquanto espaço potencial, o grupo de atividades deve propiciar um ambiente confiável para que o paciente arrisque estabelecer relações, sendo estimulado à experimentação. Enquanto caixa de ressonância, o grupo pode funcionar ampliando as possibilidades de intervenção, já que as intervenções dirigidas a um paciente podem atingir o grupo como um todo.

As atividades realizadas nos grupos ou oficinas podem ser definidas pelo interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania (BRASIL, 2004a). Apesar destas argumentações se referirem ao contexto da saúde, mais especificamente aos CAPS, as definições e forma de elaboração das atividades se aplicam a todos os equipamentos participantes.

Outra modalidade de atendimento que apareceu no relato dos profissionais como uma das atividades exercidas dentro de sua rotina no serviço foi o acompanhamento terapêutico (AT). Os relatos a seguir ilustram a prática de AT realizada pelos profissionais.

às vezes precisa de acompanhamento, precisa de um AT, aí a gente discute, então tem também esses horários de atendimento na agenda (TO5)

Eu acho que assim, tudo, você também vira como referência de repente AT, a gente faz AT, então acompanha em atividades no SESC, [...] circula bastante, articula com o pessoal que está na convivência, as crianças e adolescente e vamos lá, fazemos atividade e voltamos, agora tem o SESC Verão, SESC Férias, então a gente vai ali na frente do Poupatempo fazer atividade, volta, a gente faz de tudo..(TO8)

Fora isso, tem alguns casos que a gente nota, principalmente caso de comprometimento cognitivo, que precisa de acompanhamento, que precisa de um AT, aí a gente discute, então também tem esses horários de atendimento na agenda (TO5).

A partir do relato dos profissionais, foi possível compreender que AT se configura em uma modalidade de atendimento que se caracteriza pela prática de saídas pela cidade, ou estar ao lado da pessoa em dificuldades psicossociais ou que, por outros motivos, necessita ou deseja um acompanhante, com o objetivo de promover ou facilitar a inserção social e a circulação por outros espaços para além do espaço de atendimento. Cada saída é discutida e realizada a partir da singularidade de cada caso e/ou situação.

O atendimento familiar também foi uma das atividades citadas e exercidas pelos profissionais entrevistados. A aproximação com a família apareceu no discurso dos profissionais como fazendo parte do processo de cuidado de crianças e adolescentes, auxiliando na organização, vinculação em outros serviços, porém, pontuam que algumas vezes a aproximação com a família é difícil, pelo fato da família residir em outras regiões ou pela complexidade do atendimento, necessitando de mais profissionais para realizá-lo conforme relatos a seguir.

...a gente está fazendo um trabalho de se aproximar da família e ir nas ocupações, conhecer essas famílias pra poder ver quem está na escola, quem não está, chamar... ativar no CREAS o acompanhamento da família (TO7).

... porque raras vezes ele de fato tem a família aqui no Centro (TO4).

Agora, no atendimento familiar, por exemplo, não dá, assim, eu gosto muito de fazer com outro profissional, de qualquer categoria, mais por causa dessa composição do olhar dessa troca, de eu estar vendo uma coisa e ele estar vendo outra ou pra mim às vezes está demais e ele pega mais pra ele, depois pego pra mim, a gente vai fazendo uma mudança improvisada (TO8).

A família é responsável pela socialização primária de seus membros, promovendo o suporte emocional desde o nascimento, ajudando a construir suas identidades e vínculos relacionais. Espera-se que a família promova um ambiente que possibilite uma melhor qualidade de vida para seus membros e inclusão social no contexto sociocomunitário em que se encontram (SCHENKER; CAVALCANTE, 2015). A depender do contexto familiar e de sua dinâmica, a família pode ser considerada um fator de risco ou de proteção para crianças e adolescentes. Como fator de risco podemos citar famílias caracterizadas pelo abandono, negligência, violência, uso de drogas por familiares. Como fator de proteção podemos citar famílias com vínculos e interações saudáveis para o desenvolvimento pleno das potencialidades das crianças e adolescentes (GOMES, 2002; ZAVASCHI, 2009; SCHENKER; CAVALCANTE, 2015).

Fernandes (2014), em sua pesquisa sobre o cotidiano de adolescentes inseridos em CAPSi, questiona adolescentes a respeito das relações familiares. Os resultados revelaram que ao mesmo tempo em que os adolescentes relatam aspectos positivos da família e das relações, também apontam muitos conflitos, violência, fragmentações que envolvem toda a família. Este estudo revela ainda que, ao serem questionados sobre sua rede de suporte social, os adolescentes pouco citaram a família.

Ao trabalhar com a atenção e cuidado a crianças e adolescentes é de extrema importância, sempre que possível, aproximar a família do serviço e realizar intervenções de orientação, acolhimento, escuta, cuidado e estímulo ao fortalecimento dos vínculos familiares. Porém, os resultados encontrados neste estudo, apontados no item O Contexto de Vida (4.2.1), mostram as dificuldades relacionadas ao contexto e rupturas familiares que marcam a população de crianças e adolescentes usuários de SPA, se tornando difícil a aproximação.

O conjunto de ações citados até o momento, desde acolhimento, avaliação até acompanhamento terapêutico e atendimento familiar, é discutido em equipe. A discussão de casos tanto nas reuniões internas quanto nas externas apareceu como estratégia no manejo dos casos. O trabalho em rede, o cuidado compartilhado, a

aproximação do serviço no território também apareceram como estratégias de cuidado, como ilustram os relatos a seguir.

Tentar trabalhar em equipe e compartilhar o cuidado desse usuário com o serviço (TO2).

Então, o trabalho é todo feito em rede, a gente não faz nada sozinho. A gente tenta colocar o equipamento o mais próximo do território possível (TO4).

Olha, dificuldades acho que todos nós enfrentamos, mas eu acho que o que facilita é a formação, né, o trabalho em equipe, é você se perceber não sozinha naquela ação, naquelas situações do atendimento em si, ou de uma questão situacional, aí de crise, de manejo. Eu acho que é isso, é você se sentir parte de um todo, eu acho que é isso que integra. E as discussões dos casos, eu acho que isso é super importante, os plantões, nunca você tá sozinho, mesmo quando você atende, você tem alguma dúvida, você tem a disponibilidade de discutir o caso, de ver outro olhar pra aquela situação, porque às vezes, fica contaminado com tantas outras coisas, né? Essa troca que você tem com o profissional, isso acaba minimizando um pouco as dificuldades que a gente sempre vai se deparar, cada caso, cada situação. Pode ser nova, não necessariamente você possa ter o manejo, mas aí não são as pessoas que estão nas mesmas situações (TO6).

Levando em consideração os conceitos já citados de intersectorialidade e de diferentes modalidades de trabalho em equipe, os relatos ilustram a prática do trabalho em equipe, articulação de rede e cuidado compartilhado, evidenciando as ferramentas potentes para lidar com as dificuldades enfrentadas no cotidiano dos serviços. A articulação de rede, inclusive da rede intersectorial, já integra as políticas tanto do SUS quanto do SUAS (BRASIL, 2004b, 2006b, 2009, 2010a, 2010c).

As discussões e compartilhamento dos casos entre os integrantes da equipe ou entre os equipamentos da rede buscam a integralidade do cuidado e a ampliação de subsídios técnico-metodológicos para que os objetivos dos serviços e do usuário sejam atingidos. Entre os objetivos citados pelos profissionais direcionados às crianças e adolescentes usuários de SPA estão: promover qualidade de vida; pensar em projetos de vida, não apenas projetos terapêuticos; promover um cuidado diferenciado, evitando a internação, como ilustram os relatos a seguir.

...além de discutir com a rede o tempo inteiro, a gente trabalha bastante com a rede aqui do Centro, de Saúde, Educação, Cultura, Assistência Social, todos os projetos compõem bastante com a gente, tem reuniões periódicas, abordagens conjuntas, então quando a gente está na abordagem de rua a gente faz abordagens junto com a UBS, abordagem

junto com o Consultório (de Rua), abordagem junto com o Quixote, a gente faz tudo bem junto e até de outros territórios também (TO4).

a gente discute alguns casos na rede, alguns casos a gente acompanha junto, a gente tem uma parceria bem legal [...], então tem vezes que a gente atende junto, discute aquele caso [...] fazer umas visitas, trocar bastante informação dos casos, pensar junto, principalmente com o [nome do equipamento] isso rola bastante (TO5).

A base do funcionamento de uma rede é o processo de comunicação, sendo tecida pelo compartilhamento de interpretações e sentidos e da realização de ações articuladas entre os parceiros. A rede pode integrar profissionais, usuários dos serviços, voluntários, membros da comunidade, enfim, todas as pessoas que compartilhem de um mesmo objetivo e desejem agir em conjunto para mudar situações e produzir bem-estar (SÃO PAULO, 2002a).

A próxima categoria abordará com mais detalhes as características e ações em rede realizadas pelos equipamentos participantes deste estudo.

4.2.3 A REDE DE ATENÇÃO E CUIDADO: ARTICULAÇÕES NO CENTRO DE SÃO PAULO

A região Centro, em 2010, contava com cerca de 431.000 habitantes, sendo 16,45 hab/km². No que diz respeito à área da Saúde, essa região conta com Zona Centro 4 AMA's (Assistência Médica Ambulatorial) sendo uma delas AMA Especialidades, 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 1 CAPS II, 1 CAPSij II e 2 CAPSad III, 8 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1 Hospital Municipal Infantil, 1 Pronto Socorro Municipal (SÃO PAULO, 2015). As 2 UA citadas não se encontram na lista de equipamentos, mas fazem parte da rede e estão integradas ao CAPSi.

Com relação à Assistência Social, os programas e serviços são organizados em dois níveis: proteção social básica e proteção social especial (CRAS E CREAS). A proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos. Neste nível temos os Centros para Crianças, Adolescentes e Jovens, que oferecem

espaço de estar e convívio, alimentação e trabalho socioeducativo, em período alternado ao da escola, para crianças, adolescentes e jovens entre 6 e 29 anos de idade. Por serem operados por meio de parcerias e convênios, cada parceiro pode fazer o recorte da população e faixa etária de acordo com a sua proposta.

O Equipamento 4 deste estudo se configura como uma dessas parcerias e funciona como Espaço de Convivência para Crianças e Adolescentes (ECCA) para crianças e adolescentes até 18 anos de idade, podendo estender dependendo do caso e decisão da equipe. Os outros equipamentos não participaram do estudo, contudo podem ter sido citados na identificação da rede pelos gestores e profissionais.

A proteção social especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. Apresentam como objetivos garantir proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência ou em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar ou comunitário. Neste nível temos o Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA), que é um abrigo, um serviço de proteção social especial de alta complexidade, previsto no Sistema Único de Assistência Social – SUAS, com a finalidade de oferecer acolhida a crianças e adolescentes com idade entre 0 e 17 anos, cujas famílias ou responsáveis encontram-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção. O abrigo funciona como moradia transitória. O Programa de Proteção às crianças e adolescentes ameaçados de morte - PPCAAM, instituído pelo decreto federal nº 6.231, de 11/10/2007 também é um programa especial de alta complexidade e tem por objetivo proteger crianças e adolescentes expostos a grave ameaça no território nacional, garantindo o sigilo. Os casos identificados são acompanhados pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

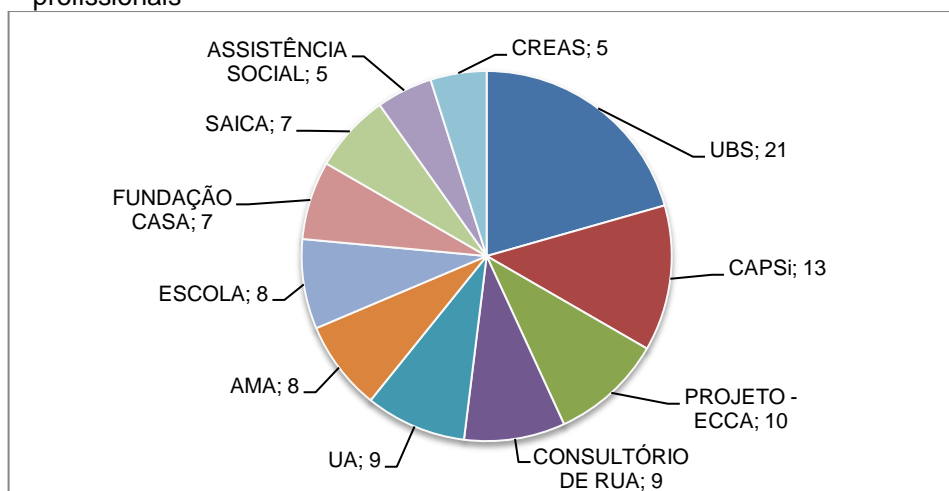
A região Centro, Subprefeitura Sé, conta com 1 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que se caracteriza como principal porta de entrada dos usuários à rede de proteção social do Sistema Único de Assistência Social – SUAS e executa serviços de proteção social básica, organiza e coordena a rede de serviços

socioassistenciais e locais da política de assistência social. A região conta também com 2 Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), sendo 1 deles CREAS POP, específico para população em situação de rua. O CREAS se configura em uma unidade pública onde se ofertam serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos nas diversas situações de violação de direitos na perspectiva de potencializar e fortalecer sua função protetiva. Conforme citado anteriormente, havia um SAICA na região, porém, o serviço foi fechado antes do início da pesquisa.

Apesar de toda a pluralidade conceitual que o termo *Rede* agrega, neste estudo optamos por nos referir à ele como *Rede de Atenção e Cuidado* na tentativa de não restringir o entendimento às questões e equipamentos/serviços relacionados à área da saúde. Durante as entrevistas o termo *Rede* ora foi referido pelos participantes como restrito à saúde ou à RAPS, ora de forma mais abrangente, incluindo equipamentos e serviços referentes à educação, assistência social, justiça, cultura e lazer. Ao adotarmos o termo *Rede de Atenção e Cuidado* neste estudo, foi possível identificar a rede conhecida, compreendida e utilizada pelos profissionais no que se refere à população de crianças e adolescentes usuários de SPA.

O Gráfico 1 ilustra os principais equipamentos citados pelos profissionais durante as entrevistas, sendo UBS, CAPS infantil e Projeto os mais lembrados quando se questiona sobre a rede de atenção e cuidado à crianças e adolescentes usuários de SPA no Centro de São Paulo.

Gráfico 1. Número de citações dos equipamentos da rede de atenção e cuidado à crianças usuárias de SPA durante as entrevistas com os profissionais



Todos os profissionais apontaram o CAPS infantil como central para a atenção e cuidado das questões relacionadas à saúde mental, sofrimento, vulnerabilidade e uso de SPA na infância e adolescência e um Projeto - ECCA desenvolvido por uma ONG como referência de outro espaço que é utilizado por esta população, mas que está mais relacionado aos aspectos de lazer.

a gente de fato percebe que o CAPS é um lugar, o CAPS infantil é o lugar sim de atender essa população, [...] aqui no Centro faz todo o sentido o CAPS infantil compor com a rede, porque o CAPS tem um lugar que é da Saúde, em geral todos os serviços que atendem essa população são da Assistência (TO4).

...tem muito trabalho que é compartilhado com outros... é um trabalho muito multiprofissional, então dá até para diferenciar os cuidados por equipamentos, assim, no CAPSi é mais a questão da saúde, tem o Projeto Quixote que é um espaço de convivência que é aberto, eles não precisam estar vinculados à nenhum tratamento, acompanhamento, eles não precisam nem estar num Centro de Acolhida, então eu acho que tem esses diferentes equipamentos que eles circulam (TO3).

Um estudo realizado por Hoffmann, Santos e Mota (2008) buscou caracterizar usuários e serviços prestados por CAPS Infanto-juvenil. Os dados utilizados para caracterização clínica e demográfica da clientela foram gerados pelas Autorizações de Pagamentos de Serviços de Alta Complexidade (APAC), sob gestão do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), Ministério da Saúde. Participaram deste estudo 7 serviços distribuídos em 3 regiões, sendo 4 na Sudeste, 2 na Sul e 1 na Região Centro-Oeste. Os autores apontaram que, com relação ao perfil diagnóstico, em torno de 78% dos diagnósticos concentram-se em 3 grupos da Classificação Internacional de Doenças 10ª edição (CID-10). Encontrou-se um percentual de 44,5% para o grupo de transtornos do comportamento e transtornos emocionais (F90-F98), seguido por 19,8% para transtornos neuróticos (F40-F49) e 14,2% para transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89). Chama a atenção neste estudo o fato de que nenhum dos CAPSi estudados registrou atendimento de pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas.

Outros equipamentos de saúde foram apontados pelos profissionais ao se referirem às reuniões de matriciamento. De acordo com as informações já fornecidas pelos gestores, os profissionais abordaram sobre a divisão da equipe em mini-equipes por território e as reuniões que acontecem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS),

principalmente, mas que contam com a participação de outros atores da rede como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Programa Acompanhante da Pessoa com Deficiência (APD) e Estratégia Saúde da Família (ESF), como mostram os relatos a seguir.

Como é dividido por território, tem UBS's que estão envolvidas nesse território, então se aproxima com as questões de matriciamento junto com essas UBS's, com Saúde da Família, com NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), com APD (Programa Acompanhante da Pessoa com Deficiência), então a gente tenta articular com todos esses instrumentos que estão envolvidos nesse processo de cuidado com o indivíduo (TO1).

A gente faz articulação com a UBS específica e ainda no matriciamento está envolvido o NASF, a Estratégia (Saúde da Família), a partir de alguns ACS's (Agentes Comunitários de Saúde) (TO8).

A RAPS (BRASIL, 2011b) é constituída por áreas de saúde, chamadas de Componentes da RAPS e os serviços de saúde vinculados a estes, chamados de Pontos de Atenção. A Unidade Básica de Saúde (UBS), com sua equipe de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) citados pelos profissionais pertencem ao componente da Atenção Básica. Já o APD é um programa municipal criado em 2010 pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo que visa assistir pessoas com deficiência intelectual em situação de fragilidade e vulnerabilidade social a fim de promover inclusão, evitando situações de abrigamento ou internação, incentivando sua autonomia, desde que respeitadas as limitações dos usuários.

Em casos mais específicos, como de uma crise, outros serviços podem ser requisitados, como AMA, Pronto Socorro, internação em hospital geral, em leito de hospitalidade em CAPS III, Unidade de Acolhimento (UA) ou, em caso de comorbidades psiquiátricas, CAISM (Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental), como exemplificado nos relatos a seguir.

Pensando em situações muito extremas, muito de situação "como de uma crise" em que o leito não dá conta, às vezes a gente precisa acionar uma avaliação no Hospital Geral, às vezes a gente precisa acionar o AMA no caso de uma desintoxicação, nos casos mais graves mesmo que a gente vai observando...[...] AMA Boraceia, PS Barra Funda, mas é bem difícil conseguir acessá-los. Tem alguns casos que tem comorbidades, alguns usuários de substâncias que também tem um funcionamento psicótico, alguma coisa assim, a gente encaminha pro CAISM na Vila Mariana, mas no geral são com comorbidades né? [...] aí a gente faz um acompanhamento às vezes com o CAPS adulto dependendo da idade e às

vezes tem situações que a gente precisa sim recorrer ao hospital, alguns dias pra observação, acertar a medicação, é isso... (TO4)

...a Unidade de Acolhimento [...] que é um braço do CAPS que também é importantíssimo, que proporciona um cuidado diferente naqueles casos de um menino que tem risco, vulnerabilidade muito grande, seja no contexto do território ou da realidade familiar, uma dinâmica muito complexa e que dificulta o nosso acompanhamento então a gente estimula essa aproximação com a Unidade de Acolhimento e a gente vai fazendo esse acompanhamento (TO1).

Dos equipamentos citados, ainda de acordo com a RAS, o Pronto Socorro e o hospital geral são pontos de atenção do componente de Urgência e Emergência; o CAPS pertence ao componente da Atenção Psicossocial; UA pertence ao componente da Atenção Residencial de Caráter Transitório; e o CAISM pertence ao componente de Atenção Hospitalar de Referência; a AMA é coordenada pela Secretaria Municipal de São Paulo.

Além dos equipamentos de saúde, outras articulações são realizadas com a Educação, Assistência Social, Esporte e Cultura. Por este estudo tratar sobre a infância e adolescência, a articulação com escolas foi uma das mais citadas, seja para discutir o comportamento do sujeito que frequenta os equipamentos e a escola, construindo juntos uma proposta de abordagem para essa criança ou adolescente, seja para aproximar a escola daqueles que não estão matriculados, conforme os relatos a seguir.

...a gente tenta construir com essa escola possibilidades de vinculação com a proposta de escola, entendeu? Então eu acho que é bem importante também (TO1).

...a escola tem alguma queixa, mas a maioria já não está tão na escola assim há algum tempo ou se ainda está, tem alguma conexão com a escola a gente tenta se aproximar da escola, alguns raros casos de adolescentes (TO4).

As escolas são ambientes privilegiados para o desenvolvimento de crianças e adolescentes e suas famílias tanto na promoção de fatores protetivos quanto na detecção de riscos e na redução de danos de agravos psicossociais. Por concentrarem a maior parte da população infantojuvenil brasileira, os estabelecimentos escolares agregam diversidades e singularidades, potencialidades e recursos significativos para a produção de saúde, a garantia da proteção integral e

o desenvolvimento de pessoas sob princípios de autonomia e emancipação (BRASIL, 2014).

A proximidade das equipes que constituem a rede de atenção e cuidado à crianças e adolescente com as suas famílias, escolas e outros espaços de convivência é um fator positivo para a formação de vínculos e a efetividade dos trabalhos que elas podem desenvolver para a população infantojuvenil no território (BRASIL, 2014). Esta articulação, realizada pelos profissionais entrevistados conforme exposto nos relatos anteriores busca subsídios para que o usuário possa reconstruir vínculos e retomar sua vida familiar, escolar e social.

Alguns equipamentos da Assistência Social também foram citados no compartilhamento de casos, como o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), Conselho Tutelar, o SEAS (Secretaria de Assistência Social), o SASF (Serviço de Assistência Social à Família), o CCA (Centro para Crianças e Adolescentes), como ilustram os relatos a seguir. O SAICA (Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes) também foi citado como equipamento que existia na rede, porém, este serviço foi fechado na região do Centro de São Paulo.

os serviços todos da Assistência, então o SEAS, o SASF, todos os projetos que atendem os meninos aqui, então Quixote, Travessia [...]. Conselho Tutelar, a maioria dos casos que a gente precisa discutir com o Conselho Tutelar são de crianças em outras situações, usuárias de substâncias são menos, às vezes quando a família é usuária de substância a gente precisa acionar mais o Conselho né? (TO4)

O serviço pra eles é o CCA, mas a maioria não está incluído em CCA, tem muitos que não estão nem na escola, então agora a gente está fazendo um trabalho de se aproximar da família e ir nas ocupações, conhecer essas famílias pra poder ver quem está na escola, quem não está, chamar... ativar no CREAS o acompanhamento da família, ir à escola, pedir vaga no CCA... (TO7).

Mais uma vez a intersectorialidade é colocada nos exemplos práticos descritos pelos profissionais. Para o cuidado integral de crianças e adolescente usuários de SPA, evidenciou-se uma busca por diferentes equipamentos de setores diversos. A construção da rede intersectorial é algo relativamente novo, em processo de construção, que se dá de formas diferentes de acordo com as demandas do território em específico. Para Laport e Junqueira (2015) o reflexo dessas mudanças na rede

de atenção aos usuários tem muito a contribuir para um atendimento em consonância com a integralidade do cuidado dos que dela necessitam. Essas ações favorecem o diálogo entre diversos atores políticos e sociais e possibilita o estabelecimento de um objeto de intervenção comum, que não a saúde, a educação, a segurança pública, ou a assistência social, o foco é no sujeito (e não na droga) e é ele em sua totalidade que reflete essa intervenção.

Outros serviços também foram citados, relacionando-se principalmente à rede disponível para lazer e cultura. A Secretaria de Esporte apareceu como um setor que oferece algumas atividades para a população de crianças e adolescentes do Centro de São Paulo, assim como os SESC (Serviço Social do Comércio) que oferecem algumas atividades gratuitas e opções pagas de cursos e atividades. O Projeto - ECCA foi bastante citado pelos profissionais entrevistados como um espaço de lazer e convivência que oferece atividades e oficinas. Outro projeto, voltado para a garantia de direitos de crianças e adolescentes em situação de rua também apareceu no relato de alguns profissionais. Os relatos a seguir ilustram essa rede.

tem um pessoal da Secretaria de Esporte que também tem umas atividades lá, então a gente tem reunião com o pessoal do Esporte, da Cultura para pensar em projetos compartilhados, pessoal do SESC também (TO4)

O Projeto Quixote que está ali na rua, na "Craco",[...] propõe atividades mais lúdicas com eles [...]. Tem também o SESC aqui, o clube, no Tietê...(TO9).

A clínica, nessa nova configuração, ampliada e intersetorial, voltada às questões de lazer e cultura, se faz no território da cidade e não está voltada para a remissão de sintomas, mas para a promoção de processos de vida e de criação.

Equipamentos relacionados à Justiça e Segurança foram identificados pelos profissionais como pertencentes à sua rede, pois, muitas vezes, crianças e adolescentes usuários de SPA chegam aos equipamentos encaminhados da Vara da Infância e Adolescência, da Fundação Casa, do Departamento de Execuções da Infância e Juventude (DEIJ) e das Medidas Socioeducativas (MSE), como ilustram os relatos a seguir.

...como eu tenho alguns meninos que eu acompanho na Fundação Casa às vezes eu também vou, então reunião na Fundação Casa, tenho ido bastante

[...] a gente tem essa aproximação com o DEIJ, também com a Defensoria...[...] Departamento da Infância e Juventude, onde acontece as audiências. A Defensoria da Infância e Adolescência e os MSE's, que são as Medidas Socioeducativas que eu também tenho uma aproximação bem legal com eles (TO1)

a gente atende muitos meninos da Fundação Casa, [...] e a maioria deles está lá por tráfico, roubo ou alguma coisa associada ao uso normalmente né? Chega aqui falando "Não, não uso, só na maconha, não atrapalha em nada na minha vida", mas acho que precisa falar disso porque é um número grande de pessoas que a gente atende mesmo, eu mesma tenho umas 3 referências que vão e voltam da Fundação Casa (TO4).

Os relatos acima chamam a atenção para uma realidade apontada pela literatura que é a relação entre drogas, violência e atos infracionais. Moura (2015) aponta que a situação de miséria social e desamparo político têm levado a novas estratégias de sobrevivência, se destacando a entrada no mundo do tráfico cada vez mais precoce. Crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade e exclusão tornam-se alvos de traficantes. A droga e a criminalidade podem se apresentar como oportunidade de experimentar a sensação de pertencimento e reconhecimento em um grupo.

Segundo Fernandes (2014), é importante destacar que a realidade dos relacionamentos e rede desses jovens é limitada e que o papel dos profissionais do campo como fonte de suporte social, às vezes única, pode ser compreendido de forma positiva ou de forma a revelar a intensidade da problemática, podendo, ambas serem compatíveis.

Identificados os principais serviços da rede de atenção e cuidado à crianças e adolescentes usuários de SPA do Centro de São Paulo, alguns profissionais relataram algumas características desta rede, aparecendo no discurso dos terapeutas ocupacionais ora como uma rede que é capaz de promover ações em conjunto, de forma integrada, priorizando as ações no território, como trazido pelos profissionais a organização de trabalhadores no PIVALE e PILUZ, ora aparecendo como uma rede fragilizada, com serviços precários e dificuldade de acesso, como ilustram os relatos a seguir.

é o PIVALE que é dos equipamentos que trabalham com as crianças do Vale (do Anhamgabaú), tem o PILUZ, que trabalha com as crianças da região da Luz [...] nessa mesma rede tem a organização do Matilha Cultural, que acontece uma vez por mês e é um cinema que a gente organiza também com a rede pra essas crianças... [...] O PIVALE a mesma coisa, o PILUZ também, pode ir todo mundo, não pela especificidade, todos os

funcionários podem fazer a ação. [...] no Matilha Cultural faz o cinema e depois tem uma atividade, cada vez é uma atividade relacionada ao filme (TO8)

Tem essa do Matilha, teve a Festa Junina dia 3 que foi organizada em rede, às vezes rola festa de dia das crianças, datas comemorativas a rede costuma se juntar pra fazer alguma coisa junto, Natal... enfim, já rolou também algumas vezes de juntar a rede pra fazer tipo, dia de futebol que já teve numa quadra do centro, a gente conseguiu juntar a galera pra ir todo mundo né? É, rolam umas ações assim em conjunto na prática (TO5).

a rede intersetorial ela é uma proposta muito bonita, mas ainda um pouco enfraquecida, ela é fragilizada [...] de se envolver no contexto do indivíduo e aqui a gente faz essa proposta bem legal e a gente tenta fortalecer o quanto é importante os outros setores também, né? Eu acho que é uma rede [...], a gente precisa e a gente fortalece, gosta de ouvir a participação desses outros setores (TO1).

o que eu percebi nesse serviço é que Assistência Social funciona muito diferente da Saúde. Então algumas questões ideológicas, não sei nem se é ideológica, mas as maneiras de funcionar... elas se batem mesmo né? Elas não se completam, elas são distintas, então eu acho que isso dificulta muito o trabalho (TO2).

Nos relatos acima, fica evidente que a rede é compreendida pelos profissionais como sendo um conjunto de instituições governamentais e não governamentais e programas que priorizam o atendimento integral à crianças e adolescentes usuários de SPA na realidade de seu território.

De acordo com os profissionais, independente das dificuldades encontradas na formação e articulação dessa rede, propostas e ações compartilhadas acontecem frequentemente com a população de crianças e adolescentes usuárias de SPA na região do centro de São Paulo, tendo a saúde mental um lugar importante na composição dessa rede, como destacado no relato a seguir.

...então poder ter um olhar da saúde mental é muito potente sim, porque tem casos muito graves, outros menos, mas que um olhar da saúde mental faz muita diferença em composição com a rede (TO4).

Por meio dos relatos apresentados é possível dizer que mais do que a existência, a quantidade e tipos de equipamentos existentes em um dado território, falar em rede é falar sobre a articulação e interação entre esses equipamentos, planejamentos de ações em conjunto, discussão de casos que circulam vários serviços no mesmo território.

4.2.4 O TERAPEUTA OCUPACIONAL NA REDE: AÇÕES, INTERVENÇÕES E TRABALHO EM EQUIPE

As atividades realizadas pela equipe multiprofissional, incluindo aqui os terapeutas ocupacionais, foram descritas de maneira geral na categoria 4.2.2 sobre os processos de trabalho e estão intrinsecamente relacionadas com a presente categoria. Abordaremos aqui algumas ações desenvolvidas pela terapia ocupacional que são comuns a todos os integrantes da equipe multiprofissional, porém, a partir da ótica deste profissional e trazendo algumas especificidades da Terapia Ocupacional na escolha do modo de realizar essas ações comuns, tanto nos espaços de seus equipamentos quanto em suas relações com o território e com a rede.

A articulação com a rede foi o tema mais citado no discurso dos profissionais entrevistados como uma das atividades mais presentes e importantes no cotidiano de seus serviços. As articulações são muitas e com diferentes equipamentos da Saúde, Assistência Social, Educação, Cultura, entre outros já citados na categoria anterior, evidenciando que o cuidado ultrapassa os limites físicos e institucionais. Foi possível identificar também que rede pode ser compreendida de forma ampliada, não apenas a partir da existência de equipamentos, mas podemos falar também sobre uma rede que é pessoal, pensada e construída para cada caso. Os relatos a seguir ilustram a questão da rede e sua articulação como ação dos profissionais.

A gente não funciona sem rede, porque a gente não é autosuficiente em nada, a gente é um pedaço (TO5).

...construir processos de cuidado, processos de autonomia, processos de olhar pra si, de conseguir conviver com os outros de outra maneira...[...] conseguirem de fato participar da vida, então eles passam a construir a rede deles, fortalecer a rede deles entre eles, com outras pessoas com outras questões, eu acho que a maior potencialidade é essa mistura mesmo,...] compor junto com a rede também, mas a principal potencialidade é a troca mesmo...(TO4)

O relato anterior vai de encontro ao que já foi citado anteriormente por Sluzki (1997) sobre a importância das redes e suas funções, auxiliando no acesso aos novos contatos.

Tentando estabelecer aqui aproximações do conceito de redes intersetoriais com a terapia ocupacional, pareceu adequado trazer as contribuições de Feriotti (2013), que traz a perspectiva da complexidade, na qual o processo terapêutico ocupacional busca estabelecer relações entre as diferentes disciplinas e saberes que constituem seu corpo de conhecimento, assim como as múltiplas relações entre o indivíduo e seu contexto, ampliando a visão integral e, conseqüentemente, afastando-se de abordagens fragmentadas e setoriais. Busca-se, portanto, uma perspectiva para além dos sintomas, doenças, disfunções ou incapacidades, mas sem negá-los, busca compreender como um determinado indivíduo, num determinado contexto, num determinado momento, pode identificar ou criar possibilidades para satisfazer as necessidades de seu cotidiano e de seus projetos de vida, superando limites e descobrindo potencialidades no âmbito de sua singularidade e de sua subjetividade.

A articulação com a rede se relaciona com a articulação e ações no território, também consideradas extremamente importantes no processo de cuidado e como parte integrante de um dos mais citados objetivos da terapia ocupacional nos equipamentos participantes: ampliação do repertório. O relato a seguir ilustra a relação entre ação no território e ampliação do repertório.

*Então a gente tem que aprender a **se relacionar com o meio externo**, [...] a gente proporciona dentro do espaço aqui do Centro, que é a realidade dos meninos aqui do Centro de São Paulo, espaços onde estimulam a questão da cultura, da troca de experiência, da troca com outras pessoas, tentar ampliar um pouco essa área de conhecimento de rotina desse indivíduo (TO1).*

*Eu acho que a gente pode pensar aí em **ampliar esse repertório** né? Tirar um pouco desse meio, pensar em outros espaços pra ela poder conhecer e se desenvolver, acho que é um pouco esse meio de apresentar pra ela novos recursos, não o que já está acostumado ou tirar do contexto em que ela está, [...] mas apresentando outras formas de se relacionar ou de construir novas relações, ou até de conhecer, aprendido mesmo (TO5).*

O conceito de território já utilizado no SUS, ganha espaço na Terapia Ocupacional, evidenciando a complexidade de relações objetivas e subjetivas, individuais e coletivas que envolvem as intervenções (FERIOTTI, 2013). Barros, Lopes e Galheigo (2007) referem que é no território que se observa a produção de sentidos com diferentes maneiras de viver, trabalhar e realizar negociações culturais. Essa noção de território ultrapassa a especialidade e permite conhecer, a partir das

relações do outro, as identidades singulares e coletivas, a cultura, as formas de linguagem e comunicação.

O termo ampliação do repertório apareceu de diferentes formas, referindo-se algumas vezes à ampliação do repertório de vida, outras vezes como ampliação do repertório de atividades, porém, com o mesmo objetivo: proporcionar diferentes vivências e experiências, despertar ou resgatar outros interesses e desejos, estimulando outras formas de prazer, sempre visando ampliar as possibilidades de escolha do indivíduo conforme os relatos a seguir.

*É... o que eu procuro é focar na saúde, nos potenciais que tem pra **ampliar um pouco o repertório**, então quando o menino vem muito aqui a gente consegue fazer com que ele se interesse por outras coisas, aí ele vai diminuindo o uso...(TO7)*

*Tentar **favorecer que o repertório seja ampliado**, tentar resgatar algumas ações na infância que eles gostavam de fazer, né? Porque muitas vezes eles não tem claro o que eles gostam. Se você pergunta diretamente "E aí, o que você gosta de fazer?", fica difícil. Então às vezes até conversando mesmo no atendimento de referência "Como era sua infância? O que você fazia?", "Ah, eu adorava empinar pipa", "Você sabe fazer pipa?", "Putz, não lembro", "Então vamos..", então é isso, se você perguntar diretamente o que gosta de fazer, poucas vezes eles trazem. Alguns trazem "ah, eu gosto de ler", "Gosta de ler o que?", aí começa a... esse é o resgate. "Será que não dá pra gente ir numa biblioteca pegar um livro?", mas aí entra também, "às vezes eu fico muito "fissurada", eu não consigo parar pra ler, meu pensamento vai pra outro lugar.." aí também entra a especificidade do uso de álcool e drogas mesmo né? [...] E na ampliação de repertório, acho que isso é mais específico da TO (TO2).*

*então é isso... uso abusivo, a pessoa fica repetindo aquela mesma ação, aquela mesma atividade, principalmente quando é questão de crack, quando tem uma dependência, fica na mesma ação, então acho que o TO entra pra pensar como vai **ampliar o repertório**, como o sujeito pode parar ou substituir essa ação por outras ações, outras possibilidades (TO10).*

Ao se falar em construir ou ampliar o cotidiano como finalidade de uma inserção social, compreendida como a possibilidade de o sujeito ser, fazer e se relacionar a seu modo e com suas particularidades no social, tanto a composição do diagnóstico situacional como os procedimentos educativos e relacionais precisam estar imbuídos desses aspectos (ser, fazer e se relacionar). Em especial, na avaliação (processual ou construção histórica) busca-se que o próprio sujeito possa construir uma narrativa na qual a qualidade desses aspectos seja de sua pertença (MARCOLINO, 2014).

A ampliação do repertório como uma das principais ações ou objetivos da terapia ocupacional vem ao encontro da realidade dos indivíduos atendidos e das necessidades identificadas pelos profissionais, conforme descrito na primeira categoria temática apresentada e segundo os relatos a seguir.

*...porque todo o **repertório dele é restrito** ao uso de substâncias em sua grande maioria, então o papel da TO, na verdade, acho que eu enquanto profissional tenho esse papel de tentar resgatar outros viveres, ampliar o repertório, né? (TO2)*

*a gente que vai observando que eles **precisam de outros repertórios, construir outros repertórios** para ir aos poucos conseguindo entrar no lugar da substância e poder querer sair da rua, enfim, o que a gente vê é uma falta de repertório muito grande desde sempre assim, todo o desenvolvimento, nas histórias familiares, a gente vê que tem muito pouca possibilidade, então a gente vai tentando oferecer novos horizontes, então tem outras coisas possíveis, tem outras coisas que dão prazer né? (TO4)*

Compreendemos que as ações voltadas à ampliação do repertório, dentre outras ações realizadas pelos profissionais, resultam da influência de uma preocupação ou atenção voltada às questões do cotidiano, autonomia, potencialidades do sujeito, entre outras identificadas nos relatos como próprias do terapeuta ocupacional. Os relatos dos participantes sobre a perspectiva do terapeuta ocupacional nos fornecem uma base de como é construída a especificidade do terapeuta ocupacional e seu lugar na equipe multiprofissional. A seguir apresentamos alguns temas identificados nos relatos dos profissionais relacionados a perspectiva do terapeuta ocupacional. O termo mais utilizado pelos profissionais ao se referirem a essas perspectivas foi "o olhar do terapeuta ocupacional", mantido aqui por considerar que este termo está muito forte e presente nos relatos dos entrevistados. Em seguida, alguns trechos que os ilustram:

- Olhar para as capacidades, possibilidades e potencialidades do sujeito;
- Olhar para o interesse/desejos do sujeito
- Olhar para a rotina
- Olhar para o cotidiano
- Olhar para o contexto,
- Visão ampliada
- Olhar para a atividade
- Olhar para a potencialidade

- Olhar para além da doença
- Olhar para o trabalho e engajamento nas atividades
- Olhar para o vínculo, as relações

*Eu acho que é conseguir ver, analisar mais **a rotina, os desejos...** acho que essa é a especificidade da TO. Mas eu acho que esse olhar pra rotina, de uma autonomia mesmo né? (TO2)*

*Na TO, o papel da TO, eu acho que é ver um pouco o cuidado dessas crianças e adolescentes assim... os recursos que ela tem, como que ela pensa... acho que a gente tem **uma visão que é um pouco mais ampla**, que pensa a família, o sujeito, onde ele está, de onde ele veio, quais são os recursos que ele já tem, **como é a rotina** dele na escola, o que ele conhece de cultura... (TO3)*

*...da gente **olhar principalmente os contextos** em que ele está inserido, família, rua e tal, e trabalhar pra criar outros também, contextos e equipamentos que possam fazer parte dessa rede de sustentação dele [...] eu me sinto sempre **olhando pra esse sujeito, inserido nesse contexto e quais são os vínculos** que tem ou não tem ou perdeu, como a gente pode reconstruir e essa coisa da inserção com as atividades, tipo, as atividades assim, a escola, o trabalho, o que ele tem de prazer na vida, **onde ele tem desejo de participar**, os espaços coletivos que ele tem vontade de participar, ser inserido, como a gente pode fortalecer isso. Porque construção ou reconstrução de novos vínculos... é... participação nesses...[...] Acho que esse **olhar pra além da doença** ele é... doença entre aspas, mas eu acho que ele é bem essencial porque os outros profissionais que têm um olhar mais clínico e tal, às vezes estão olhando mais pra isso e pra mim às vezes importa pouco o que ele usa, se é maconha, se é crack, se é isso ou aquilo, se ele roubou ou não, se ele... claro que isso tem... tem um norte pro meu cuidado, não é nem um pouco desnecessário, tal, mas acho que me importa quem é esse sujeito, não fica sendo o foco. Quero saber o que ele gosta, o que ele faz, quem é o pai, quem é a mãe, quem é o irmão, quem é o primo, como ele cresceu, como ele se vê, como ele é visto, como ele consegue se inserir, como é que ele lida com essa coisa da doença que colocaram nele, em alguns momentos como ele foi se desenvolvendo... acho que é isso (TO8).*

*Eu acho que a gente acaba... tem um **olhar muito amplo** [...] mas acho que o nosso olhar vai muito assim pro... não sei, pelo menos eu vou **vendo as possibilidades, as potencialidades** que o sujeito ainda tem, no que a gente pode investir (TO9).*

***cotidiano, de rotina, de vínculo, Pensa no trabalho**, pensa nas **atividades diárias**, pensa na **relação com a família vínculos**, já não está conseguindo mais comparecer no trabalho, ou a dinâmica familiar está difícil, ou deixou de estudar... então eu acho que são rupturas graves (TO5)*

*eu acho que a gente na graduação tem uma formação para **olhar para a vulnerabilidade, pra olhar para as possibilidades** de construir autonomia, construir rede, então talvez a gente tenha mais facilidade de pensar rede do que pessoas de outras formações. [...] é muito diferente de fato **olhar para as potências**, poder de fato olhar para um acolhimento mesmo, talvez o acolhimento seja diferente. [...] acho que a formação da TO é bem focada nisso, no acolhimento, em olhar para a família como um todo, olhar a rede,*

*pensar no território, pensar na vulnerabilidade, pensar em incluir, nas trocas que são possíveis, né? [...] eu acho que tem essa coisa de novo de olhar para... pensar **rotina**, pensar **projetos de vida**, que não é específico, todo mundo acaba fazendo, mas a gente acaba olhando mais. O que mais...? Diferencial no atendimento... acho que é mais o jeito de se aproximar, **disponibilidade pro vínculo**, que a gente ouve tanto na graduação inteira isso (risos) (TO4).*

Muitas das especificidades do terapeuta ocupacional apontadas pelos participantes apareceram também no estudo de Bueno (2013) que buscou caracterizar a inserção do terapeuta ocupacional nos CAPSi e identificar as ações desenvolvidas pelos mesmos junto a clientela atendida. A autora aponta como resultado advindo das entrevistas com terapeutas ocupacionais as contribuições da terapia ocupacional nos CAPSi com relação à especificidade da profissão. Os temas encontrados pela autora foram: foco na singularidade do usuário; foco em inserção social; foco em independência; foco no cotidiano, entre outros.

A vida cotidiana do sujeito se revela no entroncamento da realidade exterior e da realidade psíquica, na rede de suas relações sociais, nas atividades costumeiras de autocuidado e automanutenção, nas manifestações de solidariedade. O terapeuta ocupacional tem, portanto, uma posição privilegiada ao poder contribuir para a elaboração crítica do cotidiano do sujeito. O poder refletir a vida cotidiana e suas determinações, esse olhar estrangeiro para o que parece rotina imutável, contribui de forma marcante para os movimentos de autodeterminação do sujeito, de reorganização do coletivo e resignificação do cotidiano. Compreender o cotidiano implica em entender como se dá a relação sujeito-cotidiano-história-sociedade (GALHEIGO, 2003).

O olhar do terapeuta ocupacional, descrito pelos próprios terapeutas ocupacionais, integram sua maneira de pensar, elaborar e intervir, influenciando as propostas de intervenção ou contribuindo com o seu olhar durante as discussões de caso em equipe ajudando a compor um olhar mais complexo do sujeito.

Se o terapeuta ocupacional exerce tantos olhares, por outro lado também é olhado. Evidenciou-se também no discurso dos profissionais, a percepção dos mesmos com relação ao modo como outros membros da equipe compreendem o terapeuta ocupacional e como pensam que se configura seu núcleo de conhecimento. A seguir

alguns tópicos e trechos ilustram a percepção dos entrevistados com relação à compreensão da terapia ocupacional pela equipe multiprofissional.

- Olhar para a funcionalidade
- Desordens motoras, deficiência
- Atividades manuais
- Oficineiro
- Comprometimento cognitivo
- dificuldade de expressão principalmente verbal
- "Se nada deu certo, manda pra TO!" - os graves
- Cotidiano, organização do cotidiano
- Adaptação
- Atividades
- AVD, autocuidado

*entenderam o terapeuta ocupacional como uma espécie de **oficineiro**,...E aí ficava um pouco estranho isso, as pessoas não entendiam o papel da TO, junto com... muitas pessoas dizem que eu pareço muito mais psicóloga do que TO, porque efetivamente eu não faço **atividades manuais**. E também num momento de que **"se na psicologia não deu certo, manda pra TO"** (TO2)*

*questão do **cotidiano** das pessoas, de alguém que tem um empobrecimento mesmo, se dá para trabalhar essas questões, que precisa... acho que essas **questões cognitivas**, acho que **compreensão, atenção, dificuldade de expressão verbal** também, mas eu acho que tem outras questões que dá pra trabalhar não só com pacientes que tenham essas dificuldades, acho que isso.... E acho que os profissionais, diferenciando um pouco, eles ficam mais nesses pacientes que têm mais dificuldade e que, entre aspas, chamados **graves** (TO3).*

***comprometimento principalmente cognitivo**, que tem uma dificuldade mais ligada à compreensão comprometimento, ou precisa de uma **adaptação** ou **precisa organizar o cotidiano** (TO5)*

*Primeiro que existe uma falta de compreensão de fato do que é TO, com o que a gente se importa, pra onde a gente olha... então é muito peculiar, tem profissional que acha que o paciente precisa de uma **adaptação** de TO pra tentar alguma coisa. **"Vamos tentar alguma coisa" e chama a TO**. Tem alguns que tem uma visão um pouco mais apurada, de que a gente pode **ajudar criativamente a desenvolver outras atividades**, a buscar nele o que ele poderia fazer além do uso de drogas e acaba chamando a gente, mas eu sinto que muitas vezes é assim **"vamos apostar em alguma coisa"** aí manda pra TO (TO11).*

*no começo tinha uma coisa assim: **mobilidade, questão de deficiência... déficit motor, AVD, atividade de vida diária**, mas assim, bem do*

*autocuidado, não AVD, AVD, por exemplo... é... porque AVD é muito amplo né? Mas as pessoas pensavam muito mais assim, no cotidiano "Ah, ele não consegue escovar os dentes" e aí ficava nessa coisa mais funcional e aí a gente foi um pouco ampliando, porque às vezes não é que ele não consegue, tem um contexto, um sentido não escovar... a gente vai fazendo um pouco, os TO's... e eu acho que isso foi deslocando um pouco, que não é só a atividade funcional, de comer, também tem outras... a gente vai pensando que a ação... tem uma ação repetitiva também do usuário de droga, tem uma ação... que tem uma atividade que tem importância e sentido, vai pensando um pouco isso. Hoje em dia as pessoas não ficam mais pedindo pra gente ficar... "quando você pode fazer essa pessoa...." acho que isso nunca aconteceu muito aqui, mas sempre tinha essas brincadeiras, mas brincadeiras meio que colocando a gente num certo lugar né? "Ah, tem uma menina com uma deficiência no pé, porque ela tem paralisia cerebral, acho que vocês tinham que..." sabe? Não é só o deficiente intelectual, mas a **questão motora**, tinha isso, aí foi migrando um pouco para a coisa da atividade corporal que a gente vai fazendo, depois o pensamento da ação mesmo humana que é... o TO não só pensa... fica no funcional das coisas, acho que pensando no sentido que as ações podem ter pro sujeito, como isso pode sim produzir outras...uma saúde para eles, acho que com isso que a gente foi um pouco... acho que isso é mais raro hoje (TO10).*

A partir dos relatos, foi possível notar que a percepção sobre a Terapia Ocupacional apresentada pelos gestores difere da percepção apresentada pelos terapeutas ocupacionais a respeito do modo como acreditam ser vistos por profissionais da equipe. No relato dos gestores a função e os conhecimentos advindos do terapeuta ocupacional parecem estar mais claros quando comparados aos relatos sobre a percepção que terapeutas ocupacionais têm a respeito do modo que são vistos pela equipe, fazendo refletir sobre quais seriam as consequências no cotidiano de uma equipe transdisciplinar.

Em meio às discrepâncias entre o que o terapeuta ocupacional apresenta como núcleo de conhecimento e o que acreditam que a equipe perceba como perspectiva do terapeuta ocupacional, é no cotidiano das relações de trabalho que se faz possível conhecer, aprender e compor um olhar para o sujeito que irá contribuir para o cuidado na sua integralidade. Um exemplo disso é a forma de realizar o acolhimento, compreendendo o sujeito em seus diferentes aspectos e inseridos em determinado contexto. Para ilustrar, o relato a seguir é o recorte de um trecho de já exposto anteriormente.

*...da gente **olhar principalmente os contextos em que ele está inserido**, família, rua e tal, e trabalhar pra criar outros também, contextos e equipamentos que possam fazer parte dessa rede de sustentação dele [...] eu me sinto sempre olhando pra esse sujeito, inserido nesse contexto e **quais são os vínculos** que tem ou não tem ou perdeu, como a gente pode*

*reconstruir[...] Porque **construção ou reconstrução de novos vínculos...**(TO8)*

*Diferencial no atendimento... acho que é mais o **jeito de se aproximar, disponibilidade pro vínculo**, que a gente ouve tanto na graduação inteira isso (risos) (TO4).*

Nos trechos descritos, os profissionais apontam o vínculo, que está entre os cinco temas mais citados pelos terapeutas ocupacionais durante as entrevistas. O vínculo tem fundamental importância na garantia da continuidade e integralidade do cuidado.

Vínculo é um vocábulo de origem latina, é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos com os pacientes e vice-versa.

Therapeutike é uma palavra de origem grega e significa “eu curo”. Terapêutica é uma parte essencial da clínica que estuda e põe em prática meios adequados para curar, reabilitar, aliviar o sofrimento e prevenir possíveis danos em pessoas vulneráveis ou doentes (CAMPOS, 2003). Não se trata, portanto, de uma preocupação tão somente humanizadora, mas também do estabelecimento de uma técnica que qualifique o trabalho em saúde. Um dos meios adequados para a prática de uma clínica com qualidade é o fortalecimento de vínculos entre paciente, famílias e comunidade com a equipe e com alguns profissionais específicos que lhes sirvam de referência (CAMPOS, 2003). Para além desse recorte da saúde, como já citado em diferentes momentos ao longo deste trabalho, os vínculos podem se configurar em fator de proteção e, para além da cura, favorece a produção de vida (SARACENO; ASIOLI; TOGNONI, 1997; Stella et al., 2009).

Segundo relato dos profissionais discutidos na categoria sobre O Contexto de Vida (Item 4.2.1), a população atendida apresenta como uma de suas características vínculos fragilizados ou interrompidos. O uso de SPA, em grande parte, está relacionada com outras condições sociais, também já discutidas anteriormente, mas que interferem nas relações e contato com outras pessoas. Segundo Costa et al. (2015), no caso de pessoas com os vínculos fragilizados ou interrompido, a atuação do profissional adquire mais relevância, pois caracteriza-se como um dos poucos vínculos existentes ou possibilidades de inserção social, devendo, portanto,

demonstrar uma postura de receptividade e acolhimento para, gradativamente, trabalhar na criação ou fortalecimento de novos e velhos vínculos.

O apoio afetivo é responsável por imprimir qualidade às relações e contribuir para a manutenção dos vínculos (BRONFENBRENNER, 1996). O apoio social e afetivo está relacionado à percepção que as pessoas têm de seu meio social, suas estratégias e competências para estabelecer vínculos (BRITO; KOLLER, 1999). Todas as relações que o indivíduo estabelece com as outras pessoas, advindas dos diversos microsistemas nos quais transita, como família, amigos, escola, abrigo, entre outros, podem assumir o papel de fornecer apoio (SIQUEIRA; BETTS; DELL'AGLIO, 2006).

Especificamente no que tange aos aspectos psicossociais uma relação de negligência ou violência na infância produz problemas que certamente se manifestarão frente a outras pessoas e, dessa forma, esses jovens apresentam um número alto de vínculos inseguros e têm mais condutas de esquiva diante de adultos não familiares e, nas relações com pares, podendo exibir maior agressividade e menor tolerância à frustração, o que sugere terem elas dificuldades em assumir as perspectivas do outro e em discriminar suas emoções para poder desenvolver um modelo de relação simétrico, baseado no sentimento de igualdade e de confiança, visto que suas experiências anteriores são caracterizadas pela exploração, submissão e violação (BRINGIOTTI, 1999).

O termo vínculo apareceu nos relatos dos profissionais como um dos objetivos durante as abordagens de rua, como objetivos no resgate ou criação de outros vínculos (familiares, com a escola, de trabalho) e como parte do processo de cuidado que envolve a aproximação do usuário com o serviço, com a equipe até a escolha do profissional de referência. Os relatos a seguir ilustram os diferentes processos de vinculação.

Na rua as abordagens são acolhimentos, para tentar fazer vínculo e convencê-los de que eles possam vir aqui e pensar num cuidado mais prolongado (TO4).

Então a gente faz muito isso também, atendimento lá no território, tal, pra tentar sensibilizar, pra tentar um vínculo (TO10).

Acho que a gente precisa tentar estimular a reestruturação, a aproximação e vinculação desse núcleo familiar (TO1).

...mais pelo vínculo que a gente vai constituindo, tem todo um processo de chegada no serviço, acolhimento, avaliação, nesse meio tempo a gente vai se tornando técnico referência e muitas vezes eu acabo atendendo os adolescentes, são minhas referências, por conta do processo de vínculo mesmo [...] É mais por uma afinidade, uma disponibilidade... [...] É mais por aí, por vínculo que vai se constituindo "Ah, o usuário tal tem vínculo com você, você poderia acompanhar?" é muito mais por aí do que especificidade (TO4).

A gente vai se aproximando do menino e aí o menino chegou, vamos dizer que é um menino que eu me vinculo mais e eu que vou atender, pensar algumas coisas pro caso, quando você está mais vinculado consegue ter um Projeto Terapêutico pra esse caso. Quando o menino chega né? Não tem muito fechado, mas é sempre o acolhimento, aí se você vincula mais com o menino aí faz o atendimento (TO7).

Chegou outro dia, nas minhas férias, um menino que era minha referência, foi incrível, eu achei bom, achei ótimo, porque ele veio muito, muito, muito louco, muito persecutório, lá da zona sul, ele veio pedir ajuda para a gente aqui, quer dizer, ele tem vínculo, porque ele estava super persecutório. Achando que todo mundo ia matar, estava todo mundo perseguindo ele [...] você fala nossa... (TO10)

Este último trecho ilustra a importância do vínculo na adesão ao tratamento e como auxilia na construção de uma referência de cuidado para os sujeitos. A construção e o fortalecimento do vínculo apareceu como uma ramificação do tema vínculo, termo mais amplo, como uma ação desenvolvida pelos terapeutas ocupacionais durante o processo de cuidado.

A partir da entrada e vinculação dos usuários nos serviços, um PTS é pensado para cada caso. A equipe multiprofissional oferece um rol de atividades como possibilidades de trabalhar diferentes necessidades e demandas dos usuários tanto em grupos como em atendimentos individuais e de acompanhamento terapêutico.

Os profissionais participantes deste estudo relataram sobre as atividades que costumam propor e foi possível identificar pontos em comum entre os terapeutas ocupacionais dos diferentes equipamentos. De maneira geral, como já citado anteriormente, há uma preocupação dos terapeutas ocupacionais em ser um facilitador de experimentações e descobertas de outras formas de prazer e fazer mais saudáveis e preocupação em despertar outros interesses e desejos. A partir disso, diferentes atividades são oferecidas pelos terapeutas ocupacionais, entre

elas, as atividades lúdicas ou de jogo, o brincar e as brincadeiras estão entre as atividades mais citadas pelos profissionais, como ilustram os relatos a seguir.

*A gente fazia **grupo de jogos**, tentava algo mais **lúdico**, fazia um grupo só com as meninas que era de **autocuidado**, pra fazer maquiagem, fazer a unha, essas coisas, porque assim, também não adianta a gente querer fazer um grupo de prevenção à recaída com eles né? Porque não é uma coisa atrativa, então várias vezes a gente estava no meio do grupo e via que não estava rolando e aí falava "O que vocês querem fazer?" "Ah tia, não quero fazer nada", então assim, era sempre uma dificuldade pra tentar chamar a atenção deles, mas normalmente eu fazia esse grupo de autocuidado e esse grupo de jogos (TO2).*

*A gente fazia muito grupo de **autocuidado** com eles, a gente fazia um grupo de **sexualidade**, a gente fazia bastante coisa com **esporte**, bastante coisas **lúdicas** mesmo, **inserção no mercado de trabalho** (TO9).*

Conforme o relato anterior, grupos voltados para o autocuidado, sexualidade, esporte e inserção no mercado de trabalho também são propostas de grupos pensadas para população de crianças e adolescentes usuários de SPA. Outras linguagens como plástica, artística, atividades manuais também receberam destaque no discurso dos profissionais entrevistados como ilustram os relatos a seguir.

*Bom, o que a gente tinha aqui era um grupo que chamava de Grupo de TO, mas podia ser de **arte**... esse nome era mais para os outros profissionais do que para as próprias crianças e adolescentes. Era uma oficina, uma **oficina de atividades** e a gente mudava. Tinha uma característica específica dessa população porque eles eram do Centro de Acolhida Infantil e eles rodziavam muito, eles fugiam muito, então a gente tentava fazer atividades que terminassem naquele grupo, assim... e cada semana pensava algum recurso, um jogo ou alguma atividade para trabalhar com eles que tivesse a ver com o momento... às vezes de festa, festivo mesmo ou alguma questão que a gente queria trabalhar com eles. Era por meio de atividades, isso era bom porque eles eram... menos pelo uso, mais pelos espaços que eles circulavam, tal, tinham muita dificuldade de concentração, muita dificuldade de criação mesmo, então era uma forma de usar o recurso da atividade manual mesmo, muitas vezes foi manual, algumas vezes foi corporal, mas mais manual pra eles ampliarem um pouco o recurso deles, então isso que eu usava um pouco no grupo. [...] A diferença nos grupos eu senti que quando você fazia grupos de adolescente era mais voltado para as questões da adolescência e infância e menos pra droga (TO3).*

*Acho que a gente **conversa** bastante, me sinto conversando mais do que talvez eu quisesse. Acho que a gente usa muito pouco recurso [...] e os atendimentos individuais eu acho que pra população a conversa ela entre mais fácil do que corporal, mas ao mesmo tempo você consegue super fazer uma **atividade plástica**. Eu acho que funciona mais espaços com outros jovens, outras redes do que individual. É... eu sempre gosto de pensar a articulação com fora, assim, de sair daqui, sempre dou um jeitinho de fazer **AT**, sempre dou um jeitinho de fazer uma atividade... (TO8)*

*eu faço atendimentos de grupo, tem um grupo terapêutico [...] que trabalha **vários tipos de linguagem, corporal, plástica, poética**... e esse grupo é*

*semanal, é bastante frequentado, [...] e tem um grupo de **economia solidária** que eu acompanho e busco ajudar na formação em economia solidária (TO11)*

De maneira geral, segundo Delgado (2013) os objetivos dos grupos realizados por terapeutas ocupacionais permeiam a realização de atividades que possam facilitar a expressão, o despertar de potencialidades e de interesses, o desenvolvimento do autoconhecimento e a exploração de novas experiências. As atividades neste contexto são instrumentos que favorecem as possibilidades de criação, superando as dificuldades, facilitando experiências inovadoras do fazer e possibilitar novas referências de trocas sociais.

Nessas experiências a arte está presente como um instrumento de enriquecimento das vidas, de descoberta e ampliação de potencialidades, de acesso a bens culturais (NICÁCIO, 1994).

Independente da técnica ou linguagem a ser utilizada durante os atendimentos, os profissionais concordaram que, para a população de crianças e adolescentes, os grupos devem ser mais abertos, menos estruturados. Com a população infantil as intervenções são voltadas para as atividades lúdicas, já citadas anteriormente. Especificamente para a população de adolescentes, referem trabalhar com propostas voltadas para a questão da adolescência em geral, sem colocar o foco na droga. Os relatos a seguir ilustram essa questão.

A gente nunca... quando eu atendo os meninos eu quase nunca falo de droga com os meninos, naquele contexto bem clichê, então maconha é isso, droga sintética é aquilo... eu não tenho esse contexto com eles, a gente vai tentando elaborar dentro do que ele traz pra gente e a gente vai trabalhando com a "reversidade" assim, ele traz, a gente reverte pra ele (TO1).

A diferença nos grupos eu senti que quando você fazia grupos de adolescente era mais voltado para as questões da adolescência e infância e menos pra droga (TO3).

Eu acho que a dinâmica deles é muito diferente né? Então às vezes não dá pra pensar em grupos muito fechadinhos e atividades super centradas, estruturadas, porque é uma outra fase da vida mesmo, um outro momento, é difícil mesmo um adolescente querer parar e fazer alguma coisa né? Estão numa outra fase da vida de se encontrar então a TO precisa pensar num modelo, pelo menos um modelo de grupo que não seja tão estruturado, eu acho que às vezes fazer saída no território é uma coisa que funciona um pouco, porque eles gostam de circular e é mais dinâmico (TO11).

Vasters e Pillon (2011) realizaram um estudo com adolescentes usuários de SPA avaliando a adesão ao tratamento. Como o tema adesão será abordado no item a respeito das dificuldades encontradas nos atendimentos da população, será exposto aqui apenas um de seus achados compatíveis com os relatos expostos:

Para os adolescentes do estudo, um serviço que ofereça tratamento direcionado a adolescentes usuários de drogas deve dispor de equipe multidisciplinar, capacitada para trabalhar com as demandas próprias da adolescência, que favoreça o diálogo, o acolhimento e que, inclusive, seja composta por ex-usuários de drogas que conheçam algumas vivências específicas com a droga. Outra característica se refere às atividades propostas pelo tratamento, que devem ser atrativas e motivadoras, de modo que, segundo os adolescentes, os auxilie a optar por estar no tratamento em detrimento de estar em situações de exposição à droga. E, ainda, sugeriram que o tratamento seja restrito a esse grupo etário específico, sem a presença de adultos no local (VASTERS; PILLON, 2011).

Cabe aqui salientar que, trabalhando no conceito de singularidade, atividades atrativas e motivadoras podem ter diversos significados, portanto, é importante que os serviços ofereçam diferentes grupos para que crianças e adolescentes possam escolher as atividades que considerem atrativas. Pode-se considerar também a participação dessas crianças e adolescentes nas sugestões de atividades e grupos a serem ofertados.

Muitas são as ofertas de grupos e atividades, mas especificamente a atividade de geração de renda e economia solidária, citadas em relatos anteriores, serão descritas separadamente por possuir características peculiares. Este tema também se mostrou bastante presente no cotidiano dos profissionais como uma das atividades que costumam ter a participação dos terapeutas ocupacionais. Os relatos a seguir ilustram esse trabalho desenvolvido principalmente por terapeutas ocupacionais.

*Então, da TO eu acho que... aqui... a gente acaba sendo multi né? Então assim, o que eu mais vejo TO fazendo é a parte de **geração de renda** mesmo, de vários CAPS é a TO sempre que está na linha de frente né? Mas, como eu vou muito pra essa área eu acabo não vendo muito as outras áreas... [...] propõe **atividades mais lúdicas** com eles (TO9).*

*uso mesmo é o **trabalho corporal** que eu acho que é bem importante e a coisa de pensar em atividades mais manuais eu não sei fazer nada disso, mas no meu grupo de **geração de renda** os participantes trazem, falam, só que meu papel ali é muito mais dar um apoio pra sustentar os caminhos do grupo na rede, no território, do que de fato na atividade, intermediando alguma coisa ali (TO4).*

A relação entre terapia ocupacional e oficinas de geração de renda e Economia Solidária foi citada também pelos gestores. A respeito dessa relação, Morato e Lussi (2015) investigaram a prática de terapeutas ocupacionais que trabalhavam com a questão de geração de trabalho e renda no âmbito da saúde mental no estado de São Paulo. Seus resultados indicaram que os profissionais consideram essa prática como característica do terapeuta ocupacional e relacionam com o perfil da formação do terapeuta ocupacional, assim como os fundamentos que norteiam a prática e contribuem para a sua atuação. Apontam uma reflexão acerca do papel do terapeuta ocupacional nessa relação, compreendendo que o trabalho de geração de renda ultrapassa o viés clínico e terapêutico, caminhando para a construção num plano horizontal, de construção coletiva produtora de protagonismo e autonomia.

Outra atividade bastante apontada, também citada no relato anterior, é o trabalho corporal. Diferentes abordagens e técnicas corporais fazem parte do instrumental de atividades utilizadas por terapeutas ocupacionais que trabalham com a população de crianças e adolescentes usuários de SPA, ilustrados nos relatos a seguir.

*Acaba que, por exemplo, quando eu estou fazendo um **trabalho corporal** eu tenho um olhar que eu aprendi fazer o trabalho corporal e eu sei um pouco o que a pessoa está me passando enquanto faz aquilo né? Mas não é uma super análise da atividade, é um pouco sentir ali no grupo, o que está acontecendo e pensar respostas junto com os outros colegas que estão ali pra isso (TO4)*

*...porque às vezes a o adolescente ou a criança que faz o uso eles não tão conseguindo falar, [...] então a gente acaba utilizando de vários recursos, a gente vai tentando dos recursos e aí a gente marca o que fazer, muitos **trabalhos de corpo, com o corpo** acho que não só de corpo mas com o corpo assim, que é um pouco para os adolescentes e as crianças irem se percebendo como é que tá predizendo, uma investigação mesmo de como é que eles se sentiam porque isso era às vezes inacessível para eles (TO10).*

*...esse grupo que eu participei, a gente fazia muito **trabalho corporal** também, técnicas diversas de trabalho corporal que era um grupo de **acompanhamento terapêutico**, aí pensamos espaços desses sujeitos e como eles fazem o uso do tempo deles de outra forma, que não fosse só usando crack, ou só nesse circuito da dependência (TO10).*

Liberman (1998), ao refletir sobre a questão das atividades, refere que a terapia ocupacional como uma prática social se ocupa em observar e intervir na qualidade de vida do sujeito que se volta sobre seu cotidiano, suas possibilidades de encontro consigo e com o outro e com as atividades. Seria seu papel também oferecer oportunidades de usar vias alternativas à comunicação, encontrando no trabalho

com as linguagens do corpo um instrumento para trabalhar subjetividades. A subjetividade aqui é entendida de forma dinâmica e processual, resultado do encontro entre os corpos e sua busca de sentido. Apesar de referir ser muito difícil tomar consciência, entrar em contato com o estado do corpo e com os sentimentos que vão surgindo pode abrir caminhos para o autocuidado ou mesmo para a reflexão sobre formas de alteração da própria qualidade de vida.

Castro (1992) afirma que as práticas de consciência corporal, na terapia ocupacional, apresentam-se como potente instrumento de transformação do cotidiano na medida em que se tornam experiências do próprio sujeito, propiciam a apropriação de si e instauram uma condição que promove a consciência e a criação de um cotidiano e de uma saúde em constante cuidado e produção. Nessas práticas, na medida em que as vivências prosseguem, as pessoas se reconhecem como sujeitos de direitos, de responsabilidades, necessidades e desejos, com singularidades expressas a cada momento de vida.

Além de trabalhos corporais, os profissionais apontaram também o acompanhamento terapêutico como uma das atividades realizadas pelos terapeutas ocupacionais no cotidiano dos serviços. Já descrito na categoria sobre os serviços e processos de trabalho (Item 4.2.2), aparece nesta categoria com a intenção de ilustrar como essa ferramenta pode ser utilizada dentro das propostas pensadas por terapeutas ocupacionais, relacionando com os objetivos já descritos de ampliação de repertórios, estimular outras vivências e, no relato a seguir, aparece também o acompanhamento terapêutico como parte de um trabalho de exploração do território e estimulação ao uso dos espaços públicos.

*No meu grupo, a gente usava muito recurso. **Fotografia, desenho**, porque tinha um diário de campo, tinha uma coisa de **explorar o território**, outros espaços do território, que não era só... a rua também [...] a gente vai pensando como a vida dele está se constituindo nas ações que ele faz, nas **atividades** e como que a gente pode cada vez mais pode enriquecer e criar outros sentidos nas outras atividades. É isso, a gente usa recursos que outras pessoas usam, **AT, acompanhamento terapêutico**, mas acho que o olhar é diferente, né? (TO10)*

*Eu sempre estou mais de olho, acho que sempre estou mais atenta, porque eles estão super circulando no território, mas muito nas rebarbas assim, o **uso dos espaços públicos** que a gente fica pensando em resignificar isso, como poder estar nesse espaço de outro lugar e fazendo o uso daquele lugar de outra forma, um pouco do que é oferecido naquele espaço, então*

*eu acho que isso é uma coisa que eu sempre tento, não é sempre que eu posso **ir com eles**, não consigo por causa do horário, é muito corrido, tal, eu acho que estou sempre olhando pra isso (TO8).*

Assim como a geração de renda já discutida, atividades que envolvem as saídas para o território, inserção em outros espaços e ampliação do repertório são ferramentas importantes no processo de autonomia, protagonismo e participação social. Jerusalinsky (2002) argumenta que a cidade está repleta de marcas simbólicas da cultura, e o contato com elas pode ser propiciador do despertar do desejo, mas simplesmente circular pela cidade não basta. A questão é a partir de quais referenciais vamos traçando o percurso nela. Tal circulação que se realiza pela cidade vai sendo construída, passo a passo, a partir do despertar dos interesses que comparecem no estabelecimento do laço entre o desejo do sujeito, com a singularidade que ele comporta, e o social. É neste sentido que, no trabalho de acompanhamento terapêutico, ocorre uma espécie de mapeamento concomitante entre a circulação do desejo e a circulação pela cidade.

Ações como as atividades de geração de renda, acompanhamento terapêutico com estímulo à circulação no território de maneira mais saudável e estímulo à uma participação social e política podem ser consideradas ações de reabilitação psicossocial. Essas ações favorecem a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho, habitação, educação, cultura, direitos humanos visando a produção de novas possibilidades para projetos de vida e cidadania, aqui compreendida como autonomia, participação e equidade (FRANCO; ZURBA, 2014).

Além da exploração de apropriação dos espaços públicos, outra questão que apareceu nos relatos dos profissionais como uma atividade que desperta a atenção e o interesse dos terapeutas ocupacionais é pensar a questão dos direitos e a participação política em espaços que estimulam o protagonismo desses usuários como assembleias, conferências e conselho gestor, conforme relato a seguir.

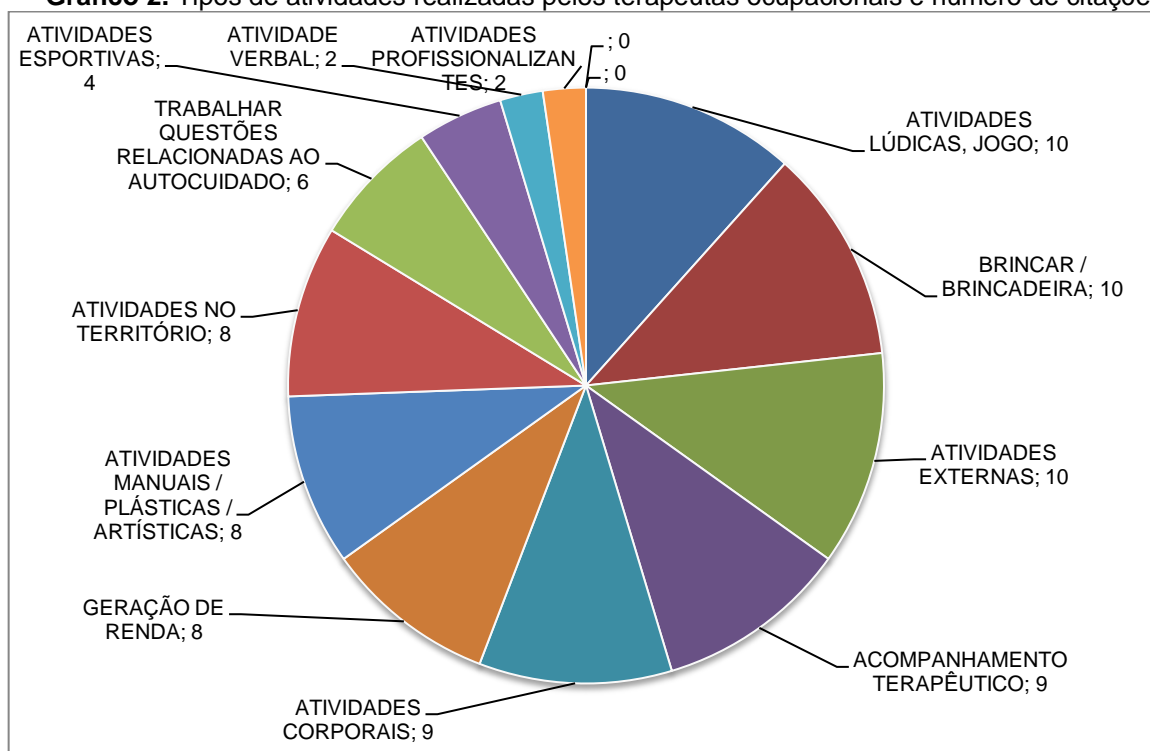
*...tem muito a coisa de **pensar os direitos** [...] Uma coisa que eu acho que eu acesso bastante, que é da minha formação na TO e do percurso que a TO me possibilitou ter, que é um percurso de uma coisa mais de militância, de pensar numa coisa mais política, dos coletivos, dos fóruns todos que têm, eu tenho uma tendência a valorizar bastante aqui o espaço da **Assembleia**, o espaço do **Conselho Gestor**, os espaços das **Conferências**, e tentar levar os usuários pra esses espaços, acho que isso tem a ver com a minha formação sim, não sei como chama isso como*

núcleo de conhecimento, mas em algum núcleo ali isso foi surgindo e me faz pensar muito na implantação desses espaços para os usuários, nem os assistentes sociais acho que se preocupam tanto com isso, a gente da TO acaba olhando mais pra isso (TO4).

A participação comunitária no SUS ganha força quando da implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS - ParticipaSUS. A Lei 13.325 de 08 de fevereiro de 2002, alterada pela Lei 13.716 de 07 de janeiro de 2004 institui os Conselhos Gestores. A gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida.

A participação social pode ser compreendida como processo de afirmação de singularidades possíveis, forjado nos encontros, parcerias, embates e discussões que se dão no cotidiano do trabalho em saúde, tanto nos espaços instituídos formais, criados para que as pessoas participem levando suas reivindicações e delegando poderes, quanto nos encontros que compõem o dia a dia da vida de um usuário. Um usuário, deliberando acerca das rotinas de um serviço na Assembleia do Conselho Local ou definindo seu Plano Terapêutico com a equipe que lhe cuida na unidade de saúde, pode ter, do ponto de vista da micropolítica do processo de cuidado, a mesma potência transformadora de vidas (COSTA; PAULON, 2012).

Outras atividades que fizeram parte dos relatos de alguns profissionais são: atividades verbais, de conversa e atividades esportivas. Descritas algumas das atividades relatadas pelos profissionais participantes deste estudo, o Gráfico 2 ilustra os principais tipos de atividades citadas durante as entrevistas com o respectivo número de citações (vezes em que a palavra ou termo foi identificado no discurso). Cabe esclarecer que as atividades apontadas pelos profissionais como realizadas pelos terapeutas ocupacionais não são exclusivas desta especificidade, porém, buscou-se aqui conhecer quais atividades os terapeutas ocupacionais se envolviam com maior frequência.

Gráfico 2. Tipos de atividades realizadas pelos terapeutas ocupacionais e número de citações

Descritas até aqui de maneira mais detalhada, o termo atividades, utilizado de maneira mais ampla, também esteve presente no relato dos profissionais. É importante destacar que este termo carrega diferentes sentidos, ora aparecendo com uma leitura mais abrangente do termo, na qual o termo atividade carrega várias atividades, ora relacionando-se com ação humana ou até mesmo, no senso comum, restrita às atividades manuais, artesanais ou plásticas. Os relatos a seguir ilustram os diferentes usos do termo atividade/atividades como recurso da terapia ocupacional.

*Alguns meninos são mais lúdicos, funcionam muito mais através de **atividade** do que pelo verbal (TO7)*

*Acho que o TO pensa nisso, como é que vai conseguir ir de uma atividade pra outra, como cria, como inventa outro jeito do cara estar aí no mundo, vai existir no mundo, então eu acho que o TO... a gente sempre **pensa a atividade**, às vezes não precisa ser individual, mas acho que um contato, mesmo que seja na convivência... (TO10)*

*Eu acho que a coisa das **atividades** é muito difícil pra mim, eu não gosto de nenhuma atividade, pensando mais em atividade... não pensando a **ação humana**, mais ampliado, pensando em atividade mais no senso comum, de pensar nesse nome assim, [...] eu não sou de valorizar muito isso, de fazer uma análise da atividade, eu tenho muita dificuldade de fazer isso, não me identifico com isso, de analisar a atividade, de nada disso.[...] , então das coisas de atividades aprendidas, atividades e recursos terapêuticos, aquela*

*aulinha que a gente tem, a única coisa que eu uso mesmo é o trabalho corporal que eu acho que é bem importante e a coisa de pensar em **atividades mais manuais** eu não sei fazer nada disso (TO4).*

*Acho que a gente... na nossa formação como TO a gente já pensa isso, não só como **alguém que propõe atividades, mas de pensar o modo de fazer a proposta, o modo de fazer**, acho que a questão dos modos, do modo de intervenção, porque a gente pensa o modo eu acho que tem diferença entre os outros profissionais por conta disso, da formação, porque tem gente que só vai pensar o modo depois de um tempo aí de caminhada e acho que a gente já pensa porque é nossa formação, é essa (TO10).*

Para as discussões a respeito dos diferentes conceitos de atividades, o artigo de Lima, Okuma e Pastore (2013) traz uma divisão bastante didática apresentando os resultados de uma pesquisa que buscou investigar a conceituação que os terapeutas ocupacionais brasileiros adotam a respeito das atividades, considerando o uso dos termos, assim como as concepções relacionadas a diferentes abordagens teóricas e práticas. As autoras relacionam a atividade compreendida como recurso/instrumento nos conceitos trazidos por Malfitano (2005) - enquanto meio de formação de vínculo e intermediação na construção conjunta de novos projetos de vida, a atividade é utilizada tendo como fim a produção de autonomia - e Castro (2001) - recursos que proporcionam conhecimento e experiência, auxiliam na transformação de rotinas, ampliam a comunicação e possibilitam crescimento pessoal, autonomia, interação social e inclusão cultural.

A utilização o termo atividades no relato a seguir ilustra algumas das atividades desenvolvidas durante um atendimento e alguns aspectos abordados e trabalhados por meio destas, como capacidade em lidar com frustração, autoestima, resgate da história e outros fazeres, empoderamento, capacidade de fazer escolhas e autonomia.

*...tem alguma coisa ali da formação da TO que ajuda a pensar a **olhar pra atividade** no lugar da vida das pessoas, pensar num processo de produção de autonomia e empoderamento dessas pessoas a partir dessa atividade que é de interesse delas (TO4).*

*Então eu uso o **fazer atividades** até pra conseguir algumas coisas. Eu estava atendendo menino mais intensivo e estava fazendo um álbum de fotos e ele foi trazendo um pouco da história dele, até pra ele se apropriar porque a gente percebe que ele pouco sabe falar da história dele, muito confusa, pedaços misturados e a gente conseguiu fazer isso até porque ele é muito inseguro, então conseguir valorizar o que ele estava fazendo e a gente também fez uma época que ele estava comigo...era muito difícil, a gente foi fazer pipa e ele se frustrava muito, quebrava, rasgava e jogava*

*fora e quando ele fazia atividades mais simples e conseguia concluir ele ficava mais feliz. A gente começou com umas atividades mais simples pra melhorar a **autoestima** dele, esse tipo de coisa que eu acho que isso é bastante né? Porque ele é bem intolerante à frustração, então conseguiu melhorar a autoestima, conseguiu tolerar mais as frustrações e aí ele melhorou bastante. Antes ele vinha muito acabado e agora ele foca pra outras coisas, ele tem **autonomia** e ele mesmo vai e busca, se vai pro abrigo... começou a fazer escolhas, porque antes ele ficou tipo 1 ano, quando eu comecei a atender ele, 1 ano muito debilitado e agora ele faz escolhas, tanto que ele some e depois vai ver ele está em casa, ou está no abrigo, tem mais autonomia (TO7).*

Lima, Okuma e Pastore (2013), para conceituar atividade humana citam as contribuições de Prado de Carlo (1991), que define atividade como motivação do agente e cujo componente básico é a ação que transforma essa motivação em realidade. Para Castro e Silva (1990 apud LIMA, OKUMA, PASTORE, 2013), a atividade é inserida e produzida por uma realidade social, é vista também como forma de expressão de quem a realiza.

A utilização do conceito de atividade humana faz com que as atividades em TO sejam permeadas de historicidade e atravessadas pela dimensão sociopolítica, de forma a articularem-se o processo individual, a história e a cultura de um grupo (LIMA, OKUMA, PASTORE, 2013).

O fazer também foi um dos temas que surgiram durante as entrevistas com os profissionais e apareceu como algo próprio do terapeuta ocupacional, que direciona sua prática. Relacionada ao fazer, a atividade apareceu também como um instrumento potente para trabalhar o simbólico, a subjetividade, oferecendo um cuidado para além do cuidado clínico, também bastante requisitado aos terapeutas ocupacionais, além de trabalhar com as questões das urgências e imediatismo, conforme os relatos a seguir.

*Porque é mais que um olhar clínico, não da atividade, a gente poderia pensar que o **fazer é um dos nossos traços importantes**, que eu não tenho nenhum problema em carregar, mas um lado mais do cuidado clínico, dessa outra clínica que não é... eu acho que a gente que vai fazendo. [...] alguns contornos, manejos clínicos, eu acho que é bem fundamental minha inserção ali. E também as propostas que vão pro **grupo de atividades**, [...] eu acho que ali a minha contribuição claramente aparece, pelo menos eu sinto que eu trago da minha formação, tal (TO8).*

*eu acho que o **fazer é próprio da Terapia Ocupacional**, então a gente, mesmo quando a gente pensa as relações, as pessoas estão fragilizadas, na fissura que elas têm, a gente sempre vai pelo viés do fazer, como a*

*gente pode enriquecer esse dia a dia ou como o recurso de atividades pode ajudar a trabalhar o simbólico [...]. Então, eu tenho vontade de usar e eu acho que a única coisa que eu consigo fazer é responder à essa vontade, então eu vivo no imediato, mas eu acho que a TO pode muito ajudar as pessoas, pela **atividade**, ajudar um pouco mais o simbólico mesmo. O que significa esse uso, como eu consigo esperar pra usar, que coisas eu consigo colocar entre a vontade de usar e a hora que eu vou usar. Eu acho que de alguma forma a gente contribui para desmistificar ou diminuir essa urgência, esse imediatismo (TO11).*

*Eu acho que a gente tem um olhar para o que as pessoas estão **fazendo no seu dia a dia**, então a gente, de uma forma geral, busca pensar nas **atividades** que possam despertar algo de diferente nessas pessoas, não fica necessariamente tão focado no sentimento, no sofrimento da pessoa, mas busca **pensar na prática** mesmo né? O que ela vem fazendo e o que eu posso propor de prazer pra ela e eu acredito muito na gente como alguém que empresta um tanto o nosso desejo na hora da gente fazer as coisas, a gente faz junto com o público muitas vezes, é quase que um Ego auxiliar assim para as pessoas (TO11).*

Lima, Okuma e Pastore (2013) referem que o fazer é um termo bastante utilizado, porém pouco definido, apenas 12% dos 92 artigos selecionados para análise qualitativa de seu estudo evidenciaram o conceito de fazer. Esses são, em sua grande maioria, textos referenciados no Método Terapia Ocupacional Dinâmica, no Método Crítico-Laborativo, nas abordagens psicodinâmicas e na perspectiva da complexidade. Nesses textos o termo opera uma qualificação das atividades e ações, frequentemente associando-as à criação e à transformação. As autoras trazem a contribuição de Araújo e Ferigato (2007) que definem o fazer como um processo livre e criativo que está o potencial transformador humano, ao propiciar o exercício da reflexão crítica e as mudanças diante da vida, ampliando os aspectos de saúde.

Algumas necessidades e/ou demandas tornam-se foco de atenção dos terapeutas ocupacionais durante seus atendimentos. Os profissionais entrevistados mostraram durante as entrevistas uma preocupação em trabalhar autonomia, autoestima, autocuidado, capacidade de lidar com frustração, como já ilustrados em relatos anteriores. Outros focos de atenção dos terapeutas ocupacionais apontados pelos profissionais foram: promover ou estimular a (re)inserção social, aproximação com a cultura, inserção por meio das atividades, estimular e trabalhar com a questão da criatividade, estimular compromisso e responsabilidade, organização do cotidiano. Dentre esses objetivos, a organização do cotidiano foi o tema mais citado entre os

profissionais, porém, é importante destacar - e foi destacado também pelos entrevistados - que este objetivo é construído junto com o usuário.

*Normalmente os atendimentos e atividades que eu faço mais específico em TO são ligados à **autonomia** e **independência**, ligados mais à **organização de cotidiano** (TO2).*

*Eu acho que veria como uma coisa mais ampla também, acho que pensaria a questão do **cotidiano** das pessoas, de alguém que tem um empobrecimento mesmo, se dá para trabalhar essas questões (TO3).*

*No começo [...] tinham mais demanda de pensar alguma coisa da TO, por conta de **olhar pra rotina, a organização do cotidiano, a autonomia**, hoje tem menos, todo mundo dá conta de fazer isso, mas é uma coisa que a gente faz um pouco na semana também, você vê como estão os meninos, ajudar os técnicos de lá pensar a rotina... (TO4).*

Esses pontos foram trazidos anteriormente como o olhar do terapeuta ocupacional. Nos diferentes contextos de atividades apresentados e de acordo com os relatos dos profissionais, os termos autonomia e cotidiano aparecem com maior frequência e, de acordo com os pressupostos teóricos apresentados, unem-se a Terapia Ocupacional.

4.2.5 CONHECIMENTOS NECESSÁRIOS PARA A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

Nesta categoria abordaremos os temas relacionados aos conhecimentos considerados necessários e/ou importantes para a atuação com crianças e adolescentes usuários de SPA na visão dos terapeutas ocupacionais. Durante as entrevistas os profissionais apontaram temas mais gerais, importantes não apenas aos terapeutas ocupacionais, mas para toda equipe, e outros temas mais relacionados à formação dos terapeutas ocupacionais.

De acordo com a política atual, vigente no município de São Paulo, compartilhado também na esfera federal, a política de Redução de Danos apareceu como um dos temas mais citados como assunto de importante conhecimento para os profissionais da área. Conhecimento sobre álcool e outras drogas também foi apontado como importante no sentido de compor o olhar e compreender o uso dentro da perspectiva da Redução de Danos. Os relatos a seguir ilustram esta questão.

...tem o conhecimento da Redução de Danos que eu fui ganhando, que eu não tinha antes de vir trabalhar aqui que não é específico da TO mas que eu acho que é importante (TO4).

Eu acho que tem que ter conhecimento específico de álcool e drogas, Redução de Danos... acho que é isso (TO7).

Eu acho que a coisa do uso de substância é bem importante sim e nos interessa mais aqui pensar no olhar da perspectiva da Redução de Danos, então... como compreender esse uso, quando ele faz o uso, de que maneira que acontece, ele ficou períodos sem usar, então o que acontece que ele consegue ficar esse período sem usar e depois voltou a usar de um jeito muito... mas o que aconteceu nesse contexto pra ele se jogar totalmente e voltar pra "Craco" e ficar "malzão", acho que quando a gente faz uns cursos mais complexos em relação ao uso de substância também é uma ferramenta que ajuda (TO8).

Os profissionais entrevistados norteiam suas ações a partir da perspectiva da Redução de Danos. No tratamento baseado em redução de danos, a definição de seu objetivo, metas intermediárias e procedimentos são discutidos com a pessoa, e não impostos. A interrupção do uso de drogas quase sempre é um dos objetivos, mas outros avanços devem ser valorizados, como evitar colocar-se em risco, melhorar ou retomar o relacionamento familiar e recuperar a atividade profissional. A participação ativa da pessoa nas escolhas das metas e etapas do tratamento valoriza e aumenta a sua motivação e engajamento (BRASIL, 2012d).

Nos moldes atuais, a dependência química é compreendida como uma parte da Saúde Mental como ramo de conhecimento. A partir desta leitura, é possível compreender o motivo pelo qual o tema Saúde Mental também mereceu destaque entre os profissionais, conforme ilustrado nos relatos a seguir.

A gente acaba usando aqui mais conhecimentos gerais de saúde mental, então saber um pouco do funcionamento das pessoas, um pouco... não diagnóstico, também não sei fazer diagnóstico, nem quero saber, é um pouco entender o funcionamento, "fulaninho" funciona assim e a partir disso a gente pode fazer o que com ele...? Acho que um conhecimento da saúde mental mais pra entender isso (TO4).

Acho que tem que ter uma formação em saúde mental, que entende a dinâmica do sujeito, acho que é importante (TO3).

Os relatos anteriores destacam uma necessidade apontada pelos profissionais de compreender a dinâmica dos sujeitos ou possuir ferramentas para este fim. Alguns conhecimentos foram citados pelos profissionais entrevistados como norteadores

para essa compreensão, servindo de embasamento teórico de suas práticas. Os relatos a seguir ilustram alguns desses conhecimentos.

*Enfim, **TO Dinâmica** que algumas usam né? Eu gosto de caminhar nesse sentido... com a questão social... (TO2)*

*Eu acho que tem que ter essa visão, não dá também só ter essa visão dinâmica no atendimento individual, tem que ter essa **visão no coletivo e social**, entender que passa por outras questões que não só querer parar de usar, mas tem outras questões que influenciam (TO3).*

*Eu uso bastante os referenciais do **modelo de desenvolvimento ocupacional, canadense**, e como a gente usa bastante atividade, o lúdico, que embasa muito a minha prática profissional eu me apoio muito no Winnicott, na ideia de trabalhar a dependência caminhando pra uma independência, de espaço potencial e transicional e objetos transicionais e potenciais. Eu acho que o uso de atividades na dependência química eu me apoio bastante no Winnicott, também e na tríade da **Terapia Ocupacional Dinâmica** da Jo Benetton, embora na faculdade, que eu me lembre, a gente pensava muito na tríade no espaço de atendimento individual, que eu também uso, claro, agora [...] a gente tem que focar muito nos grupos por uma questão de otimizar o tempo e também com a proposta de **Reabilitação Psicossocial, Comunitária** e tudo mais, então eu uso muito a tríade atividade - terapeuta ocupacional - paciente no contexto grupal. Então, grupo - os pacientes, a atividade e o terapeuta como uma tríade (TO11).*

*Eu posso dizer o que eu preciso. Eu acho que assim, a base que eu tenho, uma visão de um trabalho **psicodinâmico**, com a base mais **psicanalítica**, me dá um maior manejo de lidar com as pessoas que chegam aqui em sofrimento muito grande, porque fora as questões sociais do uso de substância, é alguém que está num grande sofrimento psíquico. Então assim, minha base né, de formação, me dá um manejo melhor de como lidar com essa pessoa que está em sofrimento tão grande. Até pra que eu possa, frente ao meu nicho de trabalho, como eu vou fazer esses contornos aí pra tentar, é... fazer um processo de reestruturação dessa pessoa, que chega precisando de um novo olhar, de alguém que olhe, que não se torne tão invisível, que seja visto, que seja olhado, mas acho que a é minha formação profissional que me dá esse manejo de lidar com esse sofrimento (TO6).*

Um dos referenciais citados é o Método Terapia Ocupacional Dinâmica, proposto por Benetton (1994, 2006), caracterizado pelo estabelecimento da relação triádica (terapeuta ocupacional - paciente - atividades) e na construção de trilhas associativas como uma técnica de análise de atividades. A atividade aqui é compreendida como o terceiro termo desta relação, que ocorre a partir do encontro entre os 3 termos. A exclusão social é a problemática de partida da população-alvo, que tem por objetivo a inserção social.

Reabilitação Psicossocial diz respeito a um campo que se dispôs a ampliar as possibilidades de tratamento de pessoas com transtornos mentais, contrapondo-se ao modelo asilar e hospitalocêntrico. Discorre sobre o respeito aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, combate à discriminação, envolve a comunidade nas ações territoriais, busca a ampliação das redes de serviço e de apoio social e transformação de políticas públicas (BALLARIN; CARVALHO, 2007).

O modelo canadense é centrado no cliente, abordagem que reconhece a autonomia do cliente e a necessidade de realizar escolhas e tomar decisões de acordo com as suas necessidades. Em seu protocolo de entrevista avalia-se em 4 passos: identificação do problema, quantificação da importância, cálculo de escores e reavaliação, com objetivo de identificar as áreas problema do desempenho ocupacional, auxiliar a definição de objetivos, medir mudanças de desempenho ocupacional ao longo do processo terapêutico (COELHO; REZENDE, 2007).

Além dos conhecimentos citados acima, outro conhecimento que se mostrou bastante importante para os profissionais que trabalham nos equipamentos participantes deste estudo é acerca da Reforma Psiquiátrica Brasileira e suas implicações nas políticas públicas, no SUS, no funcionamento da RAPS e da rede no sentido mais amplo. Os relatos a seguir evidenciam essa questão.

...precisa ter bastante conhecimento sobre Reabilitação Psicossocial, sobre Atenção Psicossocial e abordagem psicossocial (TO11).

...você precisa ter um conhecimento sobre Reforma Psiquiátrica, conhecimento das Leis, você tem que saber como funciona, acho que saber um pouco como seus colegas trabalham, né? Tentar trabalhar em equipe e compartilhar o cuidado desse usuário com o serviço, ter conhecimento sobre o SUS, sobre articulação de rede, sobre matriciamento, sobre a própria TO específica né? (TO2).

...os saberes que eu preciso usar é muito de política pública mesmo, de saber como funciona a rede, pra bancar, pra discutir, pra conseguir fazer os usuários e o serviço terem um lugar na rede, tem uma coisa muito de pensar os direitos e discutir o que precisa melhorar na rede, então isso é uma coisa muito importante e que eu acho que eu tive muita aproximação na graduação, que é pensar na política pública mesmo no macro, então pensar o que é, o que vai mudando, então agora tem a RAPS, o que no nosso território não tem e a gente precisa brigar por, isso eu vejo poucas pessoas que não são TO's fazerem, de fato se apropriar do que é a política e ir atrás de fazer isso acontecer, que é menos com os usuários e mais com o macro, isso eu acho que a gente TO faz mais (TO4).

Nos relatos acima evidenciou-se a importância dada pelos profissionais a respeito dos conhecimentos da Reforma Psiquiátrica. Como já discutido em outros pontos, há uma estreita relação entre Reforma Psiquiátrica e o fazer terapia ocupacional. Participando ativamente do processo de mudança do paradigma asilar para o paradigma psicossocial a profissão trouxe importantes contribuições nas novas formas de cuidado. Compreender a Reforma Psiquiátrica é entender os processos pelos quais foram criadas as novas políticas que guiam as propostas atuais de cuidado nos serviços como a própria Reabilitação Psicossocial e o cuidado no território.

Mais especificamente sobre os conhecimentos relacionados à Terapia Ocupacional, os profissionais pontuaram a importância do terapeuta ocupacional possuir um repertório de atividades que os auxiliem nas intervenções. O conhecimento amplo e a visão generalista foram pontuados como características da formação que possibilitam ao terapeuta ocupacional ter uma visão ampliada e complexa do sujeito, independente da área em que trabalha. Os relatos a seguir ilustram a importância do repertório de atividades e a visão generalista do terapeuta ocupacional como fatores que influenciam em suas ações.

Eu acho que é importante ter um conhecimento de recursos mesmo né? De recursos, de atividades, não que isso seja obrigatório, você pode ir se formando, mas é um apoio, facilita a nossa abordagem. Deixa eu pensar... Acho que da área física é menos dentro do (serviço), mas eu acho que ajuda você ter essa visão, por exemplo, tem um usuário que está lá fazendo uma atividade muito encurvado e daí a gente pensa, não, vamos pensar em outra forma de fazer a atividade, essa forma só vai piorar a condição dele, então eu acho que são várias, a gente usa muito... assim como a nossa formação é bem diversificada, acho que dentro... a gente utiliza todas essas... mesmo da visão artística, pra ter esse recurso pra poder utilizar com eles, acho que de tudo um pouco, são vários núcleos de conhecimento, acho que não são poucos...(TO3)

Então o que eu acho que o TO precisa é ter repertório, porque ele só inventa se tem repertório, se não tem repertório nenhum você não inventa nada. [...] não só a TO, mas ter repertório em todos os conhecimentos, da arte... e acho que é essa a grande... porque acho dá tanto trabalho para falar da nossa profissão, acho que todo mundo entra em crise quando vai falar o que é TO, e eu acho que é ruim porque a gente não consegue definir e contornar do jeito que as outras pessoas conseguem, mas eu acho que dá uma certa liberdade da gente inventar nos encontros e nos atendimentos que eu acho que é o que a TO precisa continuar fazendo. Porque a gente também se adapta a outros tratamentos, não no sentido de empobrecer, mas no sentido de pensar, a gente se inventa o tempo todo nos atendimentos e acho que é isso que a gente faz e aí para mim o que precisa é isso, repertório, acho que de tudo, TO social, de TO... até de educação física também, porque tem algumas coisas de corpo que você precisa,

mesmo na área da saúde mental, você não trabalha só uma coisa, cindida, você não trabalha só com saúde mental, a gente sabe muito bem que o sentimento psíquico causa sintomas no corpo, produz dificuldades de mobilidade e tal e vice e versa. Então acho que a gente precisa se formar de tudo um pouco porque assim, é uma área, eu acho que toda área da TO, muito complexa, e acho que quanto mais a gente tiver um olhar complexo, eu conseguir olhar para o sujeito em toda a complexidade dele, como é que ele vai se formando... eu fico pensando, a gente tem aqueles mapas que a gente faz de contexto, de atividade e tal, que eu acho que é isso que faz a gente olhar o sujeito de um jeito complexo, né? Não só o sofrimento psíquico... Acho que é isso mesmo, acho que essa é nossa grande... que a gente já sai de lá com esse pensamento de mapear, de fotografar as coisas (TO10).

Possuir um repertório de atividades a fim de oferecer possibilidades de intervenções para a população atendida mostrou-se importante para a atuação do terapeuta ocupacional. O repertório do terapeuta ocupacional depende de seus próprios interesses, habilidades e potencialidades. O terapeuta ocupacional, para criar seu repertório de atividades, orienta-se pelos seus desejos e demandas observadas durante sua trajetória profissional.

Sobre o repertório de atividades e o saber fazer, Benetton (2006) chama a atenção para o fato de que só quando se sabe fazer, quando conhece a dinâmica de realização de uma atividade é possível orientar com relação às etapas, promover adaptações.

Os apontamentos trazidos nesta categoria surgiram principalmente dos questionamentos durante as entrevistas a respeito dos núcleos de conhecimento da Terapia Ocupacional e os conhecimentos necessários para o atendimento à população de crianças e adolescentes usuários de SPA. Algumas respostas geram uma reflexão bastante interessante sobre a questão da especificidade em equipamentos que trabalham na lógica do transdisciplinar, como o relato a seguir.

Eu não uso nada de recurso da TO, sou uma péssima TO. A verdade é que eu não sou nada TO. Eu sou uma péssima pessoa para responder a sua pesquisa, porque eu não sou nada TO, eu sou... profissional de saúde mental. Dificilmente eu penso em alguma coisa específica assim... (TO4)

Neste relato foi possível observar que a lógica transdisciplinar integrou tão intensamente a prática deste profissional que sobrepôs sua especialidade. Sobre essa questão, Galheigo (2003), citando Lima (1999), fala sobre as chamadas práticas híbridas como alternativa à estrutura disciplinar possibilitando:

[...] organizações de trabalho pautadas pela transdisciplinariedade. Essa abertura permitiria a criação de novas formas de cuidado em saúde mental, uma vez que as equipes e os equipamentos podem ser contaminados pela complexidade da existência e do sofrimento daqueles que necessitam desse cuidado. Na perspectiva de práticas híbridas, as especificidades profissionais são parte integrante de uma rede de conhecimento, de estratégias e de formas de ação que permitem a produção de novos saberes locais e de novas formas de cuidado.

Para finalizar esta categoria apresentaremos a seguir um relato sobre não apenas os conhecimentos necessários para o atendimento da população de crianças e adolescentes usuários de SPA, mas sobre o olhar humano necessário para essa população.

É que eu acho que a gente está com uma população tão vulnerável que talvez o que a gente encontre aqui, não sei nem se tem preparo, sabe? Não sei se alguém vem preparado pra isso... se precisa saber aplicar determinado... não existe. Acho que você estar aberto e começar a enxergar a pessoa como ser humano, nas relações cotidianas, o que ela fazia e o que ela deixou de fazer e o que ela está perdendo, como é o funcionamento dela com relação à droga, qual espaço essa droga ocupa na vida dela, né? Tentar preencher esse espaço com outras coisas, eu acho que é o principal, não pode deixar faltar (T05).

4.2.6 DIFICULDADES E DESAFIOS NO TRABALHO DE ATENÇÃO E CUIDADO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Esta categoria abordará as principais dificuldades no trabalho, tanto relacionadas ao atendimento de crianças e adolescentes usuários de SPA quanto dificuldades institucionais e/ou políticas relatadas pelos profissionais durante as entrevistas. Além disso, foram apontadas pelos terapeutas ocupacionais algumas estratégias para lidar com algumas dessas dificuldades, que também serão abordadas nesta categoria.

O tema mais frequente no discurso dos profissionais com relação às dificuldades é a dificuldade de adesão das crianças e adolescentes usuários de SPA ao tratamento, apresentando uma frequência bastante oscilante nos serviços. Os relatos a seguir ilustram a preocupação dos profissionais com essa questão e as estratégias de responsabilização, conversa, busca ativa, discussão de caso e oferta de materiais e/ou serviços como algumas das formas de lidar com essa dificuldade.

Pensando em adolescente (a dificuldade) é tentar prender a atenção deles, né? É tentar fazer que aquilo se torne interessante, então isso é um desafio. O que a gente sempre usava de estratégia era perguntar pra eles o que eles queriam fazer. E aí se depois dispersava a gente falava "Vocês que escolheram isso!", também uma responsabilização deles né? Então a gente usava mais isso como estratégia. Em alguns momentos a gente dizia "Olha, isso é importante, a gente precisa fazer", acolhimento por exemplo, "por mais que seja chato, é importante porque a partir disso que eu posso pensar como eu vou cuidar de você. Se você veio aqui quer dizer que você quer um cuidado. Então a partir da nossa conversa a gente consegue pensar em estratégias". Às vezes funcionava, às vezes nem tanto (TO2).

Outra dificuldade é a aderência, uma estratégia que a gente usa é fazer busca ativa, fazer visita, discutir [...] de ligar pro equipamento e ver se está lá, se está indo ou não está indo, liga na escola pra saber se está comparecendo ou não está, se a mãe está levando, ou médico, ou centro de acolhida (TO5).

eu acho que a dificuldade com eles é a frequência né? Quando eles somem, não aparecem, é difícil encontrá-los... [...] Acho que a grande questão é a frequência deles mesmo, eles somem, é muito difícil manter o acompanhamento, você está acompanhando e o menino desaparece. A gente faz busca ativa, [...] fazem a busca na rua [...]. Aí se a gente encontra tenta chamar "ah, vamos lá, vamos tomar um lanche..." a gente tenta chamar de algum jeito assim... "vamos tomar banho...", mais pelos interesses deles (TO7).

...a rotatividade dos meninos é uma coisa que tem acontecido, os meninos têm circulado muito, porque antes tinha, sei lá, os meninos do Vale, os meninos da Luz, os meninos da Sé, então a gente sabia que eles iam estar ali. Principalmente depois da Copa, os meninos começaram a circular muito, então às vezes a gente não encontra os meninos, não consegue abordar, muitas vezes eles não conseguem vir aqui [...] Olha, a gente vai atrás pra caramba dos meninos, então, se eles não estão vindo aqui e são meninos que a gente conhece, sabe que alguém da rede conhece, a gente vai atrás pra caramba mesmo, não espera muito eles virem, a gente procura, vai atrás, liga, faz abordagem, descobre onde está, mas a gente também respeita as pessoas que não querem vir, também não dá pra forçar e eu acho que o tempo que as pessoas escolhem ter ou podem ter, que os usuários escolhem ou podem ter de frequência, de adesão é importante de olhar também, de respeitar, de conversar sobre esse tempo, não acho que isso de fato atrapalha, acho que faz parte do processo, a gente acaba olhando pra isso junto com eles (TO4).

Mediante os diferentes modelos de tratamento especializados para a questão das drogas, deve-se considerar que o indivíduo pode se envolver com o tratamento proposto ou abandoná-lo, isto é, aderir ou não ao tratamento. A adesão pode sugerir o estabelecimento ou a qualidade do vínculo entre usuário do serviço e equipe de saúde, de forma que haja compromisso mútuo nas atividades integradas ao tratamento e, decorrente disso, o favorecimento de mudanças no comportamento em relação ao uso da droga (VASTERS; PILLON, 2011).

Vasters e Pillon (2011) realizaram um estudo com 14 adolescentes entre 14 e 19 anos buscando conhecer o uso e percepções sobre adesão ao tratamento. Diferentes aspectos intrínsecos e extrínsecos foram referidos como favoráveis à adesão e abandono do tratamento. Os fatores relatados pelos adolescentes como favoráveis à adesão ao tratamento referem-se à constituição de uma nova rede de relações sem a presença de usuários de drogas; “força de vontade”; bom relacionamento com os profissionais do serviço especializado; existência de apoio familiar; práticas de esportes e religiosa. Entre os fatores apontados pelos adolescentes como dificultadores na adesão ao tratamento estão: grupo de amigos, influenciando a não permanência no tratamento; o adolescente não desejar a interrupção ou redução do consumo de drogas; ausência da participação da família nas atividades do tratamento; acessibilidade à droga, comuns nos contextos de diversão (festas) e no cotidiano; e, por último, referiram a possíveis não adequações do tratamento especializado a essa população (como uma equipe que não acolhe e não favorece o vínculo, atividades propostas pelo tratamento que não sejam interessantes aos adolescentes, a localização do serviço especializado de difícil acesso ou, ainda, seu horário de funcionamento que não atende à demanda desses adolescentes). Este estudo aponta direções importantes no sentido de favorecer o vínculo e a adesão de adolescentes ao tratamento.

A busca ativa como estratégia em lidar com a frequência oscilante dos usuários envolve uma articulação de rede e contato com os diferentes serviços e equipamentos por onde essas crianças e adolescentes transitam. Nesta aproximação com a rede os profissionais apontaram algumas dificuldades relacionadas a este processo. Além das dificuldades de articulação de rede durante a busca ativa, outras situações foram apontadas pelos profissionais acusando falta de rede e/ou redes fragilizadas. Algumas características que serão apontadas nos relatos a seguir já foram descritas no item 4.2.3, traremos aqui com a intenção de ilustrar e contextualizar a rede no cotidiano do profissional.

é difícil também quando a gente vai tentar retorno pra família, muito difícil conseguir articular rede, tem lugares que nem chega serviço na região deles, você fala "quero que o menino volte pra casa, esteja em casa", mas aí você não consegue serviço que atenda ele lá, [...] é tudo muito longe e aí não tem suporte pra essa família conseguir dar conta de estar com esse menino. Acho que aqui no Centro até tem uma rede que a gente consegue... mais ou menos...recebê-los... Mas a gente tem tido muita reunião e tem se alinhado pra tentar trabalhar com eles (T07).

A maior dificuldade acho que é a falta de rede, rede no sentido por exemplo, o menino não consegue ficar no abrigo porque no abrigo não deixa fumar, por causa de todas as leis e tudo o mais e também por questões dele, mas aí em que lugar que ele vai ficar? Porque ele só tem uma lá e às vezes ele não pode ficar lá, então acho que tem que inventar outros lugares para esses meninos. Porque falta para eles uma escolha, porque o que fica para eles é a rua, porque por mais que a gente tente encaminhar para um abrigo ele foge do abrigo, encaminha para um lar, tenta sustentar ele num lar, mas tem outras questões que não permitem que ele fique e a gente fica nessa luta para sustentar um espaço de habitação para essa criança, esse adolescente que eu acho que é uma questão para a gente, acho que pega muito para a gente porque acho que hoje em dia a gente aqui [...] consegue entender a rua como um lugar também, mas é um lugar de muitos riscos e é isso que a gente tem como uma questão (TO10).

Bourguignon (2001) afirma que tradicionalmente as políticas públicas básicas (educação, assistência social, saúde, habitação, cultura, lazer, trabalho, etc.) são setoriais e desarticuladas, respondendo a uma gestão com características centralizadoras, hierárquicas, deixando prevalecer práticas na área social que não geram a promoção humana. Além disto percebe-se que cada área da política pública tem uma rede própria de instituições e/ou serviços sociais. Exemplo disto é a Assistência Social que possui um conjunto de entidades estatais e filantrópicas que prestam serviços na área de forma paralela as demais políticas e muitas vezes atendendo aos mesmos usuários. Esta forma de gestão da política pública gera fragmentação da atenção às necessidades sociais; paralelismo de ações; centralização das decisões, informações e recursos; rigidez quanto as normas, regras, critérios e desenvolvimento dos programas sociais; divergências quanto aos objetivos e papel de cada área, unidade, instituição ou serviço participante da rede; fortalecimento de hierarquias e poderes políticos/decisórios e fragilização do usuário - sujeito do conjunto das atenções na área social. Dos apontamentos trazidos por este autor, percebe-se no decorrer deste trabalho, a partir dos relatos dos profissionais, que muitos desses entraves persistem, porém é importante salientar que de fato há articulação em rede e ações intersetoriais que apontam para um avanço nessas questões.

Ainda com relação às dificuldades relacionadas à rede, o relato a seguir evidencia o esforço, característico da rotina de muitos profissionais, em oferecer cuidado aos usuários dos serviços, seja em uso de SPA e/ou em condição de vulnerabilidade social diante de uma realidade resultante e influenciada por questões e decisões políticas, que refletem nas condições de vida de crianças e adolescentes que estão

em contato com estes profissionais. Os relatos a seguir dizem sobre cotidianos de serviços e seus entraves.

eu estou bem... um pouco em crise com o sistema de saúde né? Com toda a coisa pública, porque parece que não acontece, a gente faz, faz, faz, faz das tripas coração e a gente faz coisas muito lindas que são muito importantes pra essas crianças, não acho que não são, mas acho que a gente poderia sim dar passos um pouco mais largos e consistentes e mais profundos, assim, aterrados, que construam... a gente não consegue contar com esse equipamento, não consegue contar com esse outro, não consegue contar com a educação pública que não funciona, não consegue contar com a Assistência, [...] foi feito pra funcionar de um jeito muito bacana, mas a gente não consegue contar com nada, é muito difícil trabalhar sozinha, não dá, ainda mais pensando em álcool e drogas e todo o resto que não funciona e a Saúde também funciona de um jeito um pouco "capenga", então acho muito difícil... porque eles denunciam também uma necessidade de equipamentos mais... serviços e equipamentos mais consistentes, mas... acho que a gente também denuncia uma falha enorme no sistema, sabe? Eu olho pro menino e vejo todas essas necessidades do cuidado com ele, cuidado com a família, cuidado com o sistema educacional, o sistema prisional... pra mim é isso, assim...(TO8)

Ai... eu acho que a estratégia foi sofrer (risos). A maior dificuldade é que o problema é muito maior do que a gente consegue alcançar. A gente se insere em lutas mega... e que a gente não faz nem cócegas nisso. Eu acho que é uma grande dificuldade a questão social, as desigualdades, [...] As maiores dificuldades são essas, não é o atendimento com o menino, não é ele chegar chapado, raramente isso acontece, teve vezes de ter chegado, mas isso nem considero uma dificuldade, mas a gente já teve muito aqui menino completamente transtornado, agredindo muito, batendo em nós bastante, cuspiendo... é difícil, mas eu nem lembrei disso quando você perguntou (TO8)

A produção de redes no território das práticas dos trabalhadores de saúde necessita de uma nova proposta para a composição do trabalho a partir de novas relações entre quem acompanha no tempo e quem intervém naquelas situações onde o saber sobre determinado aspecto é importante para a composição das tecnologias que aproximem ao máximo o conjunto das ofertas da perspectiva ética da integralidade. O problema não está exclusivamente no conhecimento produzido, mas na fragmentação e na falta de vínculo que marca a intervenção daqueles denominados especialistas (RIGHI, 2010).

Os relatos anteriores tratam também de questões políticas que permeiam o trabalho desses profissionais. Mesmo quando há políticas ou iniciativas políticas pensadas para essa população, muitas vezes elas acontecem de maneira segmentada, dificultando as relações entre os equipamentos e/ou secretarias, como ilustrado nos relatos a seguir.

E aí como vai se falar sobre Redução de Danos com adolescente? Então isso é uma coisa que culturalmente não se pode dizer. Redução de Danos já é uma coisa muito delicada, ainda com adolescentes vão falar "per aí, como assim você está falando do adolescente?!" né? Tem casos que... usa, mas de maneira mais preservada... "você está incentivando o adolescente a usar?". Então assim, "por Lei você não pode fazer isso, não pode dar cigarro pra menor de 18 anos", então esse era um conflito bem importante, porque o que eu percebi nesse serviço é que Assistência Social funciona muito diferente da Saúde. Então algumas questões ideológicas, não sei nem se é ideológica, mas as maneiras de funcionar... elas se batem mesmo né? Elas não se completam, elas são distintas, então eu acho que isso dificulta muito o trabalho (TO2).

...eu acho que as maiores dificuldades pra atender essa população no Centro são as dificuldades políticas [...] e tem sempre um atravessamento político na composição da rede [...] se de fato a gente começa a conseguir o protagonismo dos usuários isso incomoda politicamente, então os usuários têm que ser protagonistas, mas não podem ser tanto assim... [...] Tem outras dificuldades, enfim, que eu posso dizer assim, sei lá, pouca verba pro transporte nosso aqui para os profissionais e também para os usuários, então às vezes a gente tem dificuldade de ir pra algum lugar que a gente precisaria ir por conta de verba, tem dificuldade de estrutura, de materiais que não são suficientes, mas acho que as principais dificuldades passam por essa coisa política mesmo, de tudo ser atravessado [...] Não é nada difícil pra gente estar lá, não é nada difícil pra gente sentir cheiro ruim, calor, frio, nem conversar com os meninos, a dificuldade é o atravessamento político [...] As outras dificuldades a gente tira de letra, sei lá, (TO4).

Eu acho que o serviço é permeado por muitas coisas né? Existe uma Portaria X, que na verdade não diz como a pessoa tem que trabalhar, como o serviço tem que trabalhar, então eu acho que o que diferencia um serviço de outro são os profissionais que o constitui, quem administra, a região onde está, então em outros você vai ouvir relatos muito diferentes do meu, enfim, não sei né, porque são vivências diferentes (TO2).

A “crise dos serviços”, ou a crise de operatividade dos serviços, diante de novos objetivos e utopias, aparece como uma constante em inúmeras experiências nacionais e internacionais e parece fazer parte constitutiva do processo de construção das novas Políticas de Saúde Mental (SARACENO, 1998a; 1998b; 1999; OMS/PAS, 2001; CASTELFRANCHI et al., 1995 apud MÂNGIA; MURAMOTO, 2006).

Apesar das dificuldades na articulação com a rede relatada pelos profissionais, essa estratégia mostra-se ainda bastante potente para lidar com a complexidade dos casos que transitam pelos equipamentos do Centro de São Paulo. O relato a seguir ilustra a importância do trabalho em rede e do trabalho em equipe.

...fazer a rede com os outros equipamentos [...] porque fazer parceria com os outros equipamentos foi a melhor coisa que a gente fez, [...] o grande problema para a gente é ficar sozinho. [...] Então acho que a ideia é gente

poder produzir para ter mais gente implicada no caso para poder fazer uma rede de sustentação para o usuário e para a gente, porque senão a gente não dá conta. Acho que essa é a principal estratégia. E aqui a gente discute muito. Acho que a gente tenta não ficar sozinho aqui nessa equipe [...] a gente começa a ficar muito ou impotente ou começa a ficar no sofrimento também, profissional, então eu acho que a ideia é a gente ficar trabalhando com referência e correferência, sempre em dupla, no mínimo, às vezes eu tenho uma outra referência a mais e a gente discute bastante, acho que essas são as estratégias para sustentar o trabalho (TO10).

De acordo com o relato do profissional, o trabalho integrado da equipe é uma ferramenta importante para dar suporte ao profissional, principalmente em casos mais complexos e/ou de difícil manejo. Uma das dificuldades ao manejar um caso é a questão da agressão e violência. A agressividade também foi um dos temas que surgiram durante as entrevistas com os terapeutas ocupacionais ao falarem sobre relação com os usuários. Esse tema apareceu não apenas relacionado à violência física ou verbal, mas também se refere à um comportamento mais agressivo, transgressor, de testar as regras e limites tanto de funcionários quanto da instituição. A agressividade entre os usuários também aparece no relato dos profissionais como uma dificuldade em mediar essas situações de conflito. Os relatos a seguir ilustram estas questões.

Eu acho que eles tinham dificuldade de regras, não todos, mas geralmente alguns respeitam muito, mas outros de... como eu posso dizer, de...provocar um pouco o terapeuta pra ver até onde vai, uma provocação no grupo, às vezes ser meio agressivo, mas eu acho que quando eles sentem que mantém o vínculo mesmo eles sendo... tendo essa agressividade, eu acho que facilita muito mais, então... a gente tem muita dificuldade no começo, se a gente consegue sustentar, depois maneja muito mais tranquilo. Eles são menos agressivos eu acho, pelo menos aqui, com os profissionais aqui, eles eram muito (agressivos) entre eles e mediar essas relações... [...] crianças e adolescentes [...] vão pra brigar mesmo, então essa mediação da violência era muito difícil... (TO3).

Às vezes tem questões de violência, eles chegarem mais violentos [...]. Não sei se tem uma fórmula mágica né? A gente tem que analisar cada caso de um jeito.[...] Ah, eu não sei. Acho que a equipe está um pouco frágil...porque às vezes acontece... acho que a gente está cada vez se alinhando mais pra isso acontecer menos, às vezes eles vêm muito agressivos e é difícil às vezes suportar aquela violência que algumas vezes os meninos trazem, eles vêm pra cima, a gente não consegue segurar né? Ainda com criança... mas adolescente é mais difícil. Mas a gente vê na hora o que dá pra fazer, não sei se tem uma estratégia para momentos assim...(TO7)

A questão da agressividade e violência que permeiam essa população foram discutidos principalmente na categoria sobre o contexto de vida. Exemplos de violência física e verbal de crianças e adolescentes contra os funcionários apontam

uma necessidade de se olhar para a saúde, condições de trabalho e orientação / preparo dos profissionais que lidam com essa questão. Essa preocupação apareceu no relato dos terapeutas ocupacionais entrevistados que apontam uma necessidade das instituições e/ou políticas olharem para o trabalhador. Os relatos a seguir ilustram esta questão dos profissionais.

Ah... o serviço assim é bem precário né? Eu acho que tem várias dificuldades de trabalho mesmo, que eu acho que acaba prejudicando bastante. [...] Falta espaço de reflexão... (T07)

esse é um serviço que não tem supervisão institucional, que é uma coisa muitíssimo ruim, deveria ter... (T02)

então eu sofro muito, os recursos encontrados... eu não sei se eu encontrei, mas é muito difícil, a gente sofre muito, a gente... também, quem cuida de quem cuida né? Quem cuida do cuidador? É uma pergunta que eu sempre me faço e não tenho resposta aqui. Já tentei, a gente não tem uma supervisão, um lugar pra cuidar da gente, não é cuidar mãe, de pegar no colo, não é isso [...] mas como é que vai cuidar desse profissional de saúde que está se expondo à tais situações, pensar em formação continuada para esses profissionais, pra todos os profissionais, uma supervisão clínico-institucional... são recursos que tem que lutar pra ter aqui, acho que agora eu estou bem desanimada, mas já fiz muito movimento disso... (T08).

...a quantidade de atendimento e as pessoas não pensam quanto à intensidade do atendimento. Acho que a gente precisa começar a discutir, [...] às vezes eu atendi um adolescente no dia, mas eu fiquei o dia inteiro com ele, numa situação super crítica, numa crise, e que eu preciso de mais outras cinco pessoas comigo para estar contendo aquele adolescente porque eu sozinha não dou, o que não é impossível. Acho que a gente precisa pensar um pouco mais nisso também, território, serviço e tal e acho que isso não está sendo muito discutido no ministério da... né? Porque não está sucateando por falta de profissional, quer dizer, é por isso também, mas está sucateando porque não tem esse cuidado dos profissionais que estão ali, nessa ponta, com esses adolescentes ali tentando sustentar alguma coisa com eles, é complicado. Acho que é isso (T010).

Um estudo realizado por Ramminger (2005) buscou analisar os efeitos da Reforma Psiquiátrica na saúde e nos processos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental. A autora afirma que não basta investir em capacitação e formação, sem o concomitante compromisso de criar espaços de reflexão sobre o trabalho para além da afirmação de verdades e respostas nos quais se possa construir coletivamente um novo saber, considerando também as experiências dos trabalhadores. Um dos resultados apresentados pela pesquisadora vem de encontro aos relatos citados acima:

"Entre as questões apresentadas pelos trabalhadores de serviços de saúde mental em relação às iniciativas de cuidado com o trabalhador, cumprem papel de destaque a equipe e a supervisão. A falta de integração da equipe e de espaços de escuta e reflexão, são identificados como fatores que contribuem para o adoecimento dos trabalhadores. Outro fator apontado pelos entrevistados como fonte de estresse em seu trabalho, são as limitações não apenas dos serviços de saúde mental, mas sobretudo, de outros equipamentos e ações de suporte social (RAMMINGER, 2005, p. 101).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo geral compreender a atuação de terapeutas ocupacionais na rede intersetorial de atenção e cuidado com crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas na região do Centro da cidade de São Paulo. Como objetivos específicos preconizou sistematizar as informações sobre equipamentos do Centro de São Paulo que oferecem atenção e cuidado às crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas de São Paulo/SP; identificar quais equipamentos nesta rede contam com a atuação de terapeutas ocupacionais; e descrever a atuação dos terapeutas ocupacionais junto à população de crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas.

Pesquisar a especificidade da Terapia Ocupacional em um momento em que se constroem práticas transdisciplinares caracterizou-se um desafio, por outro lado, traz contribuições importantes a respeito do processo histórico de constituição e transformação da profissão, marcando um momento político e seus reflexos no modo de fazer e ser terapeuta ocupacional. Neste sentido, a presente pesquisa revelou como se constituem as práticas de terapia ocupacional em equipes inter e transdisciplinares, seus desafios e potencialidades na atuação em rede para a atenção e cuidado à crianças e adolescentes usuários de SPA.

A proposta de se trabalhar em redes tem sido o caminho adotado nas políticas de cuidado não apenas com essa população, mas como a forma de se fazer saúde, conceito que cada vez mais se distancia da ausência de doença e vai se constituindo como significado de produção de vida. Nessa nova conformação, o

recorte da saúde não é mais suficiente para trabalhar a complexidade da vida dos sujeitos, exigindo novas conformações e novas formas de organização do trabalho.

A tendência das políticas públicas atuais no atendimento tanto da infância e adolescência quanto voltadas às pessoas com necessidades relacionadas ao uso de SPA preconizam o atendimento intersetorial e inter ou transdisciplinar. O terapeuta ocupacional, compondo uma equipe inter ou transdisciplinar, traz contribuições importantes para a efetivação do cuidado integral da população em questão. A atenção e cuidado voltados para a população de crianças e adolescentes usuários de SPA exige uma compreensão da complexidade que envolve este fenômeno e chama a atenção para conceitos bastante estudados: fatores de risco e proteção, vulnerabilidade e resiliência são alguns termos que permearam o estudo.

Conhecer o contexto de vida de crianças e adolescentes usuários de SPA que frequentam a rede intersetorial foi o primeiro passo na compreensão da complexidade. Violência, rupturas de vínculos, exclusão, situação de rua, uso de drogas, violação de direitos e falta de acesso à serviços e espaços públicos foram alguns dos temas que vão compondo o cenário de crianças e adolescentes do Centro de São Paulo.

Diante do contexto apresentado, a atuação da Terapia Ocupacional junto à essa população justifica-se pelo fato desta profissão, a partir de diferentes referenciais teóricos, trabalhar com a problemática de exclusão. Como característica da Terapia Ocupacional, o caráter interdisciplinar de sua formação apareceu como um fator que auxilia na atuação em rede e na equipe inter e transdisciplinar.

As atividades na Terapia Ocupacional apareceram no discurso dos profissionais de diferentes formas, refletindo a variedade de conceitos e definições apresentados na literatura: atividades como recurso, como instrumento, atividade humana. Diante da variedade de conceitos adotados, vários foram os objetivos atribuídos à essa função: autonomia, autoestima, expressão, ampliação do repertório, inserção e participação social, protagonismo, organização do cotidiano.

Se a partir da perspectiva dos profissionais vários núcleos de conhecimento foram identificados como característicos dos terapeutas ocupacionais (olhar para a rotina, para o cotidiano, para as potencialidades, contexto, atividades, entre outras), a

compreensão que outros profissionais da equipe atribuem ao terapeuta ocupacional, na opinião destes, evidencia uma visão mais presa às questões motoras, de deficiência, adaptação e atividades de vida diária, além das funções cognitivas. Chama a atenção o fato de que, apesar de, sob a ótica dos terapeutas ocupacionais entrevistados, a equipe não demonstrar uma total compreensão sobre as questões que se tornarão alvo de intervenção terapêutica ocupacional, a equipe muitas vezes encaminha os casos graves para que a TO intervenha. Outro ponto importante foi a percepção crítica e ampliada dos gestores a respeito do papel do terapeuta ocupacional em sua equipe.

Com relação à rede, os resultados apontaram para uma articulação eficiente no território estudado, sendo evidenciado pelas ações realizadas em conjunto, unindo profissionais de diferentes setores, e pela rede identificada pelos gestores e profissionais. A rede se fortalece também pelas reuniões de matriciamento e intervenções realizadas conjuntamente como visitas domiciliares e abordagem de rua, principalmente com a Atenção Básica, buscando sempre a integralidade no cuidado. Apesar de eficiente, os profissionais identificam dificuldades e entraves. Um desafio colocado é a articulação nos níveis setoriais políticos e de gestão. Se as articulações são possíveis entre profissionais, na base, dividindo o mesmo território, no nível da gestão isso não acontece com frequência.

Ainda sobre a atuação em rede junto às crianças e adolescentes usuários de SPA, os profissionais elencaram alguns temas que consideram importantes para o terapeuta ocupacional, que fundamentam e dão subsídios para a prática no seu cotidiano profissional: Redução de Danos, políticas públicas (RAPS, RAS), reabilitação psicossocial e possuir repertório de atividades foram alguns deles.

Este estudo trouxe informações importantes que, esperamos, possam contribuir para o conhecimento e a prática de terapeutas ocupacionais que enfrentam o desafio de tecer redes todos os dias. Novos estudos podem contribuir para maior conhecimento das ações em rede e novas estratégias de articulação visando a integralidade do cuidado e a resolutividade nas ações, principalmente de populações tão vulneráveis quanto a de crianças e adolescentes usuários de SPA.

REFERÊNCIAS

ADORNO, R. C. F. Crianças, adolescentes e jovens: exclusão, vulnerabilidade, cidadania e modos de vida - uma aproximação aos circuitos de trânsito pelas ruas. In: SILVA, E. A.; MICHELI, D. D. (orgs.) **Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa**. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2011.

ADORNO, R. C. F. et al. Etnografia da Cracolândia: notas sobre uma pesquisa em território urbano. Revista **Saúde & Transformação Social**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.4, n.2, p.04-13, 2013.

ALARCON, S. Drogas psicoativas: classificação e bulário das principais drogas de abuso. In: ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (orgs.) **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, v.14, n.3, set-dez, p. 30-50, 2005.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.11, p. 2309-2319, 2009.

AMATO, T. C. **Resiliência e uso de drogas**: Como a resiliência e seus aspectos se relacionam aos padrões no uso de drogas por adolescentes. Tese (Para obtenção do título Mestre em Ciência) Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 2010.

AMATO, T. C.; RONZANI, T. M.; NOTO, A. R. Resiliência: contribuições das evidências científicas para a construção do conceito. In: SILVA, E. A.; ZUGMAN, D. K.; MOURA, Y. G. **Vulnerabilidades, resiliência e redes** - uso, abuso e dependência de drogas. São Paulo: Red Publicações, 2015.

ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F. G. História das drogas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependência**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.

ARAUJO, T. **Almanaque das drogas** - um guia informal para o debate racional. São Paulo: Leya, 2012.

AYRES, J. R. C. M. **Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas: HIV/AIDS e abuso de drogas entre adolescentes.** São Paulo: Fac. de Medicina da USP, 1996.

BALLARIN, M. L. G. S. Algumas reflexões sobre grupos de atividades em terapia ocupacional. In: PÁDUA, E. M. M.; MAGALHÃES, L. V. (orgs.). **Terapia ocupacional: teoria e prática.** Campinas: Papirus, p. 63-78, 2003.

BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B. Considerações acerca da reabilitação psicossocial: aspectos históricos, perspectivas e experiências. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (orgs.) **Terapia ocupacional: fundamentação & prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.354-363, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BARROS, D. D.; LOPES, R. E.; GALHEIGO, S. M. Novos espaços, novos sujeitos: a terapia ocupacional no trabalho territorial e comunitário. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (orgs.) **Terapia ocupacional: fundamentação & prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.354-363, 2007.

BARROS, M. R. M.; RODRIGUES, M. R. Terapia ocupacional aplicada à dependência química. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

BATISTA NETO, F. **Drogas: por que as pessoas usam? É possível prevenir?** Editora Insular. 1a. ed., 2009.

BENETTON, M. J. **A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental.** Tese (Doutorado em Saúde Mental). Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1994.

_____. **Trilhas associativas: ampliando subsídios metodológicos à clínica da terapia ocupacional.** Campinas: Arte Brasil Editora/UNISALESIANO, 2006.

BOURGUIGNON, J. A. **Concepção de rede intersetorial.** set. 2001. Disponível em: < <http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm> > Acesso em: 28 de dezembro de 2015.

BRASIL. **Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976,** Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes

ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Brasília, 1976.

_____. **Lei nº 6.697 de 10 de outubro de 1979**, institui o Código de Menores. Brasília, 1979.

_____. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990**, dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

_____. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002**, que regulamenta o funcionamento dos CAPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política nacional de assistência social**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004b.

_____. **Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006**, Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, 2006a.

_____. **Política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS** - material de apoio. Brasília: 2006b. Disponível em <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>> Acesso em: 20 de janeiro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. **Lei nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**, institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010**, estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. **Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010**, institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria seu Comitê Gestor e dá outras providências. Brasília, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3.089 de 23 de dezembro de 2011**, dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 130/GM/MS 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 854 de 22 de agosto de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 121 de 25 de janeiro de 2012**. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1.966 de 10 de setembro de 2013**, altera os Incisos III e VI do art. 1º da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de estrutura física dos centros de atenção psicossocial nos territórios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRINGIOTTI, M. I. El impacto de los malos tratos en el desarrollo psicossocial. In: BRINGIOTTI, M. I. **Maltrato infantil: factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil que concurre a las escuelas dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires**. Madri (Espanha) / Buenos Aires (Argentina): Niño y Dávila, p. 67-70, 1999.

BRITO, R.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, A. M. (org.) **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 115-129, 1999.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BÜCHELE, F.; DIMENSTEIN, M. D. B. (orgs.). Projeto terapêutico singular. In: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão. **Recursos e estratégias do cuidado**. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.

BUENO, A. R. **Terapia ocupacional no campo da saúde mental infanto-juvenil: revelando as ações junto aos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi)**. Dissertação (Mestrado). São Carlos: UFSCar, 2013.

CAMPOS, G. W. S. **A Clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2002.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública** 23(2): 399-407, fev. 2007.

CARBONERA, M. S. **Guarda de filhos na família constitucionalizada**. Porto Alegre: Sérgio Fabris, 2000.

CARVALHO, M. C. O conhecimento da vida cotidiana: base necessária à prática social. In: CARVALHO, M. C.; NETTO, J. P. **Cotidiano: consciência e crítica**. São Paulo: Cortez, p.17-63, 2000.

CARVALHO, M. R. M. **Organizações e o fenômeno da "Cracolândia" no bairro da Luz: um estudo empírico**. Relatório de Pesquisa. Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas. São Paulo: CNPq/GV Pesquisa, 2012.

CASTELLS, M. A Sociedade em Rede: do conhecimento à política. In: CASTELLS, M.; CARDOSO, G. **A Sociedade em Rede: do conhecimento à ação política**. Conferência Promovida pelo Presidente da República. Centro Cultural de Belém: Imprensa Nacional - Casa da Moeda, 4 e 5 de março de 2005.

CASTRO, E. D. A dança, o trabalho corporal e a apropriação de si mesmo. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.3, n.1/2, p. 24-32, 1992.

CASTRO, E. D. **Atividades artísticas e terapia ocupacional: construção de linguagens e inclusão social**. 2001. 326fls. Tese (Doutorado em Ciências da Comunicação) - Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. **Juventudes no Brasil: vulnerabilidades positivas e negativas**. I Congresso da Associação Latino Americana de População,

ALAP, realizado em Caxambu – MG – Brasil, de 18 – 20 de Setembro de 2004.
Disponível em:
<http://www.abep.neo.unicamp.br/site_eventos_alap/PDF/ALAP2004_295.PDF>
Acesso em: 10 de Janeiro de 2016.

CAVALCANTE, M. B. P.; ALVES, M. D. S.; BARROSO, M. G. T. **Adolescência, álcool e drogas**: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. 2008.
Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a24.pdf>>. Acesso em: 10 de Maio 2014.

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). **2º levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo (SP): CEBRID/UNIFESP. Secretaria Nacional Antidrogas, Gabinete de Segurança Institucional, 2006.

_____. **VI levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras**. E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], São Paulo: CEBRID - UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010.

CHIAVERINI, D. H. (Org.) et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde - Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S.; CIA, F. Relações entre a saúde mental de estudantes do ensino fundamental e as práticas e estilos parentais. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 39, n. 4, p. 504-513, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Ministério da Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

COELHO, Z. A. C.; REZENDE, M. B. Atraso no desenvolvimento. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (orgs.) **Terapia ocupacional**: fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.354-363, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Nota Técnica nº 58/11 Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília: CONASS, 2011

CONTE, M. et al. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. Porto Alegre: **Boletim da Saúde**, v.18, n.1, jan/jun 2004.

COSTA, D. F. C.; PAULON, S. M. Participação social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. Rio de Janeiro: **Saúde em Debate**, v.36, n.95, out/nov 2012, p. 572-582.

COSTA, P. H. A.; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI, T. M. As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: histórico, políticas e pressupostos. In: RONZANI, T. M. et al. (orgs.). **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, p.41-66, 2015.

COSTA, P. H. A. et al. O que são as redes e a importância das redes sociais na dependência de drogas. In: SILVA, E. A.; ZUGMAN, D. K.; MOURA, Y. G. **Vulnerabilidades, resiliência e redes: uso, abuso e dependência de drogas**. São Paulo: Red Publicações, 2015.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. In: DESSEN, M. A.; COSTA Jr., Á. L. (Orgs.). **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed, p.113-131, 2005.

DIAS, J. C.; PINTO, I. M. Substâncias psicoativas: classificações, mecanismos de ação e efeitos sobre o organismo. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, p. 39, 2006.

DONEDA, D.; GANDOLFI, D. O início da redução de danos no Brasil na perspectiva governamental: ação local no impacto nacional. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, p. 358-360, 2006.

FEIJÓ, R. B.; OLIVEIRA, E. A. Comportamento de risco na adolescência. **Jornal de Pediatria**, v.77, supl.2, p. S125-S134, 2001.

FERIOTTI, M. L. Construção de identidade(s) em terapia ocupacional no contexto das transformações paradigmáticas da saúde e da ciência. In: PÁDUA, E. M. M.; FERIOTTI, M. L. (orgs.) **Terapia ocupacional e complexidade: práticas multidimensionais**. 1a. ed. Curitiba: CRV, p.44, 2013.

FERNANDES, A. D. S. A. **Cotidiano de adolescentes vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi): realidade e perspectivas.** Dissertação (Mestrado). São Carlos: UFSCar, 2014.

FRANCO, T. B.; ZURBA, M. C. (orgs.). **Atenção psicossocial e cuidado.** Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.

FROTA, M. G. C. A cidadania da infância e da adolescência. In: CARVALHO, A.; SALLES, F.; GUIMARÃES, M.; UDE, W. (org.). **Políticas públicas.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

FURTADO, E. A.; MARCONDES, J. L. Um novo processo educativo para a formação de terapeutas ocupacionais. In: SANTOS, V.; GALLASSI, A. D. (orgs.) **Questões contemporâneas da terapia ocupacional na América do Sul.** 1a. ed. Curitiba: CRV, p.95-96, 2014.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v. 11, n. 22, mai/ago, p. 239-55, 2007.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras.** São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo, 2004.

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto históricosocial. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 14, n. 3, set./dez. p. 104-9, 2003.

GOMES, E. S.; COSTA FILHO, J. Historicidade da infância no Brasil. **El Futuro del Pasado**, n.4, p.255-276, 2013.

GOMES, J. V. Família: cotidiano e luta pela sobrevivência. In: CARVALHO, M. C. B. **A família contemporânea em debate.** 4a. ed São Paulo: Cortez, p. 61-72, 2002.

GONÇALVES, E. C. Alguns conceitos referentes à toxicomania. In: Bucher R. **As drogas e a vida: uma abordagem psicossocial.** São Paulo (SP):EPU, 1998.

GONDIM, G. M. M. et al. **O território da saúde**: a organização do sistema de saúde e a territorialização. Território, ambiente e saúde. Editora Fiocruz, 237-255, 2008.

HELLER, A. O cotidiano e a história. 6a. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

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

JERUSALINSKY, J. O acompanhamento terapêutico e a construção de um protagonismo. **Revista de Psicanálise**. Artigos. ano XV, n. 162, p. 32-41, out, 2002.

KAMINER, Y. **Adolescent substance abuse**. New York: Plenum Medical Company, p. 13, 1994.

LAPORT, T. J.; JUNQUEIRA, L. A. P. A intersectorialidade nas políticas públicas sobre drogas. In: RONZANI, T. M. et al. (orgs.). **Redes de atenção aos usuários de drogas**: políticas e práticas. São Paulo: Cortez, p.67-83, 2015.

LIBERMAN, F. **Danças em terapia ocupacional**. São Paulo: Summus, 1998.

LIMA, E. M. F. A.; OKUMA, D. G.; PASTORE, M. D. N. Atividade, ação, afzer e ocupação: a discussão dos termos na terapia ocupacional brasileira. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 243-254, 2013.

LINS, S. R. A. **Formação acadêmica do terapeuta ocupacional no campo da saúde mental**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de São Carlos. São Carlos: UFSCar, 2015.

LOPES, I. C. A contribuição paulistana à reforma em saúde mental brasileira. In: VIEIRA, M. C. T. et al (orgs.) **Tecendo a rede**: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2003.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. Maringá: **Psicologia: Ciência e Profissão**, 33(3), 580-595, 2013.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. Rio

de Janeiro: **Rev. História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, v.14, n.3, p.801-821, jul-set 2007.

MALFITANO, A. P. S. Campos e núcleos de intervenção. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 16, n. 1, p. 1-8, jan./abr., 2005.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Integralidade e construção. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 17, n. 3, p. 115-122, set./dez., 2006.

MARCOLINO, T. Q. Reflexões sobre a investigação do raciocínio clínico em terapia ocupacional em saúde mental: o caso do Método Terapia Ocupacional Dinâmica. São Carlos: **Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar**, v. 22, nº 3, p. 635-642, 2014.

MARTINS, L. F.; SARTES, L. M. A.; AMATO, T. C. Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil. In: RONZANI, T. M. (org.). **Ações integradas sobre drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2013.

MATSUKURA, T. S. Práticas de terapia ocupacional em saúde mental infantil: ampliando o alcance sob o enfoque de mecanismos de risco e proteção. In: X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional: contextos, territórios e diversidades. Goiânia: **Anais**, p. 1-10, 2007.

MATSUKURA, T. S.; FERNANDES, A. D. S. A.; CID, M. F. B. Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: o contexto familiar. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 122-129, mai/ago 2012.

MAXIMINO, V. S. **A constituição de grupos de atividades com pacientes psicóticos**. Tese (Doutorado em Saúde Mental). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1997.

MENESES, M. P. R. **Redes sociais-pessoais: conceitos, práticas e metodologia**. Tese (Doutorado). Faculdade de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Porto Alegre: PUCRS, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Editora HUCITEC-ABRASCO, 2ª ed., 1993.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. 17(3), 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S.; SCHENKER, M. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3): 707-717, 2005.

MINGARDI, G. **Geography of illicit drugs in the city of São Paulo**. Discussion Paper, nº 39, Management of Social Transformations MOST, UNESCO, 1999.

MIRANDA, L.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão clínica. **Cad. saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(6): 1153-1162, jun - 2010.

MONTEIRO, R. M. P. Resenha - Book Review - **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

MORAES, G. C. Atividades: uma compreensão dentro da relação triádica. **Revista Ceto**, ano 11, nº 11, p.30-35, 2008.

MORATO, G. G.; LUSI, I. A. O. A prática do terapeuta ocupacional em iniciativas de geração de trabalho e renda: contribuição dos fundamentos da profissão e das dimensões da categoria trabalho. São Paulo: **Rev. Terapia Ocupacional**, Univ. São Paulo, 26(1), p. 66-73, jan/abr 2015.

MOURA, Y. G. et al. Crianças e adolescentes em situação de rua e dependência de drogas: desafios da construção de redes sociais. In: SILVA, E. A.; ZUGMAN, D. K.; MOURA, Y. G. **Vulnerabilidades, resiliência e redes: uso, abuso e dependência de drogas**. São Paulo: Red Publicações, 2015.

MOSQUEIRA, T. M. **Reabilitação da região da Luz Centro Histórico de São Paulo: projetos urbanos e estratégias de intervenção**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, 2007.

MOTA, D. B.; RONZANI, T. M. Implementação de políticas públicas brasileiras para usuários de álcool e outras drogas. In: RONZANI, T. M. (Org.). **Ações integradas sobre drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2013.

MUSTO, D. F. **One hundred years of heroin**. Auburn House: Westport, 2002.

MUSUMECI, B. O consumo de álcool no país. In: ZULUAR, A. (org) et al. **Drogas e cidadania**: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

NAPPO, S. A. **Baqueiros e craqueiros**: um estudo etnográfico sobre consumo de cocaína na cidade de São Paulo. Tese de Doutorado em Medicina. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1996.

NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R. Uso do “crack” em São Paulo: Fenômeno Emergente? **Revista ABP-APAL**, 16(2): 75-83, 1994.

NAPPO, S. A. et al. **O crack em São Paulo, 20 anos depois**. Scientific American, 38: 32-35, 2010.

NARDI, H. C.; RIGONI, R. Q. Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. Maringá: **Rev. Psicologia em Estudo**, v.10, n. 2, p.273-282, mai/ago, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a14>>. Acesso em 15 de Dezembro de 2015.

NICÁCIO, M. F. **O processo de transformação da saúde mental em Santos**: desconstrução de saberes, instituições e cultura. Dissertação (Mestrado). Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), 1994.

NIEL, M.; MOREIRA, F. G.; SILVEIRA, D. X. Reflexões sobre o uso indevido de drogas. In: MOREIRA, F. G.; NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. **Dilemas modernos**: drogas, família e adolescência. São Paulo: Atheneu, 2009.

NOTO, A. R. et al. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras**. 1a. ed. São Paulo: CEBRID, 2003.

OLIVEIRA, I. B. S. **Tecendo saberes**: fenomenologia do tratamento da dependência química. Belém. 2007. Disponível em: <http://www.ppgp.ufpa.br/dissert/Ingrid.pdf>>. Acesso em: 27 de maio de 2014.

OTENIO, C. C. M. et al. Políticas públicas para crianças no Brasil: o contexto histórico-social e da saúde. **Estação Científica Online**, ago/set, 2008.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Rev. Psicologia e Sociedade**, v.23, n1, p.154-162, 2011.

PELLEGRINI, A. C. Brincar é atividade? **Revista Ceto**, ano 11, nº 11, p. 41-46, 2008.

PEREIRA, P. E.; BARDI, G.; MALFITANO, A. P. S. M. Juventude, drogas e a desconstrução de paradigmas estabelecidos. São Carlos: **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v.22, nº Suplemento Especial, p. 49-60, 2014.

PIZZOL, T. S. D. et al. Uso não-médico de medicamentos psicoativos entre escolares do ensino fundamental e médio no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 22(1):109-15 jan, 2006.

POLETTI, M.; KOLLER, S. H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. Campinas: **Estudos de Psicologia**, v.25, n.3, p. 405-416, 2008.

POLLO-ARAUJO, M. A.; MOREIRA, F. G. Algumas histórias de drogas. In: MOREIRA, F. G.; NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. **Dilemas modernos: drogas, família e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2009.

PRATI, L. E.; KOLLER, S. H. Vulnerabilidades e resiliência em adolescentes em contextos de abuso e dependência de drogas. In: SILVA, E. A.; ZUGMAN, D. K.; MOURA, Y. G. **Vulnerabilidades, resiliência e redes: uso, abuso e dependência de drogas**. São Paulo: Red Publicações, 2015.

PRESTES, R. I. **A educação da criança de 0 a 6 anos no município de Ponta Grossa**: fundação PROAMOR. Dissertação de Mestrado. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2008.

PRIORE, M. D. **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Editora Contexto, 2007.

RAMMINGER, T. **Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

REIS, H. **O fracasso de uma guerra:** o proibicionismo e a cruzada moral contra as drogas. 1ª ed Ouro Preto: Amazon, 2015.

RIBEIRO, L. M. As necessidades de crianças e adolescentes previstas no ECA em relação à realidade de alunos de zona rural. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 87, abr. 2011. Disponível em: < http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9389> Acesso em 15 de abril de 2016.

RIGHI, L. B. Redes de saúde: uma reflexão sobre as formas de gestão e o fortalecimento da atenção básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS - Atenção Básica**. Brasília, v.2, 2010.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. 3a. ed. São Paulo: McGraw Hill, 2006.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; SANTOS, M. G. R. Classificação e efeitos farmacológicos das drogas. In: RONZANI, T. M. (Org.). **Ações integradas sobre drogas:** prevenção, abordagens e políticas públicas. Juiz de Fora: Ed. UFJF, p. 19, 2013.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **ABC Redução de Danos**. Florianópolis: SES, 2003.

SÃO PAULO (Município). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Acolhimento:** o pensar, o fazer, o viver. São Paulo: 2002a.

_____. (Município). Prefeitura Municipal. **Lei nº 13.399, de 1º de Agosto de 2002**. Dispõe sobre a criação de Subprefeituras no Município de São Paulo, e dá outras providências, 2002b. Disponível em: <www.prefeitura.sp.gov.br> acesso em 13 de setembro de 2015).

_____. (Município). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. **Relação dos estabelecimentos / serviços da Secretaria Municipal da Saúde por região / zona do município de São Paulo** - Julho/2015. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid_Munic_Saude_Zona.pdf> acesso em 28 de setembro de 2015.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

SCHENKER, M.; CAVALCANTE, F. G. Vulnerabilidade, família, abuso, dependência de drogas e violência. In: SILVA, E. A.; ZUGMAN, D. K.; MOURA, Y. G. **Vulnerabilidades, resiliência e redes: uso, abuso e dependência de drogas**. São Paulo: Red Publicações, 2015.

SEIBEL, S. D.; TOSCANO, A. Jr. Conceitos básicos e classificação geral das substâncias psicoativas. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO, A. Jr. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SIERRA, V. M.; MESQUITA, W. A. Vulnerabilidades e fatores de risco na vida de crianças e adolescentes. **São Paulo em Perspectiva**, v.20, n1, p. 148-155, jan/mar 2006.

SILVA, E. A.; MICHELI, D. D. (orgs.) **Adolescência, Uso e Abuso de Drogas: uma visão integrativa**. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2011.

SILVEIRA, D. X. Considerações sobre a prevenção ao uso indevido de drogas. **Revista Associação Brasileira de Psiquiatria**, n. 01, v.15, p. 17-20, 1993.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependência**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.

SIQUEIRA, A. C.; BETTS, M. K.; DELL'AGLIO, D. D. A rede de apoio social e afetivo de adolescentes institucionalizados no sul do Brasil. **Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology**, v.40, n. 2, 2006.

SIQUEIRA, D. Redução de danos no SUS. In: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas da Coerção à Coesão. **Recursos e Estratégias de Cuidado**. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SODELLI, M. Vulnerabilidade, resiliência e redes sociais: uso, abuso e dependência de drogas. In: SILVA, E. A.; ZUGMAN, D. K.; MOURA, Y. G. **Vulnerabilidades,**

resiliência e redes: uso, abuso e dependência de drogas. São Paulo: Red Publicações, 2015.

STELLA, N. R. et al. Crianças e adolescentes vulneráveis e drogadição. In: ZAVASCHI, M. L. S. (org.). **Crianças e adolescentes vulneráveis:** o atendimento interdisciplinar nos Centros de Atenção Psicossocial. Porto Alegre: Artmed, p.183-213, 2009.

SUDBRACK, M. F. O. ; CONCEIÇÃO, M. I. G. Adolescentes e abuso de drogas no contexto da Justiça: construindo intervenções complexas para situações complexas. SILVA, E. A.; MICHELI, D. D. (orgs.) **Adolescência, uso e abuso de drogas:** uma visão integrativa. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2011.

TONDOWSKI, C. S. et al. Violência familiar, adolescência e uso de drogas. SILVA, E. A.; MICHELI, D. D. (orgs.) **Adolescência, uso e abuso de drogas:** uma visão integrativa. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2011.

TRAD, S. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In: NERY FILHO, A. et al. orgs. **Toxicomanias:** incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: EDUFBA; Salvador: CETAD, p.97-112, 2009.

TRIGUEIROS, D. P.; HAIEK, R. C. Estratégias de redução de danos: estratégias de redução de danos para usuários de drogas injetáveis. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências.** São Paulo: Editora Atheneu, p.355-370, 2006.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, 19(2), mar/abr 2011.

WACHHOLZ, S. M. S.; MARIOTTI, M. C. A participação do terapeuta ocupacional na reforma psiquiátrica e nos serviços de saúde mental. São Carlos: **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v.17, n. 2, p. 147-159, jul-dez 2009.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Título do Estudo: "O Terapeuta Ocupacional na Rede de Atenção e Cuidado à Crianças e Adolescentes Usuários de Substâncias Psicoativas"

Pesquisador(a) responsável: Camila Camargo Santarosa

Instituição / Departamento: Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) / Departamento de Terapia Ocupacional (DTO) / Programa de Pós-Graduação de Terapia Ocupacional (PPGTO)

Endereço do pesquisador responsável: Rod. Whashington Luiz, km 235

Telefone do pesquisador(a) responsável para contato: (11)99337-9196

Local da coleta de dados: município de São Paulo / SP

Você está sendo convidado para participar da pesquisa de mestrado "O Terapeuta Ocupacional na Rede de Atenção e Cuidado à Crianças e Adolescentes Usuários de Substâncias Psicoativas".

A presente pesquisa tem como objetivo investigar a atuação de terapeutas ocupacionais na rede de atenção e cuidado com crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas na cidade de São Paulo. Esta pesquisa justifica-se pelo fato de haver terapeutas ocupacionais atuando com crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas, questão esta que vem sendo foco de novas ações e políticas públicas na cidade de São Paulo, sendo de grande valia para a profissão que intervenções de terapeutas ocupacionais sejam compartilhadas no meio científico, auxiliando na divulgação de possibilidades para o campo de atuação da Terapia Ocupacional. Após o levantamento de equipamentos que formam a rede de atenção e cuidado à crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas, gestores e terapeutas ocupacionais atuantes nesta rede estão sendo convidados a participar de uma entrevista. Sua participação não é obrigatória.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder entrevista na presença da pesquisadora. Se autorizado, esta entrevista será gravada para posterior transcrição, caso contrário, será feito registro manual.

Os riscos relacionados a sua participação nesta pesquisa envolvem alguma situação pessoal de desconforto ao responder as questões da pesquisa como, por exemplo, sentir-se tímido ao responder alguma questão mais específica e pessoal, que faz parte da coleta de dados e/ou sentir-se tenso ou um pouco ansioso. Em caso de aparecimento de algum tipo de problema maior durante a aplicação da entrevista, esta será suspensa imediatamente e o pesquisador poderá conversar sobre o desgaste, possibilidade de seu retorno à entrevista, dentre outros pontos que possam diminuir os riscos. Contudo, acredita-se que o risco se justifique pela importância do benefício esperado. Você não terá gastos ou ganhos em participar desta pesquisa. Os ganhos se referem às contribuições do estudo na construção do conhecimento acerca das ações desenvolvidas por terapeutas ocupacionais com a população em questão. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Você terá toda liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que esta decisão te cause prejuízos.

Antes de concordar em participar desta pesquisa é importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

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) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

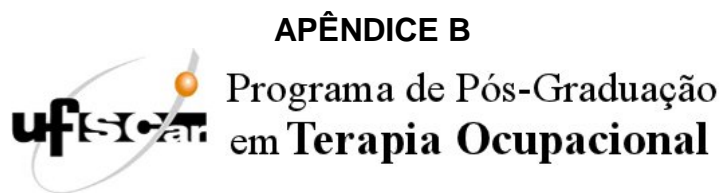
Para dúvidas e denúncias quanto à questões éticas: CEP/SMS (11)3397-2464 ou smscep@gmail.com

Nome e assinatura do pesquisador

Após ter sido devidamente esclarecido, concordo em participar do estudo.

Local e data

Sujeito da pesquisa



APÊNDICE B

Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE PARTICIPANTE (GESTOR)

Data:

I DADOS PESSOAIS

Nome:

DN:

SEXO: () Feminino () Masculino

II FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATUAÇÃO COMO GESTOR

1. Graduação

() Não

() Sim. Curso _____ Local _____ Ano _____

2. Formação Complementar?

() Não

() Sim. Assinale abaixo o item equivalente:

() Aprimoramento

Área _____ Local _____ Ano _____

() Especialização

Área _____ Local _____ Ano _____

() Mestrado

Área _____ Local _____ Ano _____

() Doutorado

Área _____ Local _____ Ano _____

() Outro

Área _____ Local _____ Ano _____

3. Fez ou está fazendo algum curso na área de drogas/dependência química?

() Não. Motivo:

() Sim. Qual, ano de conclusão e como contribui para seu trabalho?

4. Há quanto tempo trabalha na área (Saúde Mental/Dependência Química/outra área cite)?

5. Tem experiência prévia em gestão? Se sim, cite.

6. Participou de algum tipo de formação para gestão? Se sim, cite.

7. Há quanto tempo trabalha na instituição? _____

8. Há quanto tempo exerce a função de Gestor da instituição? _____

III IDENTIFICAÇÃO INSTITUCIONAL

1. Instituição:

Administração: () Municipal () Estadual () Federal

() Privado () Parceiro () Outro _____

2. Este serviço é referência de outros territórios/municípios?

() Não

() Sim. Quais?

3. Há quanto tempo o serviço está em funcionamento? _____

4. Equipe profissional do local:

5. Há alguma exigência com relação à formação e/ou experiência para contratação dos profissionais da equipe? Se sim, cite.

APÊNDICE C



Programa de Pós-Graduação
em Terapia Ocupacional

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE PARTICIPANTE
(PROFISSIONAL)

Data:

I - DADOS PESSOAIS

Nome:

DN:

SEXO: () Feminino () Masculino

II - FORMAÇÃO PROFISSIONAL

1. Local e ano da graduação:

2. Formação Complementar?

() Não

() Sim. Assinale abaixo o item equivalente:

() Aprimoramento.

ÁREA _____ LOCAL _____ ANO _____

() Especialização.

ÁREA _____ LOCAL _____ ANO _____

() Mestrado.

ÁREA _____ LOCAL _____ ANO _____

() Doutorado.

ÁREA _____ LOCAL _____ ANO _____

() Outro.

ÁREA _____ LOCAL _____ ANO _____

3. Fez ou está fazendo algum curso na área de drogas/dependência química?

() Não. Motivo:

() Sim. Qual, ano de conclusão e como contribui para seu trabalho?

4. Há quanto tempo trabalha na área (Saúde Mental/Dependência Química/outra área cite)? _____

5. Há quanto tempo trabalha neste serviço? _____

III - PROCESSO DE TRABALHO

1. Quantos atendimentos você realiza por semana?

INDIVIDUAL: _____/Cite: _____

GRUPAL: _____/Cite: _____

ACOLHIMENTO/TRIAGEM/AVALIAÇÃO: _____/Cite: _____

OUTROS (descreva):

2. Quantos atendimentos semanais são com crianças e adolescentes em uso/abuso/dependência de substâncias psicoativas?

INDIVIDUAL: _____/Cite: _____

GRUPAL: _____/Cite: _____

ACOLHIMENTO/TRIAGEM/AVALIAÇÃO: _____/Cite: _____

OUTROS (descreva):

3. Esses atendimentos são realizados juntamente com outros profissionais da equipe? Quais? Como é selecionado?

4. Observações (Complemente com informações que considerar importante)

APÊNDICE D



ROTEIRO DE ENTREVISTA

(GESTOR)

- 1) Como se dá o fluxo de usuários deste serviço? (Entrada, acolhimento, processo de avaliação, encaminhamento, etc.)
- 2) Quais são os critérios, de inclusão ou não inclusão, para atendimento neste serviço?
- 3) Qual o foco, objetivos principais deste serviço?
- 4) O que é oferecido no território (parques, equipamentos, lazer, atividades/centros esportivos, etc) para a população de crianças e adolescentes de maneira geral?
- 5) Neste serviço é realizado trabalho multiprofissional ou interdisciplinar? Como está estruturado? Quais os desafios encontrados no trabalho em equipe?
- 6) Neste serviço há uma linha teórica na área de uso/abuso/dependência de substâncias psicoativas que deve ser adotada ou cada profissional é livre para escolher e guiar sua conduta? Descreva a(s) linhas teóricas adotada(s).
- 7) Quais equipamentos encaminham para este serviço? Destes, quais encaminham crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas?
- 8) A equipe costuma encaminhar crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas para outros locais? Quais?
- 9) Existe uma rede de atenção e cuidado com crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas neste território? Se sim, como está constituída?
- 10) Quais as ações em rede voltadas à crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas desenvolvidas neste território?
- 11) Há terapeutas ocupacionais envolvidos nestas ações em rede? Se sim, descreva as ações desenvolvidas por estes profissionais.
- 12) No seu ponto de vista, quais seriam as contribuições do terapeuta ocupacional, na rede e na equipe interdisciplinar, no atendimento de crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas?
- 13) Quais as principais dificuldades da gestão para o atendimento desta população?
- 14) Quais as facilidades da gestão para o atendimento desta população?

APÊNDICE E



ROTEIRO DE ENTREVISTA (TERAPEUTA OCUPACIONAL)

- 1) Quais modalidades assistenciais são desenvolvidas pela terapia ocupacional neste serviço, dentro de uma rotina semanal? (Atendimento grupal, atendimento individual, acolhimento etc.). Descreva-as detalhadamente.
- 2) Quais critérios você utiliza para caracterizar um usuário como potencial sujeito para uma intervenção terapêutica ocupacional? (Mesmo que os atendimentos sejam realizados pela equipe, seguindo um modelo interdisciplinar, em que momentos/situações você considera importante colocar a ótica de uma intervenção terapêutica ocupacional?)
- 3) Quais critérios os outros profissionais utilizam para caracterizar um usuário como potencial sujeito para atendimento de terapia ocupacional? Ou, no caso de uma intervenção multiprofissional, em que momentos/situações você observa que o núcleo de conhecimento do terapeuta ocupacional é mais requisitado?
- 4) Como se caracteriza o trabalho do terapeuta ocupacional na rede de atenção e cuidado com crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas neste território?
- 5) Quais são as ações desenvolvidas por você ao atender crianças e adolescentes com algum grau de envolvimento com substâncias psicoativas? Descreva detalhadamente.
- 6) Quais são as principais necessidades destes usuários atendidos pelo terapeuta ocupacional em equipe interdisciplinar ou não?
- 7) O que você considera como diferencial da terapia ocupacional no atendimento à essa população?
- 8) Qual núcleo de conhecimento do terapeuta ocupacional deve ser acessado para o atendimento desta população?
- 9) Você realiza trabalho em rede para esta população? Se sim, descreva detalhadamente como se dá este processo.
- 10) Quais são as maiores dificuldades encontradas no atendimento à essa população? Quais estratégias você desenvolveu para lidar com essas dificuldades?
- 11) Quais as potencialidades encontradas no atendimento à essa população?
- 12) Você gostaria de acrescentar algo mais a respeito do seu trabalho com essa população?

ANEXOS

ANEXO A - PARECER CEP UFSCAR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O TERAPEUTA OCUPACIONAL NA REDE DE ATENÇÃO E CUIDADO À CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Pesquisador: Camila Camargo Santarosa

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 38501714.2.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional - PPGTO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.119.464

Data da Relatoria: 14/07/2015

Apresentação do Projeto:

A questão das drogas faz parte da história da humanidade. É na adolescência, marcada pelos conflitos resultantes da passagem da infância protegida pelos pais e cuidadores para uma vida adulta cheia de compromissos e responsabilidades, que os jovens adquirem novas práticas, consolidam conceitos e valores e começam a adquirir e a buscar autonomia. Devido a essas intensas transformações, o adolescente pode tornar-se mais vulnerável, envolvendo-se em diversos contextos que afetam sua vida, dentre eles o uso abusivo de drogas. Para oferecer atendimento integral à crianças e adolescentes usuários de Substâncias Psicoativas (SPA), faz-se necessário uma articulação em rede. Indo ao encontro destes objetivos, a Terapia Ocupacional mostra-se uma profissão com potencial para atuar com a população de crianças e adolescentes usuárias de SPA uma vez que trabalha com restabelecimento da cidadania e dignidade humana por meio da valorização da diversidade cultural, inserção e participação social por meio de diferentes intervenções.

Metodologia: trata-se de um estudo não experimental, transversal e exploratório, de abordagem qualitativa. Os participantes desta pesquisa serão terapeutas ocupacionais que atuam na região central da cidade de São Paulo/SP com crianças e adolescentes usuários de substâncias

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.119.464

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a atuação de terapeutas ocupacionais na rede de atenção e cuidados com crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas na cidade de São Paulo. sistematizar as informações sobre os equipamentos que oferecem atenção e cuidado às crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas de São Paulo/SP • Identificar quais equipamentos da rede contam com a atuação de terapeutas ocupacionais • Descrever a atuação dos terapeutas ocupacionais junto à população de crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto recebeu um pedido de emenda adicionando a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo como instituição co-participante. Não houve qualquer alteração no caráter ético da pesquisa que justifique a manutenção em seu status de aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR

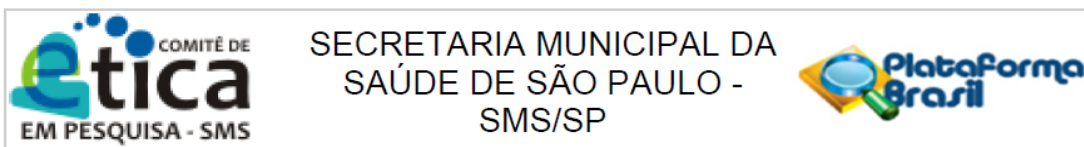


Continuação do Parecer: 1.119.464

SAO CARLOS, 23 de Junho de 2015

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

ANEXO B - PARECER CEP SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O TERAPEUTA OCUPACIONAL NA REDE DE ATENÇÃO E CUIDADO À CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Pesquisador: Camila Camargo Santarosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38501714.2.3001.0086

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional - PPGTO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.142.702

Data da Relatoria: 02/07/2015

Apresentação do Projeto:

Será realizado um estudo não experimental, transversal e exploratório, de abordagem qualitativa. Os participantes desta pesquisa serão terapeutas ocupacionais que atuam na região central da cidade de São Paulo/SP com crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas. A amostra será construída através do método "bola de neve".

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a atuação de terapeutas ocupacionais na rede de atenção e cuidados com crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas na cidade de São Paulo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos e estão adequadamente conduzidos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é pertinente e tem valor científico. A metodologia é adequada aos objetivos.

A atenção aos direitos fundamentais do sujeito de pesquisa são demonstradas pelo cuidado na elaboração do desenho da pesquisa e o TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

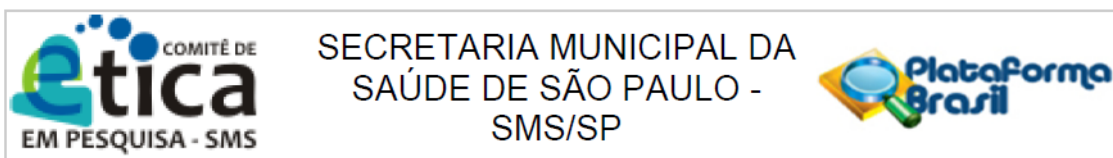
CEP: 01.223-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.142.702

TCLE, Cronograma, fonte financiadora e orçamento detalhado estão adequados, os custos do projeto estarão a cargo do pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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

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

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

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

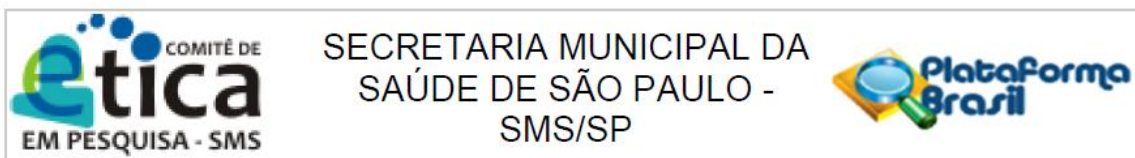
CEP: 01.223-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.142.702

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

SAO PAULO, 08 de Julho de 2015

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)