

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

**CARINA CURTI GALHARDI**

**ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS EM CAPSad E SEUS  
FAMILIARES: TRAJETÓRIAS, COTIDIANOS E DESAFIOS**

**São Carlos**

**2016**

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

CARINA CURTI GALHARDI

**ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS EM CAPSad E SEUS  
FAMILIARES: TRAJETÓRIAS, COTIDIANOS E DESAFIOS**

**Orientadora:** Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional.

Área de Concentração: Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional

**São Carlos**

**2016**

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

G155a Galhardi, Carina Curti  
Adolescentes usuários de drogas em CAPSad e seus familiares : trajetórias, cotidianos e desafios / Carina Curti Galhardi. -- São Carlos : UFSCar, 2016. 181 p.

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

1. Adolescentes. 2. CAPSad. 3. Saúde mental. 4. Terapia ocupacional. I. Título.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

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

---

**Folha de Aprovação**

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Carina Curti Galhardi, realizada em 29/02/2016:

Prof. Dra. Thelma Simões Matsukura  
UFSCar

Prof. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi  
UFSCar

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

## AGRADECIMENTOS

A Deus por todas as bênçãos, força e sabedoria que proporciona diariamente em minha vida.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Thelma Simões Matsukura, por me orientar de uma maneira muito especial, por todo auxílio, acolhida, amizade, parceria, dedicação, ensinamentos e carinho que recebi.

Ao meu pai Estevão, por todo amor e ensinamentos que recebi em sua pequena jornada como pai. Obrigada por estar sempre comigo, me guiando nos caminhos da vida, pois sinto você sempre aqui comigo.

À minha mãe Ana, meu exemplo de mulher e inspiração de vida, por me dar a vida, por sempre acreditar em mim, por todo apoio e esforço dedicados a mim, pelos conselhos e por estar ao meu lado sempre.

Ao meu esposo, Gabriel, por estar comigo em todos os momentos, por compartilhar meus sonhos e acreditar comigo, por me dar forças nos momentos difíceis, pela compreensão diante das ausências, por todo amor, carinho e companheirismo. Te amo meu amor.

À minha irmã Cristiane, por todo afeto, amor, preocupação, por todas as trocas, pela confiança depositada em mim.

Ao meu cunhado William por estar sempre pronto a ajudar e pelo afeto de irmão que tem por mim.

À minha sobrinha Isabela, presente que recebi na trajetória deste trabalho e que ilumina meus dias com sua serenidade, beleza e pelo amor e paz que transmite.

Aos meus padrinhos Edson e Luzia, e aos meus primos Gustavo e Débora, por serem tão presentes em minha vida de uma forma tão intensa e especial e em todos os momentos. Gratidão por todo carinho e auxílio.

Aos professores da Pós- Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar por todo ensinamento e crescimento.

À Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria Fernanda B. Cid, Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Luciana T. L. S. Surjus e Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Isabela A. O. Lussi, por toda disponibilidade e pelas contribuições riquíssimas para o trabalho! Gratidão pelos momentos de aprendizado e auxílio durante a qualificação e defesa. Vocês foram essenciais nesse processo.

À minha turma de mestrado, em especial a Priscila, companheira desse percurso. Obrigada pelo afeto, conselhos e pela amizade que construímos.

Às minhas amigas Camila, Thays, Bruna, Lilian, Carolina, Caroline e Bruna Marini que mesmo longe sempre permaneceram perto me passando força, carinho e tranquilidade, fortalecendo nossa amizade.

À equipe do CAPSad pela acolhida no serviço e pela disponibilidade em participar da pesquisa.

Aos adolescentes e familiares participantes dessa pesquisa, obrigada por compartilharem suas vidas comigo, pela bela experiência que me proporcionaram e por toda confiança.

À CAPES pelo apoio financeiro.

## RESUMO

O cuidado em saúde mental destinado às crianças e adolescentes, foi marcado ao longo da história, por esquecimento e abandono em relação à criação de políticas públicas e de serviços que englobassem suas necessidades e direitos. Somente após um longo caminho percorrido e ainda em construção, incluiu-se a população infantojuvenil na pauta de políticas públicas, nas proposições e discussões em saúde mental. No entanto, há muito que se avançar e dentre os principais desafios encontra-se a atenção aos adolescentes em geral e, em particular, para os adolescentes que fazem uso abusivo de drogas. O presente estudo objetiva compreender, sob a ótica dos adolescentes inseridos em um CAPSad, sobre a vivência dos mesmos neste equipamento e nos demais contextos de inserção pelos quais transitam e suas expectativas em relação ao dia a dia e ao futuro. Buscou também identificar, sob a ótica dos familiares dos adolescentes, como vivenciam o uso de drogas realizado pelos adolescentes e suas expectativas em relação ao CAPSad. Trata-se de um estudo transversal, exploratório, de abordagem qualitativa. Participaram do estudo 8 adolescentes e 15 familiares de adolescentes inseridos em um CAPSad localizado em um município do interior do estado de São Paulo. Utilizou-se como metodologia a observação participante na qual a pesquisadora permaneceu e participou das atividades do serviço durante 5 meses, onde formulários de identificação, registros em diário de campo e entrevistas semiestruturadas realizadas com os adolescentes e familiares foram efetivados. Ao material obtido através das entrevistas, procedeu-se a análise por meio da Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e as informações advindas dos formulários de identificação do serviço e adolescentes e do diário de campo, foram analisadas e categorizadas. Dentre os resultados obtidos, verificou-se que o uso de drogas é presente no cotidiano dos adolescentes e somado a ele verificou-se outras situações de vulnerabilidade como internações prolongadas em clínicas para dependência e a não inserção no espaço escolar, as quais contribuem para a exclusão dessa população, diminuindo as possibilidades de engajamento em atividades e em outros contextos. Identificou-se que a adesão dos adolescentes ao serviço é baixa, a oferta de ações de cuidado destinadas a eles é fragilizada e limitada por questões de diferentes ordens como falta de disposição e/ou interesse em abordar a população adolescente, diferentes pontos de vista sobre a estratégia de redução de danos, dificuldades em realizar ações em parceria com outros serviços da rede do município, ausência de ações no território e de oportunidades de discussão e formação. Verificou-se que a participação dos adolescentes e familiares como corresponsáveis por suas ações de cuidado ainda é ausente no serviço e compreendida como um desafio. No entanto, revelou-se que tanto os adolescentes como os familiares, ainda que apontem limites, compreendem o cuidado oferecido pelo CAPSad como um espaço de apoio e de alternativa para enfrentar os desafios do cotidiano. Este estudo avança ao revelar, sob a perspectiva dos próprios adolescentes e familiares, os desafios relativos ao cuidado desta população no CAPSad e, para além deste equipamento, ao abordar o cotidiano destes adolescentes e familiares e discutir sobre os limites e possibilidades de participação social. Espera-se que esse estudo fomente discussões e contribua para a efetivação e desenvolvimento de políticas públicas a essa população.

Palavras-chave: adolescentes; CAPSad; saúde mental; Terapia Ocupacional

## ABSTRACT

The mental health care for children and adolescents, was marked throughout history by oblivion and neglect in relation to the creation of public policies and services that encompass their needs and rights. Only after a long road still under construction and was included the children's and adolescents' population on the agenda of public policies, the propositions and mental health discussions. However, there is much to advance and among the main challenges is the attention to adolescents in general and in particular for adolescents who abuse drugs. This study aims to understand, from the perspective of adolescents inserted in a CAPSad on the experience of this same equipment and the other insertion contexts in which transit and their expectations for the daily life and the future. The study search identify, from the perspective of families of adolescents to experience drug use by adolescents and their expectations for the CAPSad. This is a cross-sectional, exploratory study with a qualitative approach. Study participants were 8 adolescents and 15 families of adolescents inserted in a CAPSad located in a municipality in the state of São Paulo. It was used as methodology participant observation in which the researcher stayed and participated in the activities of the service for five months, where forms of identification, daily records of field and semi-structured interviews with adolescents and their families were hired. The material obtained across the interviews, conducted the analysis through the Collective Subject Discourse Technique (DSC) and the information from the service identification forms and adolescents and the field diary, analyzed and categorized. Among the results, it was found that drug use is present in the daily lives of adolescents and added to it there was other vulnerable situations such as prolonged hospitalization in clinics for addiction and no insertion in the school environment, which contribute to exclusion of this population, reducing the engagement possibilities and activities in other contexts. It was found that the adherence of adolescents service is low, the supply of care actions aimed at them is fragile and limited by issues of different orders as unwillingness and / or interest in addressing the teenage population, different views on the harm reduction strategy, difficulties in performing activities in partnership with other services of the municipal network, lack of action in the territory and opportunities for discussion and training. It was found that the participation of adolescents and family as co-responsible for their care actions is still absent in the service and understood as a challenge. However, it was revealed that both teenagers as family, although point limits, understand the care offered by CAPSad as a support and alternative space to meet the challenges of daily life. This study advances to reveal, from the perspective of adolescents themselves and their families, the challenges relating to the care of this population in CAPSad and, in addition to this equipment, to address the daily life of these adolescents and their families and reveal about the limits and possibilities of social participation. It is hoped that this study fosters discussions and contribute to the realization and development of public policies for this population.

Keywords: adolescents; CAPSad; mental health; occupational therapy



## **LISTA DE FIGURAS**

|   |            |
|---|------------|
| <b>Figura 1- Eixos das entrevistas com os adolescentes.....</b> | <b>76</b>  |
| <b>Figura 2- Eixos das entrevistas com os familiares .....</b>  | <b>115</b> |

## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1- Informações sobre os adolescentes .....   | 47 |
| Quadro 2- Informações sobre os adolescentes relativas à escolaridade, situação escolar, residência e trabalho ..... | 49 |
| Quadro 3- Internações em clínicas para tratamento de dependência química .....                                      | 51 |
| Quadro 4- Envolvimento com a justiça .....  | 52 |
| Quadro 5- Informações sobre os familiares dos adolescentes .....  | 54 |
| Quadro 6 - Atividades realizadas no CAPSad.....   | 65 |

## SUMÁRIO

|   |     |
|---|-----|
| <b>1. APRESENTAÇÃO</b> .....  | 11  |
| <b>2. INTRODUÇÃO</b> .....  | 14  |
| 2.1. Adolescência e o uso de drogas.....  | 15  |
| 2.2. Breve histórico da saúde mental infantojuvenil no Brasil.....  | 18  |
| 2.3. Drogadição, infância e adolescência: o caminho das políticas públicas .....                              | 23  |
| 2.4. CAPS: Dispositivos estratégicos para o cuidado em saúde mental à população adulta e infantojuvenil ..... | 27  |
| <b>3. OBJETIVOS</b> .....   | 37  |
| 3.1 Objetivo Geral .....  | 37  |
| 3.2 Objetivo Específico .....   | 37  |
| <b>4. MÉTODO</b> .....  | 38  |
| 4.1 Participantes .....   | 38  |
| 4.2 Local.....  | 38  |
| 4.3 Instrumentos .....  | 40  |
| 4.4 Materiais e equipamentos utilizados .....   | 41  |
| 4.5 PROCEDIMENTOS .....   | 41  |
| 4.5.1 Questões éticas .....   | 41  |
| 4.5.2 Estudo piloto em CAPSad.....  | 41  |
| 4.5.3 Elaboração e adequação dos instrumentos para coleta de dados.....                                       | 42  |
| 4.5.4 Inserção da Pesquisadora no campo.....  | 42  |
| 4.5.5 Convite para as entrevistas.....  | 43  |
| 4.5.6 Análise dos dados.....  | 44  |
| <b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....  | 46  |
| 5.1. Os participantes do estudo.....  | 46  |
| 5.2. Resultados e discussão advindos do Diário de Campo e ficha de identificação do serviço. 55               |     |
| 5.2.1. Caracterização do serviço: .....   | 56  |
| 5.2.2. O cuidado ofertado aos adolescentes.....   | 69  |
| 5.2.3. Famílias dos adolescentes no CAPSad.....   | 74  |
| 5.3. Resultados e discussão advindos das entrevistas com os adolescentes.....                                 | 76  |
| 5.4 Resultados das entrevistas com os familiares dos adolescentes.....  | 115 |
| <b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | 143 |
| <b>7. REFERÊNCIAS</b> .....   | 145 |
| <b>8. APÊNDICES</b> .....   | 161 |
| <b>9. ANEXOS</b> .....  | 178 |

## 1. APRESENTAÇÃO

O interesse pela área da saúde mental esteve presente ao longo da minha trajetória acadêmica. Durante a graduação em Terapia Ocupacional, na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), no segundo e terceiro anos do curso, fui bolsista de Iniciação Científica, sob a orientação da professora Dr<sup>a</sup>. Cristiane Miryam Drumond de Brito, e desenvolvemos um projeto relacionado às ações de saúde mental dos terapeutas ocupacionais inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo este o meu primeiro contato com a área. Também tive a oportunidade de acompanhar ações no campo da saúde mental do adulto e em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSad), onde pude ter contato com a população adolescente. Por fim, no quarto ano de graduação, realizei o estágio profissional no campo da saúde mental infantojuvenil, no qual por meio das experiências vivenciadas pude descobrir minha paixão e intenso interesse por esta população.

Simultaneamente ao curso de Terapia Ocupacional, eu também cursava Farmácia no Centro Universitário de Araraquara (UNIARA), no período noturno. Possuía um grande interesse em estudar as estruturas do corpo humano, em compreender o mecanismo de ação dos medicamentos e seus efeitos. Durante a disciplina de Toxicologia e Farmacologia tive a oportunidade de estudar em profundidade sobre as drogas lícitas e ilícitas, sobre as diferenças do uso e/ou abuso em cada idade e assim, logo pude pensar e questionar com mais elementos a medicalização excessiva de crianças e adolescentes e as possibilidades e limites existentes no cuidado em saúde mental.

Como terapeuta ocupacional sempre me instigou compreender como os desafios da vida estão intimamente ligados ao cotidiano. Como bem expresso por Salles e Matsukura (2014):

“A Terapia Ocupacional se interessa pelas atividades realizadas pelos sujeitos, e essas atividades são desempenhadas no dia a dia, na vida cotidiana. É a partir dessas atividades que as pessoas se relacionam entre si, participam do processo produtivo da sociedade, vivenciam a cultura da qual fazem parte e se tornam quem elas são” (p. 266).

Buscando aprofundar meus conhecimentos, fiz a opção de ingressar no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar, no qual sou orientada

pela Professora Dr<sup>a</sup>. Thelma Simões Matsukura. Neste período, também tive a oportunidade de participar do Grupo de Estudos em Saúde Mental do Departamento de Terapia Ocupacional, composto por estudantes de graduação, pós-graduação e professores do campo da saúde mental, o que proporcionou discussões e aprofundamento em relação a diversos temas da área.

Assim, me instigava poder compreender como se apresenta o cotidiano de adolescentes que fazem uso abusivo de drogas e também como as ações de cuidado a essa população acontecem. Gostaria de entender essas ações para além do cuidado institucionalizado, ainda que o mesmo integre o cotidiano dos mesmos, buscando, portanto, investigar como é a participação da família neste contexto e quais os outros espaços que fazem parte do dia a dia desses adolescentes, quais suas perspectivas de futuro. Por isso pensamos em um estudo que envolvesse não somente as drogas e sim outros contextos de inserção do adolescente e que eles fossem apresentados por meio dos próprios adolescentes.

Primeiramente buscamos investigar, por levantamentos na literatura, se as ações relacionadas ao uso de álcool e outras drogas destinadas aos adolescentes estavam sendo realizadas nos Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi) ou nos CAPSad. No entanto, a literatura disponível indicou que o cuidado oferecido aos adolescentes usuários de drogas, apesar de poder ser ofertado em ambos os CAPS, apresenta-se insipiente nas duas modalidades do equipamento.

Concomitantemente iniciou-se uma busca, nos municípios que compõem o Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS III), pelos CAPS que atendessem adolescentes usuários de drogas. Nesta busca identificou-se um CAPSi que não atendia adolescentes com essa demanda, pois quando procuravam auxílio no serviço eram encaminhados aos ambulatórios de saúde mental da cidade; e também verificou-se dois CAPSad, todos em municípios distintos, os quais ofereciam atendimentos a adolescentes com necessidades decorrentes do uso de drogas.

Realizou-se o estudo piloto em um destes CAPSad e neste período o único profissional responsável pelo grupo de adolescentes deixou o serviço, pois seu contrato havia expirado e o atendimento aos adolescentes foi suspenso. Assim, a pesquisa foi realizada no outro CAPSad identificado na região.

Primeiramente o estudo havia sido planejado para dar voz aos adolescentes, pois além das entrevistas com eles, seria proposto a apresentação dos outros contextos

presentes em seu cotidiano, para além do CAPSad, pelo uso de fotografias, a partir do método photovoice<sup>1</sup>.

No entanto, não foi possível ser executada esta etapa do estudo, devido a limites encontrados no decorrer da pesquisa. Hoje compreendo que estes limites dizem muito sobre a realidade de inserção desses adolescentes como, por exemplo, a internação de um adolescente que estava aderindo à proposta das fotos, a presença instável dos adolescentes no serviço e também a não adesão dos outros adolescentes à proposta.

Nesta oportunidade, apresentamos este estudo que tem como título “Adolescentes usuários de drogas em CAPSad e seus familiares: trajetórias, cotidianos e desafios”, que teve como objetivo compreender a vivência dos adolescentes no CAPSad e nos demais contextos de inserção pelos quais transitam e suas perspectivas em relação ao dia a dia e ao futuro. Buscamos compreender a inserção dos adolescentes em um CAPSad a partir da identificação da dinâmica do serviço e sob a ótica dos adolescentes e seus familiares.

---

<sup>1</sup> A fotovoz ou (photovoice) é uma técnica que possibilita aos indivíduos identificar e representar o dia a dia através do uso de fotografias tiradas pelos próprios sujeitos de pesquisa (PADOVANI, 2013).

## 2. INTRODUÇÃO

A literatura aponta que o consumo de drogas era realizado desde a Antiguidade e esse uso vem se moldando diferentemente de acordo com a cultura, as leis, a história de cada sociedade, a forma de consumo e aos variados significados atribuídos às drogas ao longo do tempo (NUNES; JOLLUSKIN, 2007).

O uso de drogas nas antigas civilizações não apresentava-se como um problema de ordem social, pois o controle era realizado por meio das relações pessoais próximas, na própria comunidade. O consumo torna-se um problema quando deixa de ser parte da história de uma cultura local e passa a ser a história da economia capitalista, porque a droga passa a ser objeto de lucro, de comercialização (PAES; ORLANDO, 2013).

De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC 2015), estima-se que no mundo 246 milhões de pessoas (uma a cada vinte), entre as idades de quinze a sessenta e quatro anos, fez uso de drogas ilícitas em 2013. Isso representa um problema quando se considera que mais do que uma em cada dez pessoas que fazem uso de drogas, são dependentes. O relatório também apontou que o uso de opiáceos (heroína e ópio) em nível mundial manteve-se estável; o consumo de cocaína, principalmente na Europa e Américas tem diminuído em geral, enquanto o uso de maconha e o uso não médico de produtos farmacêuticos opióides têm continuado a subir (UNODC, 2015).

Destaca-se que os adolescentes estão mais vulneráveis ao uso de drogas, pois é nesta fase da vida que busca-se vivenciar e explorar com mais intensidade as descobertas e identificações, geralmente realizando associações aos grupos (VASTERS; PILLON, 2011). A adolescência é um período de transição da infância para a fase adulta e envolve mudanças biológicas, físicas, psicossociais e emocionais (JAHN, NARDI, DELL'AGLIO, 2013).

O cuidado em saúde mental destinado a crianças e adolescentes foi marcado, ao longo da história, por esquecimento e abandono em relação à criação de políticas públicas e de serviços que englobassem suas necessidades e direitos. Apenas recentemente, após um longo caminho percorrido e ainda em construção, incluiu-se a população infantojuvenil nas proposições e discussões em saúde mental (COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008; COUTO, 2012).

Sobre as questões relacionadas ao uso abusivo de drogas no Brasil, evidencia-se um vazio de ações do Estado no âmbito da saúde em relação à construção de políticas públicas e estratégias de cuidado, sendo estas ações exercidas no campo da justiça,

segurança pública e por estabelecimentos religiosos, desenvolvendo no país ações em instituições fechadas, com práticas baseadas na psiquiatria, medicina e religião, buscando-se a abstinência como principal objetivo (MACHADO, MIRANDA, 2007; BRASIL, 2005a). Apenas no final de 2001, na III Conferencia Nacional de Saúde Mental, as discussões em relação à prevenção, tratamento e estratégias de cuidado às pessoas com transtornos mentais e sofrimentos psíquicos, incluindo usuários de álcool e outras drogas, ganharam destaque (BRASIL, 2005b). No entanto, a infância e adolescência continuaram permeadas pela exclusão em relação ao tema das drogas e apenas oito anos mais tarde, em 2009, a população infantojuvenil entra na pauta de discussões durante a VIII Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, que aconteceu em Brasília, na qual foram apontadas diretrizes e prerrogativas desses sujeitos no bojo de cuidados e intervenções relacionadas ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2014a).

Apesar dos avanços conquistados na saúde mental infantojuvenil, aponta-se que ainda há imensos desafios para que as ações sejam realmente voltadas para a lógica da proteção integral, pautadas na intersetorialidade e que envolvam o protagonismo infantojuvenil (RAUPP, SAPIRO, 2009; COUTO, DELGADO, 2015; FERNANDES, MATSUKURA, 2015; TAÑO, MATSUKURA, 2015).

### **2.1. Adolescência e o uso de drogas**

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a estimativa populacional do Brasil atualmente é de 205.340.808 habitantes, e, de acordo com dados da UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), em 2011 o país possuía 21.083.635 adolescentes, o que corresponde a cerca de 11% de sua população neste ciclo de vida (IBGE, 2010; UNICEF, 2011a).

Há uma estimativa de que de 10% a 20% da população mundial de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais, e cerca de 3% a 4% precisam de tratamento intensivo, sendo os mais frequentes a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil, os transtornos de ansiedade. Aponta-se, ainda, um aumento do suicídio e do uso abusivo de drogas entre adolescentes (BRASIL, 2005a, p.8).

Estudos têm identificado que o uso de drogas inicia-se precocemente e a idade do primeiro uso tem sido geralmente de 12,5 anos para álcool; 12,8 anos para tabaco; e para as drogas ilícitas, como maconha e cocaína, por exemplo, o primeiro uso tem ocorrido em média aos 13 anos (KESSLER, et al., 2003; GALDURÓZ, et al., 2004).



Com relação aos padrões de uso e prevalência do consumo de álcool e outras drogas no Brasil, foi realizado em 2010 o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre estudantes dos ensinos Fundamental e Médio da rede pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras (CARLINI, et al., 2010). Neste estudo participaram 50.890 estudantes e os dados apontam que deste total, houve predomínio da faixa etária de 13 a 15 anos (42,1%), sendo que 25,5% dos estudantes relataram terem feito uso de alguma droga (exceto álcool e tabaco), 10,6% referiu uso no último ano e 5,5% referiu uso no mês e entre os que relataram uso de qualquer droga no ano, o total foi de 9,9% para a rede pública e 13,6% na rede particular (CARLINI, et al., 2010). As drogas mais citadas pelos estudantes foram bebidas alcoólicas e tabaco, respectivamente 42,4% e 9,6% para uso no ano e em relação às demais, para uso no ano, foram: inalantes (5,2%), maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetamínicos (1,7%) (CARLINI, et al., 2010).

Pesquisas foram realizadas buscando investigar os fatores de risco e proteção que podem estar relacionados ao consumo de drogas na adolescência (BAUS, KUPEK, PIRES, 2002; KESSLER, et al., 2003; BRASIL, 2003; SCHENKER E MINAYO, 2005; AMPARO, et al., 2008; JESUS, et al., 2012; CARDOSO, et al., 2014). De acordo com a literatura, riscos são variáveis individuais, familiares e ambientais que estão associadas a acontecimentos negativos e aumentam a probabilidade da pessoa apresentar problemas ou passar por situações indesejadas (SAPIENZA, PEDROMÔNICO, 2005; POLLETO, KOLLER, 2008; MONCKTON, PEDRÃO, 2011; MATSUKURA, FERNANDES, CID, 2014). Já os fatores de proteção são características pessoais, sociais e ambientais que podem ser ativados na situação de risco e minimizar o impacto do mesmo (SAPIENZA, PEDROMÔNICO, 2005). Quando os fatores de proteção encontram-se relacionados interativamente, são denominados de mecanismos de proteção (POLLETO, KOLLER, 2008).

Nesta direção tem-se a pesquisa de Amparo e colaboradores (2008), a qual investigou fatores sociais e pessoais que pudessem ser protetivos aos adolescentes em risco social e pessoal. As entrevistas foram realizadas com 852 adolescentes e jovens de escolas públicas de três regiões do Distrito Federal, com idade entre 13 e 27 anos. Da amostra, 68,5% apresentava-se na faixa etária de 15 a 17 anos, 57,4% dos adolescentes eram do sexo feminino, 41,5% do sexo masculino e 1,1% não se identificou. Os autores identificaram neste estudo, que os fatores de proteção estavam associados a questões que envolviam amigos, escola, aspectos pessoais e a família. Sobre os amigos, os

participantes revelaram que grande parte das amizades é feita na escola e referiram receber apoio espiritual, material, social e apoio em tarefas escolares. Sobre os fatores de proteção pessoais foram ressaltados a espiritualidade e religiosidade, a autoestima, a autoeficácia e o bem estar. Já sobre a família, 86% dos adolescentes relataram aspectos positivos, como se sentir seguro, receber apoio, ser ouvido e respeitado e reforçam a importância de se desenvolver novos estudos em relação a esta problemática.

O estudo de Cardoso e colaboradores (2014) objetivou identificar o conhecimento de 500 estudantes de 5ª a 8ª série do Ensino Fundamental de uma escola pública sobre os fatores de risco e proteção para o consumo de drogas. Em relação aos fatores que os adolescentes apontam como risco para o uso de drogas, 71,9% deles relataram que se relacionar com familiares e/ou amigos usuários pode aumentar as possibilidades de usar drogas, 50% dos participantes disseram que recursos midiáticos possuem influência no uso de drogas, 95,9% pontuaram que conflitos familiares podem motivar o consumo e todos os adolescentes relataram que ir a espaços onde as drogas podem ser encontradas com facilidade é um risco para o consumo. Já sobre os fatores de proteção, todos os adolescentes afirmaram que o diálogo com os pais diminui as possibilidades de fazer o uso de drogas, 87,5% considerou que pessoas que realizam atividades em seu dia a dia como estudar, praticar esportes, ouvir músicas, dentre outras, possuem menos chances de usar drogas e que o envolvimento em atividades de lazer e sociais diminui a chance de consumir drogas.

Para Schenker e Minayo (2005) os fatores de risco e proteção para o uso de álcool e outras drogas mantêm relação com seis domínios da vida: o domínio individual, familiar, escolar, midiático, amigos e a comunidade na qual a pessoa faz parte. Em relação aos fatores de proteção, possuir temperamento que favoreça o enfrentamento de problemas, autoimagem positiva, satisfação com a vida, ter bom relacionamento e suporte dos pais e de pessoas significativas, diminuem as possibilidades do adolescente consumir drogas (SCHENKER, MINAYO, 2005).

Em relação aos fatores de risco o estudo de Kessler e colaboradores (2003) identificou que ter dificuldades para lidar com sentimentos negativos, ser do sexo masculino, não morar com um dos pais, possuir amigos que sejam usuários de drogas, a disponibilidade da droga, a rejeição dos pares, fracasso escolar, e ter contato com amigos usuários, são características que podem aumentar o risco do adolescente usar drogas.

Dentre os fatores de risco e proteção presentes na problemática do uso de drogas na adolescência, um deles é considerado de extrema importância e evidenciado pela literatura tanto como protetivo como de risco: a família (PRATTA; SANTOS, 2006). Estudos apontam algumas características da família como fatores de proteção ao uso de álcool e outras drogas, como os vínculos bem estabelecidos com os familiares, a forma como estes vínculos são construídos e estabelecidos, um relacionamento envolvendo a escuta e o diálogo entre pais e filhos, o suporte e supervisão parental e a instituição de regras e limites definidos (SCHENKER; MINAYO, 2004; PRATTA; SANTOS, 2006; PAIVA; RONZANI, 2009; MONCKTON, PEDRÃO, 2011). Os processos de socialização familiar são base para a construção de características importantes no desenvolvimento dos adolescentes, como, por exemplo, o autoconceito, os valores e a personalidade, e em relação ao início e sustentação do uso estes são atributos extremamente importantes (MONCKTON, PEDRÃO, 2011).

Sobre os fatores de risco relacionados à família destacam-se a ausência de zelo, afeto e suporte dos pais; a falta de apoio religioso e apoio profissional; e as dificuldades de comunicação na família. Entre os fatores protetivos estão a relação emocional estável com os pais; a transmissão clara e positiva de normas, valores, experiências de auto eficácia; e confiança em si mesmo (MONCKTON, PEDRÃO, 2011).

Compreende-se a partir dos estudos que os adolescentes possuem maior risco para o envolvimento com as drogas devido à fase de transformações em que se encontram e que o uso está atrelado a fatores intrínsecos aos adolescentes, fatores associados aos contextos em que estão inseridos e também ao apoio recebido, principalmente pela família.

## **2.2. Breve histórico da saúde mental infantojuvenil no Brasil**

No início do século XIX, com a chegada da Família real a loucura ganha destaque dentre as ações de intervenção do Estado, pois as transformações sociais e econômicas que estavam acontecendo no país tinham como premissa o controle social sendo a medicina condutora dessa reorganização (RIBEIRO, 1999).

Em relação à infância e adolescência, não existiam no Brasil estudos e ações sistematizadas até o século XIX, quando foram publicados os primeiros estudos nas áreas de Psicologia e Psiquiatria. Em 1852 foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico e posteriormente algumas instituições psiquiátricas foram estabelecidas no país (RIBEIRO, 2006). No entanto, uma vez que as instituições psiquiátricas foram

historicamente destinadas à população adulta, apenas uma pequena parcela das crianças e adolescentes que eram considerados insanos e em profundo sofrimento psíquico era institucionalizada nos denominados manicômios e permaneciam em conjunto com os adultos (RIZZINI, RIZZINI, 2004; RIBEIRO, 2006).

Até o final do século XIX, período do Império e início da República no Brasil, não haviam políticas em saúde mental destinadas à população infantojuvenil, sendo o asilamento e reclusão a única forma de cuidado oferecida à infância e adolescência, e delas a mais disseminada foi a reclusão em instituições filantrópicas, organizadas e dirigidas pela Igreja. Estas mantinham ações de exclusão e “tratamento” muito semelhantes aos hospitais psiquiátricos, em resposta aos problemas relacionados à loucura, pobreza e ao abandono, que segundo os pensamentos da época, produziam crianças e adolescentes delinquentes e incapazes (RIBERO, 2006; BRASIL, 2005a; COUTO, 2012; RIBEIRO, PAULA, 2013; BRASIL, 2014b; TAÑO, MATSUKURA, 2015).

Essas práticas se estenderam por anos, apoiadas na Medicina, a qual se constituía como ciência médica passando a ter grande importância e peso de decisão nas discussões relacionadas à saúde e em outras questões sociais como também na organização da Liga Brasileira de Higiene Mental, criada em 1923, período da República no Brasil, a qual tinha o objetivo de aprimorar a assistência psiquiátrica e as ações de cuidado destinadas aos doentes mentais, no entanto, por volta de 1926 essa premissa é substituída pelos ideais eugenistas advindos do nazismo europeu (RIBEIRO, 1999). Segundo Amarante (1994, p.78), o pensamento da época baseava-se na seguinte premissa: "a psiquiatria deve operar a reprodução ideal do conjunto social que se aproxima de uma concepção modelar de natureza humana, um espaço eugênico, asséptico, de normalidade”.

As concepções presentes neste período foram impulsionadas através da Liga Brasileira de Higiene Mental, a qual alavancou no país o movimento higienista, o qual compreendia que a desorganização da sociedade era causada pelas doenças e que a Medicina deveria atuar na prevenção e no tratamento das mesmas (RIBEIRO, 1999). O movimento higienista possuía interesse na população infantil e atingiu não somente as instituições filantrópicas e hospitais psiquiátricos como também os colégios e as famílias brasileiras, tendo como base de suas ações a ordem e práticas disciplinares, propondo desta maneira transformar os “desviantes” em cidadãos civilizados e produtivos preparando-os para o futuro (RIZZINI; RIZZINI, 2004; RIBEIRO, 2006;

BRASIL, 2005; COUTO, 2012). Dessa maneira, impulsionada pela consolidação da Medicina como ciência, da Psiquiatria e pelas intervenções do movimento higienista, a partir do século XX a infância e adolescência passam a ganhar foco, devido à importância que representavam para o futuro do país, mesmo que por intervenções ineficazes e violentas, baseadas na disciplina e punição (COUTO, 2012).

Em 1923, foi criado o Juizado de Menores, órgão centralizador do atendimento de crianças e adolescentes e em 1927, estabeleceu-se o primeiro decreto para essa população, sob nº 17.943-A, conhecido como Código Mello Mattos. O decreto, também denominado o primeiro Código de Menores, tinha o objetivo de oferecer proteção e assistência às crianças e adolescentes, envolvendo questões não somente de saúde, mas todas as questões que englobassem crianças e adolescentes pobres, abandonadas, e as denominadas delinquentes, cabendo ao juiz a garantia de proteção ancorada em paradigmas morais, punitivos, disciplinares e de institucionalização (RIBEIRO, PAULA, 2013).

Somente em 1937, período do Estado Novo, é que as responsabilidades em relação às questões e intervenções à população infantojuvenil são assumidas pelo Estado, designada por tantos anos à filantropia. Porém, ainda manteve-se a designação de “menores” às crianças e adolescentes pobres e em situações de vulnerabilidade social, focalizando a distinção entre as crianças e os “menores” (BRASIL, 2014 b; COUTO, 2012). Em 1941, no governo de Getúlio Vargas, é implantado no Brasil o Serviço de Assistência a Menores (SAM), o qual pôs ainda mais foco no isolamento e na internação como forma de proteção às crianças e adolescentes marginalizados pela sociedade (RIZZINI, RIZZINI, 2004).

Em relação à saúde pública no país, nas décadas de 40 e 50, o foco estava voltado para o combate das epidemias e as endemias, sendo a assistência médica realizada nesse período pelo sistema previdenciário, o qual beneficiava apenas os trabalhadores associados aos sindicatos (RIBEIRO, 1999). Em 1964 acontece no país o golpe militar e o Brasil passa por duas décadas de repressão política, centralização do poder, censura em diversas esferas da vida. No mesmo ano há a criação da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), fundada inicialmente com a premissa de ser um centro especializado para a reclusão de menores e, ainda que contrárias às diretrizes do SAM, essas instituições disseminaram-se pelo país e deram destaque à criminalização da pobreza (RIZZINI, RIZZINI, 2004).

Diante desse momento histórico de tantas negligências e censuras, movimentos que reivindicavam o estabelecimento de processos democráticos começam a surgir e a se fortalecer no país. Um deles foi o Movimento Sanitário, o qual teve início na década de 70 e buscava a reformulação da concepção de saúde e do estabelecimento de um sistema público e universal de cuidado posteriormente garantido pela Constituição Federal (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

Em 1978 surge o Movimento dos trabalhadores de Saúde Mental, formado por profissionais do movimento sanitário, familiares e os próprios usuários, o qual explicitou a violação de direitos, as denúncias de maus tratos e torturas às pessoas com transtornos e em sofrimento mental e passou a reivindicar os direitos dos mesmos (AMARANTE, 1994). Este movimento desencadeia o nascimento da Reforma Psiquiátrica, fundamentada pelas transformações da experiência de desinstitucionalização italiana, no modelo da reabilitação psicossocial (BRASIL, 2005b).

Juntamente a todos estes acontecimentos, em 1979, institui-se um novo Código de Menores, por meio da lei nº 6.697, o qual criou a designação “menor em situação irregular”. Estas situações foram apontadas como abandono, carência, vitimização em crimes e envolvimento infracionais, e colocava que tais situações consideradas de risco deveriam ser controladas com internações, mantendo, portanto, as práticas controladoras, estigmatizantes e violentas do código anterior (BRASIL, 2014b).

Durante a década de 1980, período de abertura democrática no país, os movimentos sociais estavam se consolidando e viabilizaram uma discussão mais ampliada em relação à infância e adolescência, gerando mobilizações e reivindicações, em defesa das reais necessidades e da garantia de direitos dessa população, exigindo-se mudanças nas ações de cuidado oferecidas à população infantojuvenil (RIBEIRO, PAULA, 2013).

Em 1988 o país estabelece a Constituição Federal Brasileira, um marco para as conquistas e ampliação dos direitos dos cidadãos, a qual preconiza a saúde como um direito de todos e coloca pela primeira vez crianças e adolescentes como pessoas dignas de direitos e com prioridade absoluta, sendo dever do Estado, família e comunidade a proteção integral dos mesmos (RIZZINI; RIZZINI, 2004; COUTO, 2012). Por meio da Constituição Federal, o poder público, em 1990, regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema de abrangência nacional que possui o objetivo de “promover,

proteger e recuperar a saúde, garantindo atenção qualificada e contínua aos indivíduos e às coletividades, de forma equitativa e intersetorial” (BRASIL, 2009, p.9).

Em 1989 foi enviado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), na tentativa de formular uma lei que garantisse o direito dos sujeitos com transtornos e em sofrimento mental, por um novo paradigma baseado no modelo psicossocial a fim de eliminar progressivamente os manicômios no país. Apesar do movimento da reforma psiquiátrica acontecer voltado à população adulta, este movimento e todas as mudanças advindas dele proporcionaram, mesmo que tardiamente, a inclusão das crianças e adolescentes nestas discussões (BRASIL, 2005b; TAÑO, MATSUKURA, 2015).

Desta maneira, após um longo caminho, permeado por negligências e desassistência, em 13 de julho de 1990 institui-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), pela Lei 8069, a primeira relacionada à infância e adolescência que garante proteção integral, elimina a colocação de situação irregular dos mesmos e estabelece o compromisso do Estado pela tutela e pelos direitos desta população, sendo dever da família e comunidade também a responsabilidade da proteção integral de crianças e adolescentes (BRASIL, 1990, COUTO, 2012). O ECA vem anunciar uma nova concepção da infância e adolescência, ou seja, um novo olhar para a população infantojuvenil, tendo-os como prioridade absoluta e configurando-os como sujeitos de direitos e em condição peculiar de desenvolvimento (COUTO, 2012).

Dois anos mais tarde, em 1992, realiza-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual aconteceram discussões sobre as normas e prerrogativas possíveis e necessárias em saúde mental, sobre os serviços destinados aos sujeitos com transtornos mentais, como os primeiros CAPS, NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) e hospitais-dia (BRASIL, 2005). Porém, em relação à infância e adolescência, a conferência apenas pontuou brevemente o percurso trágico desses sujeitos em relação à institucionalização, sem maiores discussões, o que demonstra mais uma vez a não prioridade à infância e adolescência (COUTO, 2012).

A Lei Paulo Delgado n.º 10.216, foi promulgada em 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, a qual garante às pessoas em sofrimento psíquico e com transtornos mentais a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade, redimensiona o modelo de atenção que deixa de ser asilar e passa a ser comunitário e, portanto, valoriza a descentralização do modelo de atendimento a partir da estruturação de serviços nos espaços de convívio social dos próprios usuários,

serviços estes substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e de ações voltadas às possibilidades e necessidades desses sujeitos (BRASIL, 2003). Sobre o conjunto de serviços substitutivos preconizados pela Lei Paulo Delgado, destaca-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados pela Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, a qual estabelece as regras e normas de funcionamento destes dispositivos (BRASIL, 2004).

Em relação à população infantojuvenil foram criados os CAPSi (destinados às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso) e em relação às pessoas com necessidades decorrentes ao uso de álcool e outras drogas foram criados os CAPSad, podendo incluir em suas práticas de atenção além da população adulta, crianças e adolescentes, os quais serão ilustradas com maior profundidade na seção a seguir (BRASIL, 2004).

### **2.3. Drogadição, infância e adolescência: o caminho das políticas públicas**

No Brasil as primeiras ações do governo em relação ao uso de drogas ilícitas<sup>2</sup> aconteceram no início do século XX com a elaboração de um aparato jurídico institucional que pretendia proteger a população e controlar o uso e venda de drogas. Estas proposições do governo foram fundamentadas pela Convenção de Haia, realizada em 1911 e propôs o controle da venda de ópio, morfina, heroína e cocaína (MACHADO, 2007).

Em 1924, é instituído no Brasil o decreto 4.294, o qual previa a pena de prisão para aqueles que vendessem ópio e cocaína e realizassem uso abusivo de álcool (MACHADO, 2007). Em 1938 foi publicado o decreto-lei n.º 891, posteriormente introduzido no código penal de 1941, que ratifica o ópio e a cocaína como substâncias ilícitas, acrescenta ao rol outras drogas, como a maconha e heroína e também determina a toxicomania como doença de notificação compulsória, ou seja, deveriam ser tratadas somente nos hospitais psiquiátricos, sendo que a internação poderia se dar de forma voluntária ou determinada pelo juiz, e o toxicômaco só poderia sair da internação quando fosse considerado curado pelo médico (MACHADO, BOARINI, 2013).

As premissas presentes no código penal foram sustentadas por três décadas e incentivou as ações de repressão ao tráfico e ao consumo de drogas (MACHADO,

---

<sup>2</sup> Apesar do consumo do álcool ser bastante disseminado no país, não foi foco das intervenções neste período, sendo apenas as drogas ilícitas, como a maconha e a cocaína (MACHADO, 2007).



BOARINI, 2013). Esta forma repressiva de organizar as ações relacionadas ao tráfico e consumo de drogas, visando à abstinência e combate a elas, foi denominada de política de “guerra” às drogas, e teve início na década de 70, quando os Estados Unidos implantaram bases militares em alguns países da América Latina, com o propósito de controlar o uso e tráfico da cocaína, sendo disseminada por diversos países. Segundo Paes e Orlando (2013), esse modelo foi incorporado pelo Brasil e teve forte influência nas intervenções ao usuário de drogas, as quais em grande parte eram aplicadas de forma violenta e estigmatizante.

Em 1980, foi criado o Conselho Federal de Entorpecentes (Confen), órgão responsável pelo controle do consumo e do tráfico de drogas, (em 1998 transformado em SISNAD- Sistema Nacional Antidrogas) por meio de práticas violentas e estritamente repressivas até o fim dos anos 80, quando as atuações passaram a envolver a prevenção e pesquisas sobre a temática, diminuindo relativamente a repressão (MACHADO, 2007).

Na década de 80 a AIDS (Síndrome Da Imunodeficiência Adquirida) se dissemina no mundo todo e demanda o desenvolvimento de ações de prevenção devido à elevada manifestação da doença (MACHADO, BOARINI, 2013). Assim, começaram a surgir ações de prevenção em países como a Holanda, no qual o governo, na busca de diminuir o alastramento da doença, passa a distribuir seringas e agulhas descartáveis aos usuários de drogas injetáveis (QUEIROZ, 2001; MACHADO, BOARINI, 2013).

No Brasil a estratégia de redução de danos foi introduzida em 1989 na cidade de Santos, através da distribuição de seringas e agulhas para usuários de drogas injetáveis, com o objetivo de evitar a propagação da AIDS no país, no entanto, não foi implementada devido a uma interdição judicial. Em 1994, diante das movimentações de outros países em relação à estratégia de redução de danos e compreendendo a necessidade de ações de prevenção da AIDS no país, o Confen, propôs que fossem executados projetos que incluíssem a redução de danos como prática de intervenção. A estratégia de redução de danos foi oficialmente implantada no Brasil em 1995 na cidade de Salvador, diante de muitas divergências que permanecem até hoje (NARDI, RIGONI, 2009).

A estratégia de redução de danos pode ser definida como:

“Uma estratégia de saúde pública que visa diminuir as vulnerabilidades de risco social, individual e comunitário, decorrentes do uso e abuso de drogas. A abordagem da RD reconhece o usuário em suas singularidades, e mais do que isso,

constrói com ele estratégias focando na defesa de sua vida” (BRASIL, 2004).

Apesar dos projetos de redução de danos influenciarem as discussões e, mais tarde, a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, na década de 90 houve praticamente um vazio de ações governamentais relacionadas à temática da drogadição.

Em 2001 realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocasião em que a infância e adolescência foram colocadas na pauta de discussões. No relatório final foram apontadas propostas a essa população, como estabelecer uma política de atenção em saúde mental às crianças e adolescentes, baseando-se no ECA e na Lei 10.261/2001; elaborar uma agenda específica para a população infantojuvenil e colocá-la como prioridade nas discussões em saúde mental; e incorporá-la aos serviços substitutivos com garantia de atenção integral (BRASIL, 2011a).

Esse acontecimento foi extremamente importante, pois além de corroborar com as discussões da infância e adolescência, também elencou proposições aos usuários de álcool e outras drogas, permitindo a possibilidade de se planejar políticas públicas, serviços e intervenções a esses sujeitos, sem, no entanto, acrescentar a infância e adolescência na pauta de discussões em relação ao uso abusivo de drogas (BRASIL, 2011a).

Em 2003, o Ministério da Saúde elaborou a política integral do usuário de álcool e outras drogas, a qual define as diretrizes para o tratamento, recuperação e reinserção social dos usuários. Além disso, propõe como eixos fundamentais do cuidado a essa população: a articulação da rede de serviços, a ênfase no cuidado singular, o acolhimento integral desses usuários baseando-se na política de redução de danos como forma de tratamento (ALVES; LIMAS, 2013). Assim, a política traz um marco de extrema importância em relação ao cuidado voltado aos usuários de drogas, determinando a estratégia de redução de danos como uma diretriz política que compreende uma concepção de cuidado e não focaliza a abstinência como principal e única ação de cuidado, mas prioriza a diminuição dos riscos envolvidos no uso abusivo de drogas.

Mais especificamente em relação à população infantojuvenil um ano depois, em 2004, é instituído o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, pela Portaria MS/GM nº 1.608, conquista elementar, pois possibilitou agrupar diversos setores dos serviços da rede, com o objetivo de criar momentos de debates, elaboração de diretrizes

e propostas de políticas públicas em relação à saúde mental de crianças e adolescentes (BRASIL, 2014a).

Em 2005 é estabelecida a Política Nacional sobre Drogas a partir da Resolução Nº3/GSIPR/CH/CONAD, a qual aponta diretrizes para as ações relacionadas ao uso de drogas e propõe a necessidade de reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada. A política preconiza a definição de normas mínimas que regulem e fiscalizem o funcionamento de instituições que realizam tratamento, recuperação, redução de danos e reinserção social, além de apoiar e incentivar estudos sobre essa questão (BRASIL, 2005).

Outra iniciativa do Ministério da Saúde, buscando aumentar o acesso ao tratamento, reduzir os déficits assistenciais e maximizar a qualidade das redes de saúde pela estratégia de redução de danos, foi a proposição do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD 2009-2010, através da Portaria/MS nº 1.190, 04 de junho de 2009) e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC/2010, através do decreto nº 7.179, 20 de maio de 2010). O principal objetivo dos planos é ampliar o acesso aos serviços destinados aos usuários de crack, álcool e outras drogas, realizando intervenções em contexto de rua em articulação com as redes de atenção a esta população, sendo sua principal população-alvo crianças, adolescentes e jovens moradores de rua em situação de vulnerabilidade e risco (BRASIL, 2010a).

Apenas em 2009 a temática relacionada ao uso de drogas por crianças e adolescentes foi tema central do Fórum Nacional de Saúde Mental, apontando-se a partir dos debates, diretrizes para o cuidado, maneira de organizar a rede para atender esses sujeitos e, por último, questões sobre o sistema socioeducativo e drogadição. Por consequência de esforços voltados à saúde mental foi instituída a Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, a qual estabelece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Os principais objetivos desta rede são:

“Organizar os serviços em redes de atenção regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais; garantir o acesso e a qualidade dos serviços, através do cuidado integral, multiprofissional e interdisciplinar; dar ênfase em serviços de base territorial e comunitária, incluindo a participação dos usuários e familiares e desenvolver ações voltadas para as necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os

decorrentes do uso de substâncias psicoativas” (BRASIL, 2011b, p.5).

A RAPS é constituída por quatro eixos estratégicos que visam à implementação da rede, a saber : 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. E eixo 4: ações de prevenção e de redução de danos (BRASIL, 2011).

De acordo com Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011 os componentes que envolvem a rede estão dispostos da seguinte maneira:

- Atenção Básica em Saúde: Envolve as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura;

- Atenção Psicossocial Estratégica: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades;

- Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde;

- Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial;

- Atenção Hospitalar: Enfermaria especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

- Estratégias de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa;

- Estratégias de Reabilitação Psicossocial: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

#### **2.4. CAPS: Dispositivos estratégicos para o cuidado em saúde mental à população adulta e infantojuvenil**

Os CAPS são serviços estratégicos da RAPS destinados a oferecer atenção às pessoas com transtornos mentais e em sofrimento psíquicos graves e também às pessoas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, sendo objetivos desses

serviços reinserir usuários por meio do trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004a).

As ações de cuidado nos CAPS estão pautadas na assistência de base territorial, sendo o território definido não apenas como um espaço geográfico e sim como espaço de vida, de trocas, saberes, composto por pessoas, locais (igrejas, centros comunitários, escola, entre outros) e desejos dos usuários. As ações também apoiam-se na intersetorialidade, ou seja, na articulação com os serviços que compõem a rede, em seus diversos setores, como a educação, saúde, justiça e assistência social. As intervenções nos CAPS são desenvolvidas com a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual deve envolver os aspectos individuais do usuário, como a história de vida, cultura, seus planos, projetos, desejos, preferências e suas redes de apoio (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2004a).

A divisão dos CAPS é definida pelo porte, capacidade de atendimento, abrangência populacional e pela clientela atendida. Assim podem ser classificados em: CAPS I (indicado para municípios com população acima de 15.000 habitantes), CAPS II (indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes) e CAPS III (proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, sendo indicado para municípios com população acima de 150.000 habitantes). Todas as modalidades de CAPS citadas devem oferecer atendimento às pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas e em todas as faixas etárias, direcionando o atendimento de acordo com a disponibilidade e organização dos serviços em cada município (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014b).

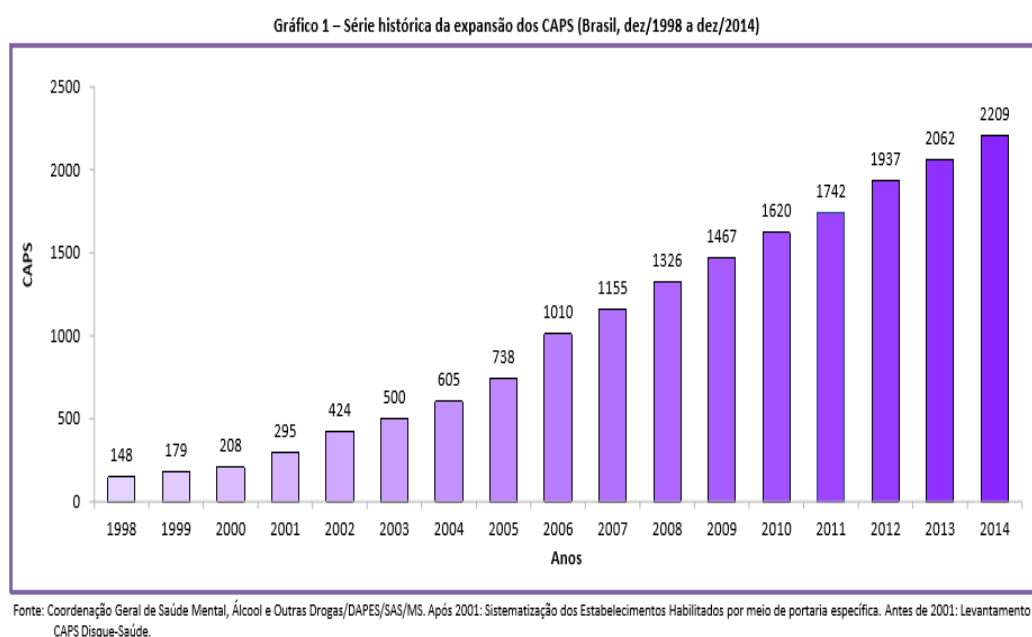
Há ainda duas modalidades destes equipamentos, sendo elas os CAPSi, que oferecem atendimento para crianças e adolescentes, priorizando os transtornos mentais graves e persistentes e também uso de drogas (indicados para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes), e os CAPSad, foco deste estudo, os quais oferecem atendimento a adultos e/ou crianças e adolescentes, com necessidades decorrentes do uso de drogas (indicados para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes).

De acordo com a política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas (2003), os atendimentos nos CAPSad acontecem dentro da lógica de redução de danos, por meio de atividades oferecidas no próprio serviço, como psicoterapias, oficinas, grupos terapêuticos, de prevenção, atividades individuais dentre outras, que são

conduzidas por uma equipe multiprofissional, visando a reinserção social e o protagonismo dos usuários e familiares e desenvolvimento de ações em conjunto com os serviços da rede e a comunidade. Os dispositivos também devem oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem, contar com apoio de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental, no âmbito de seu território (BRASIL, 2003).

Nesta perspectiva, uma publicação do Ministério da Saúde denominada Saúde Mental em Dados (2015) objetivou apresentar uma compreensão dos serviços que fazem parte da RAPS e exibir um panorama sobre a implantação dos CAPS no decorrer dos anos. Em relação à expansão de CAPS pelo território nacional, pode-se verificar que houve crescimento constante dos dispositivos, desde a sua criação, enfatizando a importância que os CAPS possuem para a mudança do modelo de atenção em saúde mental (BRASIL, 2015).

O quadro a seguir demonstra a expansão dos CAPS entre os anos de 1998 e 2014.



Sobre a implantação dos CAPSad no país, aponta-se que de 2006 a 2014 houve a criação de 309 CAPSad e 69 CAPSad III, o que indica a relevância destes serviços à problemática do uso de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2015). É possível observar no quadro a seguir o número de CAPS em relação aos anos (de 2006 a 2015) em todas as modalidades dos serviços.

Tabela 4 – Série histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por Tipo (Brasil, dez/2006 a dez/2014)

| Ano  | CAPS I | CAPS II | CAPS III | CAPSi | CAPSad | CAPSad III | Total |
|------|--------|---------|----------|-------|--------|------------|-------|
| 2006 | 437    | 322     | 38       | 75    | 138    | -          | 1010  |
| 2007 | 526    | 346     | 39       | 84    | 160    | -          | 1155  |
| 2008 | 618    | 382     | 39       | 101   | 186    | -          | 1326  |
| 2009 | 686    | 400     | 46       | 112   | 223    | -          | 1467  |
| 2010 | 761    | 418     | 55       | 128   | 258    | -          | 1620  |
| 2011 | 822    | 431     | 63       | 149   | 272    | 5          | 1742  |
| 2012 | 907    | 464     | 72       | 174   | 293    | 27         | 1937  |
| 2013 | 978    | 471     | 78       | 187   | 301    | 47         | 2062  |
| 2014 | 1069   | 476     | 85       | 201   | 309    | 69         | 2209  |

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica.

O indicador CAPS/100 mil habitantes é um meio de analisar a implantação dos CAPS ao longo do tempo e fornecer, desta maneira, dados para os gestores realizarem a avaliação dos serviços, priorizando as lacunas e pontuando os avanços. As regiões Sul e Nordeste, em relação a esse indicador, apresentaram pontuação maior do que a média nacional, assim como os estados de Roraima, Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, ressaltando-se ainda a Paraíba, que tem se mantido por anos como o estado de maior cobertura assistencial (BRASIL, 2015).

Visando compreender sobre como os estudos nacionais vem abordando os CAPSad e, mais especificamente, sobre os adolescentes nos CAPSad e CAPSi, a seguir serão apresentados alguns estudos que abordam essa temática<sup>3</sup>.

Em relação às pesquisas sobre CAPSad, há estudos sob diferentes perspectivas. O estudo de Marques e Mângia (2011) buscou apresentar a organização e caracterizar as práticas desenvolvidas em um CAPSad com o objetivo de dar visibilidade a essa modalidade de serviço. Os resultados demonstraram que o acolhimento é realizado sempre que o usuário chega ao serviço, e à medida que o PTS é desenvolvido pelo técnico de referência e pela equipe, este usuário participa de grupos de acolhimento, no qual abordam-se diversas temáticas relacionadas ao uso de drogas, e passa por atendimento médico quando necessário. As reuniões de equipe aconteciam semanalmente e as ações com adolescentes eram realizadas por meio de parcerias com outros equipamentos do município. No entanto, os autores colocam a necessidade de

<sup>3</sup> As bases de dados utilizadas para a realização deste levantamento foram a BVS (Biblioteca virtual em saúde), o Scielo e o portal de periódicos da CAPES.

desenvolver melhores estratégias que envolvam a comunidade nas ações de cuidado, que se explorem os recursos existentes, e que haja o planejamento de novos recursos.

O estudo de Xavier e Monteiro (2013) objetivou caracterizar as intervenções terapêuticas no tratamento de usuários de crack e outras drogas, desenvolvidas nos CAPSad da região metropolitana de Porto Alegre/RS, levando em consideração ações, dificuldades e abordagens terapêuticas para o enfrentamento das drogas. Os resultados indicaram que na maioria das vezes, os usuários chegam ao CAPSad por insistência da família ou de forma compulsória, o que dificulta sua inserção no serviço. As propostas de trabalho com esses usuários acontecem na lógica da reinserção social, por meio das atividades em grupo, atendimentos com as famílias e em ações realizadas na comunidade. No entrando, a equipe encontra dificuldades em relação à questão motivacional destes usuários frente às recaídas, aos laços rompidos com a família e também dificuldades financeiras pela falta de recursos e poucos investimentos no serviço.

Ainda nesta direção, a pesquisa de Moura e Santos (2011) pretendeu analisar a percepção de 10 usuários acerca do cuidado ofertado em um CAPSad. Os resultados indicaram que os usuários são bem acolhidos quando chegam ao serviço, e apontam a importância de receber auxílio de toda a equipe e também de se ter força de vontade para seguir o tratamento. Os autores pontuaram que o CAPSad realiza encaminhamentos e parcerias, promovendo, assim, cuidado amplo e integral. As oficinas apresentavam-se como um momento de trocas e reflexão e a proposta de redução de danos utilizada pelo serviço, de acordo com a opinião dos usuários, é o único caminho para uma possível mudança sobre o uso de drogas e também em relação a outras áreas da vida que consideram estar em risco.

Já o estudo de Silveira e colaboradores (2007), realizado com profissionais, familiares e usuários de um CAPSad, apresentou um processo de pesquisa-intervenção feito ao longo de um ano, com o objetivo de criar espaços de reflexão com a equipe, visando pensar e discutir os problemas organizacionais e do trabalho em equipe. Os resultados indicaram que algumas práticas exercidas pela equipe estão em descompasso com o que propõem as políticas e diretrizes ao usuário de drogas, como a internação como medida muito utilizada e solicitada na dinâmica do serviço e em alguns casos, a internação compulsória é tida como recurso protetor ao usuário e família; desencontros na comunicação entre a equipe; falta de materiais, de capacitação dos profissionais e de saber o papel específico de cada profissional; burocracia em relação às práticas e rotinas



do serviço; casos difíceis de lidar, como usuários em crise; busca por protocolos, dificultando a construção do cuidado; objeções à proposta da redução de danos; despreparo pessoal e profissional. Assim, os autores apontaram a educação permanente como ponto chave para uma melhor compreensão dos atuais obstáculos encontrados no serviço e para vencer os desafios do cuidado ao sujeito com necessidades decorrentes do uso de drogas.

Outros estudos também focalizam o desenvolvimento das ações de cuidado aos usuários de drogas nos CAPSad (QUINDERÉ, TÓFOLI, 2007; OLIVEIRA et al., 2013; MIRANDA, VARGAS, 2009; VIEIRA, et al., 2010; MONTEIRO, et al., 2012; BATISTA, et al., 2012). Nesta concepção de conhecer o perfil dos usuários inseridos nos CAPSad tem-se o trabalho de Monteiro e colaboradores (2011), no qual o levantamento de informações sobre os usuários foi realizado no município de Sobral-CE por meio dos prontuários e apontou que dos 227 sujeitos a maioria era do sexo masculino (88,9%), solteiros (50,2%), com idade entre 19 e 59 anos (87,6%) e, empregados (48,6%). A maioria dos sujeitos possui o Ensino Fundamental (40%), 56,8% interromperam o tratamento e, especificamente da população adolescente (15-18 anos), havia apenas 13 prontuários (5,7%). Outras pesquisas corroboram com os dados encontrados neste trabalho e indicam que a maioria dos usuários em tratamento nos CAPSad é do sexo masculino e apontam a reduzida permanência de adolescentes nestes serviços, variando entre 2% a 10,39% a presença desta população nos CAPSad (OLIVEIRA, et al., 2013; BATISTA, et al., 2012).

Em nenhum dos trabalhos citados os adolescentes foram foco da pesquisa e quando estes foram citados nos estudos, evidenciou-se que alguns serviços não realizavam intervenções com adolescentes, sendo estas executadas em outras instituições (MARQUES E MÂNGIA, 2011), ou ainda quando as ações existiam, verificou-se a baixa porcentagem de adolescentes inseridos nos serviços. (QUINDERÉ, TÓFOLI, 2007; OLIVEIRA, et al., 2013; BATISTA, et al., 2012; XAVIER, MONTEIRO, 2013). Estas informações denotam que há pouco conhecimento sobre o lugar em que os adolescentes com necessidades referentes ao uso de drogas estão buscando para serem apoiados e ajudados, demonstrando a importância de pesquisas que investiguem essas instituições e que possibilitem dar foco aos adolescentes.

De acordo com o documento do Ministério da Saúde, publicado em 2014, sobre as Recomendações dos Fóruns Nacionais de Saúde Mental Infantojuvenil nos anos de 2005 a 2012, o cuidado oferecido às crianças e aos adolescentes com necessidades

decorrentes do uso de drogas devem envolver a articulação de vários serviços nas ações, ou seja, ser necessariamente intersetorial e que os dispositivos desenvolvam diferentes possibilidades de intervenções, tendo como base a integralidade e corresponsabilidade, possibilitando o protagonismo infantojuvenil (BRASIL, 2014a). O documento ainda recomenda cautela à sociedade em relação ao medo e pânico sobre o consumo de drogas e acrescenta a necessidade de elaborar estudos visando à construção de conhecimento no campo da infância e adolescência. Todavia, apesar das novas proposições e estratégias em saúde mental passarem a incluir e focalizar a população infantojuvenil, há muitos desafios para que os cuidados a essa população historicamente excluída sejam efetivos, principalmente a respeito do uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005b, COUTO, DELGADO, 2015).

Em relação à demanda atendida nos CAPSi, as necessidades decorrentes do uso de drogas é muito baixa, menor que 0,5%, o que indica que os adolescentes com essa problemática devem estar buscando auxílio em outro local, sendo necessário melhor definição sobre a política de atenção à infância e adolescência nas questões relativas a esta temática (OLIVEIRA, et al., 2012). Um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde sobre os CAPSad em 2010, com o objetivo de acompanhar as ações da Política de Saúde e Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, apontou que a grande parcela atendida nos CAPSad é composta por jovens e adultos acima de 18 anos, tendo apenas 61% dos CAPSad atendimentos com adolescentes de 12 até 18 anos e 16% com crianças menores de 12 anos, o que indica que mesmo a porcentagem de adolescentes em atendimento sendo baixa, este aparenta ser o serviço que mais tem envolvido intervenções com essa população (BRASIL, 2011). Assim, a partir das informações expressadas verifica-se que há uma lacuna sobre onde e se os adolescentes estão recebendo e buscando auxílio no que diz respeito às problemáticas relacionadas ao uso das drogas, sendo necessário dar foco a esta questão e realizar estudos que investiguem e aprofundem essa realidade, visto a importância e urgência que ela demanda.

Estudos investigaram os serviços que atendem adolescentes usuários de álcool e outras drogas em relação ao perfil da população atendida e permanência nos serviços, a organização dos processos de trabalhos e o cuidado oferecido aos adolescentes. Os serviços identificados nos estudos foram CAPSi (ARAÚJO et al., 2012; TOMM, ROSO, 2013; BASTOS, et al., 2014; ESPÍNOLA, 2013; ALMEIDA, 2013), CAPSad (VASTERS, 2009; ALMEIDA, 2010; CAMPOS, 2010; SILVA, et al., 2010;

VASTERS, PILLON, 2011; MACHADO, 2013; MANCILHA, 2015) , ONGs, CAPSad e ambulatórios (ARECO, et al., 2011).

Nesta perspectiva tem-se o estudo de Areco e colaboradores (2011) que teve o objetivo de conhecer como os serviços e programas têm se organizado para atender às necessidades relacionadas às drogas e saúde mental, para crianças e adolescentes, em um município do interior de São Paulo. Participaram da pesquisa 7 instituições e a partir dos dados coletados os autores identificaram, de acordo com as premissas do ECA, ausência da atenção integral e articulada aos adolescentes na maioria das instituições, falta de planejamento das intervenções, ausência de conhecimento de características básicas dos usuários e suas reais necessidades, dificultando a efetividade dos serviços.

A pesquisa de Espínola (2013) buscou analisar a prática dos profissionais de um CAPSi de João Pessoa/PB em relação à atenção ao adolescente usuário de drogas. O estudo apontou que este serviço prioriza uma dinâmica de trabalho que envolve plano terapêutico singular para todos os adolescentes, de acordo com as demandas dos mesmos, a oferta de atividades diversificadas aos adolescentes, como atendimentos individuais, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, atividades físicas e atendimento aos familiares. No entanto, os profissionais ressaltaram alguns desafios na prática e no cuidado aos adolescentes, como a dificuldade em articular e realizar parcerias com outros serviços do município e dificuldades em realizar ações no território.

Os estudos especificamente voltados a adolescentes inseridos nos CAPSad são realizados a partir de diferentes enfoques. Pesquisas apontaram sobre o perfil de adolescentes usuários de drogas em CAPSad, realizados a partir de informações dos prontuários do serviço e revelaram que a maioria dos adolescentes é do sexo masculino, de 15 a 17 anos, solteiros, com Ensino Fundamental incompleto, sem trabalho e que já tiveram envolvimento com a justiça. A droga mais utilizada foi a maconha, seguida pelo tabaco. Os adolescentes chegam ao serviço encaminhados geralmente por serviços da assistência social ou por meios judiciais (ARAÚJO et al., 2012; SILVA, et al., 2014). Os autores destacaram limitações nos estudos, por ter sido realizado por meio de dados dos prontuários e reforçam a importância e necessidade que novos estudos sejam realizados para melhor esclarecimento sobre esta população, visando ampliar o olhar sobre os adolescentes e, conseqüentemente, sobre as intervenções (ARAÚJO et al., 2012).

A pesquisa de Mancilha (2015) objetivou traçar o perfil sociodemográfico e a relação com o uso de drogas de adolescentes entre 15 e 19 anos inseridos em um

CAPSad na cidade de Ribeirão Preto, a partir da análise das percepções dos adolescentes em relação ao tratamento recebido e quais fatores que, segundo eles, facilitam ou não a permanência no CAPSad. O estudo foi realizado com 12 adolescentes e revelou que a maioria dos entrevistados é do sexo masculino, todos já foram poliusuários, possuem Ensino Fundamental incompleto e 75% relataram evasão escolar. Sobre as percepções dos adolescentes em relação ao tratamento, ao serem questionados, grande parte dos adolescentes identificou o tratamento como sendo o uso de medicamentos, passar por atendimento médico ou remetia-se à internação, demonstrando a ótica da doença, biomédica. Alguns deles relataram estarem insatisfeitos com a vida, terem laços afetivos rompidos e possuírem sentimentos de inutilidade. Ainda sobre o estudo de Mancilha (2015), a maior parte dos adolescentes relatou que é necessário ter força de vontade para permanecer no serviço e esperam distrair e ocupar a mente com as atividades lá realizadas. Assim o autor ressalta que as ações para potencializar a permanência dos adolescentes devem avançar.

O estudo de Vasters e Pilon (2011), que envolveu entrevistas com 14 adolescentes de um ambulatório da cidade de Ribeirão Preto, objetivou conhecer o uso de drogas entre adolescentes, da primeira experimentação às percepções sobre a adesão ao tratamento. O estudo revelou que dentre os motivos para o uso de drogas estavam a falta de habilidade para lidar com situações de conflito de modo saudável (coping) e com sentimentos de ansiedade e depressão. Outros aspectos verificados pelos autores e associados ao uso foram a ausência de atividades motivadoras que proporcionassem prazer e diversão, efeitos prazerosos proporcionados pela droga, o aumento da vontade do uso, mudanças no padrão de consumo, e “perspectivas de futuro”. Em relação ao tratamento, os resultados indicaram que a construção de uma nova rede de relacionamento, a “força de vontade”, o bom relacionamento com os profissionais do serviço especializado, a existência de apoio familiar, dentre outros, são fatores que auxiliam a se manter no tratamento ou reduzir o consumo. O estudo ainda sugeriu a necessidade de maior compreensão e investigação sobre a droga como parte do cotidiano de adolescentes e das características envolvidas em uma maior efetividade do tratamento ofertado a eles.

A pesquisa de Almeida (2010), que objetivou compreender a opinião dos adolescentes atendidos e dos profissionais sobre o tratamento em um CAPSad de Cuiabá, apontou que o tratamento recebido no serviço está intimamente relacionado à adesão ou não do adolescente, e reforçam que a aproximação, o vínculo, inclusão dos

familiares nas ações, a singularidade do cuidado, o empoderamento e protagonismo dos adolescentes são ferramentas importantes para a possibilidade de adesão dos mesmos ao serviço e necessitam ser melhor implementados nos mesmos.

Pesquisas recentes apontam a adesão ao tratamento de álcool e outras drogas como um dos grandes desafios para o cuidado junto a esta população e, em especial, em relação à adesão de adolescentes (SCADUTO, BARBIERI, 2009; VASTERS, 2009; ALMEIDA, 2010; BRASIL, 2011a; VASTRES, PILLON, 2011; OLIVEIRA, et al., 2012; ESPÍNOLA, 2013; MANCILHA, 2015). Neste sentido, tem-se o estudo de Scaduto e Barbieri (2009), realizado com 12 profissionais de um ambulatório da cidade de Ribeirão Preto, com o objetivo de compreender a partir da visão destes os significados por eles atribuídos aos temas adolescência, uso de substâncias psicoativas, dependência, tratamento e adesão. Os resultados revelaram as dificuldades da equipe em lidar tanto no contato com os adolescentes, quanto na resposta e adesão ao tratamento. Sobre a adesão, os profissionais a relacionaram ao papel da família, que não oferece suporte ao adolescente; a fatores ligados ao tratamento em si, como a dificuldade da equipe em lidar com adolescentes; e o despreparo da instituição para acolher adequadamente essa população. Os autores consideram que há poucos estudos brasileiros sobre a adesão ao tratamento da dependência química, e que as questões levantadas neste trabalho devem ser aprofundadas em pesquisas futuras, visando contribuir para o debate na literatura brasileira sobre o tema.

Os estudos apontam lacunas em relação à articulação dos serviços no cuidado aos adolescentes que fazem uso de drogas, à adesão dos mesmos aos serviços e que esta está vinculada ao apoio recebido pela família, ao acolhimento e ações desenvolvidas nos CAPS e colocam a necessidade de maior autonomia e protagonismo desses adolescentes no cotidiano de cuidados. Os estudos também têm identificado a importância de dar voz aos adolescentes, de serem reconhecidos como cidadãos de direitos em suas particularidades e singularidades em termos da adolescência.

Pelo exposto compreende-se também a importância de atentar-se para além dos serviços e equipamentos que acolhem os jovens usuários de álcool e outras drogas e aprofundar na compreensão do cotidiano e nas questões intrínsecas desses sujeitos a partir da ótica dos próprios adolescentes e seus familiares. Este estudo focaliza adolescentes usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, tendo como pano de fundo o CAPSad e o cotidiano fora do serviço.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Compreender, sob a ótica dos adolescentes inseridos em um CAPSad, sobre a vivência dos mesmos neste equipamento e nos demais contextos de inserção pelos quais transitam e suas expectativas em relação ao dia a dia e ao futuro.

#### **3.2 Objetivo Específico**

Identificar, sob a ótica dos familiares dos adolescentes, como vivenciam o uso de drogas realizado pelos adolescentes e suas expectativas em relação ao CAPSad.

## 4. MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, exploratório, de abordagem qualitativa.

A abordagem qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que se estuda, sendo adequada para estudos de significados, significações, ressignificações, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida (MÁRTINS; BÓGUS, 2004). O material essencial de uma análise qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais e burocráticos (MINAYO; SANCHES, 1993).

A metodologia utilizada no estudo foi a observação participante, na qual o pesquisador é inserido no ambiente de pesquisa para assim aproximar-se do objeto de estudo e participar do cotidiano do mesmo (QUEIROZ, et al., 2007).

### 4.1 Participantes

Participaram do estudo oito adolescentes com idade entre 12 e 18 anos<sup>4</sup>, inseridos no CAPSad e quinze familiares de adolescentes do serviço.<sup>5</sup> Os critérios de inclusão para participação dos adolescentes na pesquisa foram: ter idade mínima de 12 anos e máxima de 18 anos, aceitarem participar do estudo, ter o tempo de inserção no serviço de, no mínimo seis meses, e estarem inseridos ao mesmo por problemas vinculados ao uso de álcool e outras drogas (e não como motivação primária outras problemáticas relativas aos transtornos mentais).

Para os familiares, os critérios de inclusão foram ter adolescentes em acompanhamento no CAPSad, estarem frequentando o serviço e aceitarem participar da pesquisa.

### 4.2 Local

O estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas - CAPSad, do Estado de São Paulo, regularmente registrado no CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde), localizado em um município de médio porte, com 208.662 habitantes (IBGE, 2015).

---

<sup>4</sup> Foi selecionado este recorte de idade conforme considera o Estatuto da Criança e do adolescente (ECA), ou seja, é adolescente a pessoa entre doze e dezoito anos de idade e em casos excepcionais, colocados em lei, a pessoa até os 21 anos de idade (BRASIL, 1990).

<sup>5</sup> Cinco destes eram familiares dos adolescentes que participaram da pesquisa.

A escolha do CAPSad foi por conveniência, pautada nos seguintes critérios: possuir programas e/ou atividades voltadas para a atenção de adolescentes e ter mais de 3 anos de funcionamento.

Segundo informações do Cadastro Nacional dos estabelecimentos de saúde (CNES) e do site da prefeitura do município<sup>6</sup>, a cidade conta com 9 CMS (Centros de saúde), os quais são considerados Unidades Básicas de Saúde (UBS), e realizam atendimento médico em Clínica Geral, Pediatria e Gineco/obstetrícia, atendimento em Enfermagem e Farmácia.

O município possui 22 USF (Unidades de saúde da família), que realizam atendimento médico em clínica geral e diversas ações de cuidado, como: acompanhamento de hipertensão e diabetes, curativos, dispensação de preservativos e contraceptivos, práticas e programas de prevenção em saúde.

Há no município dois CAPS. O CAPS II destinado a atender adultos com transtornos mentais (cujas demandas mais frequentes são: esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno psicótico agudo e transitório) e o CAPSad destinado a atender adultos e adolescentes entre 12 a 18 anos com necessidades relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Em relação aos centros de especialidades, o município conta com um Centro de referência ambulatorial de saúde mental adulto (CRASMA), no qual são atendidos adultos com transtornos mentais e possui equipe multidisciplinar composta por assistente social, equipe de enfermagem, psicólogos, psiquiatras e terapeuta ocupacional.

Conta também com um centro destinado às crianças com demandas para reabilitação física, com transtorno de conduta, deficiência intelectual e transtornos mentais, no entanto as crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas não são atendidas nesse espaço.

Existe ainda no município um Centro de Reabilitação de adolescentes, o qual realiza atendimentos em saúde mental para adolescentes entre 12 a 18 anos às seguintes demandas: transtornos psíquicos da infância e da adolescência, transtornos emocionais e de comportamento com início na adolescência, violência doméstica, abuso sexual, luto, distúrbios de linguagem, leitura e escrita, motricidade oral e uso de drogas. Há também

---

<sup>6</sup> Todas as informações referentes aos serviços do município foram retiradas do site CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) e do site da prefeitura do município em questão.



um Centro da Juventude que realiza atendimentos de adolescentes entre 12 e 21 anos de idade, em situação de vulnerabilidade social e que oferece oficinas culturais e esportivas, objetivando o acolhimento, apoio, orientação dos adolescentes e suas famílias. As atividades são realizadas por meio de parcerias com outros órgãos públicos e também por contratação temporária de oficinairos.

O município também possui um Centro de Capacitação Social e Profissional o qual atende jovens e adultos em situação de vulnerabilidade social, proporcionando por meio da capacitação e qualificação a formação profissional. Os cursos são realizados via parcerias com escolas profissionalizantes, pessoas físicas (oficineiros) e empresas privadas.

Há também oito Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) os quais desenvolvem serviços e programas sócio assistenciais de proteção social básica, atuando com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando a orientação e fortalecimento do convívio sócio familiar e também um Centro de Referência para a População em Situação de Rua (Centro POP), destinado a atender a população que vive nas ruas, oferecendo acolhimento, apoio, atividades e propostas de reinserção social.

### **4.3 Instrumentos**

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

Formulário de identificação do serviço: este formulário foi composto por 8 questões, as quais abordavam: sobre a composição da equipe, atividades e atendimentos realizados no serviço, dentre outras (APÊNCIDE A).

Formulário de Identificação dos adolescentes e rede familiar: este formulário foi composto por 17 questões, as quais buscavam identificar sobre os adolescentes e suas famílias, como por exemplo: idade, estrutura e composição familiar, dentre outras (APÊNCIDE B).

Roteiro de Entrevista Semi-estruturada com os adolescentes: o roteiro contou com 34 questões que buscaram abordar sobre o cotidiano do adolescente dentro e fora do serviço, sobre o engajamento em atividades e relacionamentos, suporte e inserção social, expectativas em relação ao futuro, dentre outras (APÊNDICE C).

Roteiro de entrevista Semi-estruturada com os familiares: foi composto por 26 questões que abordaram sobre a dinâmica familiar, o uso de drogas pelos adolescentes,

a convivência familiar, expectativas sobre o tratamento, rede de suporte, dentre outras. (APÊNCIDE D)

Diário de Campo: o diário de campo foi utilizado pelo pesquisador para registro das observações e contatos realizados durante a inserção no CAPSad.

#### **4.4 Materiais e equipamentos utilizados**

Foram utilizados os seguintes materiais na pesquisa: papel sulfite, impressora, gravador de voz e computador.

Também foi utilizado o Software QUALIQUANTISOFT® elaborado para auxiliar a realização de pesquisas nas quais é utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

### **4.5 PROCEDIMENTOS**

#### **4.5.1 Questões éticas**

O primeiro procedimento foi a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar. Somente após a aprovação do mesmo, o desenvolvimento do estudo foi iniciado<sup>7</sup> (ANEXO A). Também foi solicitada à Secretaria de Saúde do Município autorização para a realização do estudo, como também autorização para o CAPSad em que o estudo foi realizado.

#### **4.5.2 Estudo piloto em CAPSad**

Antecedendo a coleta de dados a pesquisadora realizou o estudo piloto em uma unidade de CAPSad, de outro município da região, buscando se aproximar da realidade em foco e do objeto de estudo em sua complexidade. O estudo piloto ocorreu durante o mês de agosto de 2014 e teve a duração de vinte dias; nela a pesquisadora buscou participar e conhecer a rotina do serviço, dos profissionais e dos usuários, incluindo adolescentes.

Nesta oportunidade a pesquisadora participou de grupos de família, grupo de adolescentes, terapia comunitária, grupo de mulheres, assembleias, grupo de confecção de pães, entre outras atividades.

---

<sup>7</sup> O estudo foi submetido ao comitê em outubro de 2014 e aprovado em janeiro de 2015, sob parecer nº 931.279, CAAE: 37304714.0.0000.5504.

#### **4.5.3 Elaboração e adequação dos instrumentos para coleta de dados**

Em relação aos instrumentos, após a revisão de literatura sobre a temática e inserção piloto em um CAPSad, foram elaborados dois roteiros de entrevista semi-estruturada, um para os adolescentes (Roteiro de Entrevista para os Adolescentes) e outro para os familiares (Roteiro de Entrevista para os familiares).

Juízes especialistas e pesquisadores da área foram solicitados a avaliar a pertinência, coerência, sequência das questões apresentadas, clareza, e realizar sugestões. Conforme sugere Manzini (2003) é necessário pensar nas questões que serão desenvolvidas, e após a construção do roteiro, é fundamental que este passe por avaliações de juízes da área.

Foram convidados para a avaliação dos roteiros sete juízes especialistas da área, todos terapeutas ocupacionais envolvidos com pesquisas ou práticas profissionais com esta população. As principais considerações realizadas pelos juízes foram em relação aos seguintes aspectos:

- Linguagem: foi sugerido que em algumas questões fossem utilizadas palavras mais simples para melhor aproximação e compreensão dos adolescentes;
- Estrutura das questões: foi sugerido redistribuir algumas questões para que ficassem mais organizadas no roteiro.
- Os juízes também sugeriram excluir algumas questões do roteiro, ou que elas fossem reformuladas para melhor atingir aos objetivos do estudo.

#### **4.5.4 Inserção da Pesquisadora no campo**

Após a verificação relativa ao oferecimento de atendimento a adolescentes e em relação ao tempo de funcionamento do serviço, de acordo com os critérios do estudo, o CAPSad em questão foi convidado a participar da pesquisa e assim iniciou-se a inserção no serviço. O período que a pesquisadora permaneceu no serviço foi de janeiro a maio de 2015 (duração de cinco meses). A coleta de dados iniciou-se após o primeiro mês de inserção da pesquisadora no serviço e estendeu-se até o fim da inserção. A pesquisadora permanecia no serviço todos os dias da semana, das 08 horas da manhã até às 19 horas.

Conforme preconiza a Observação Participante, inicialmente a pesquisadora procurou conhecer e participar da rotina do serviço, dialogar e acompanhar os profissionais que compõem a equipe, participar das atividades desenvolvidas e das reuniões realizadas pela equipe, dialogar e acompanhar os usuários, seus acompanhantes, dentre outros aspectos. Também buscou conhecer o cotidiano dos

adolescentes no serviço, iniciando as aproximações nos grupos de adolescentes, e grupos de família, procurando assim interagir com os mesmos e com seus familiares.

Todos os dias, ao sair do CAPSad, a pesquisadora escrevia, em diário de campo, os registros de como havia sido o dia. Nestes registros constavam todos os contatos, participações nos grupos, momentos de conversa e aproximação com os adolescentes, com outros usuários do serviço, familiares e os profissionais, além dos registros de suas próprias percepções.

#### **4.5.5 Convite para as entrevistas**

Após o primeiro mês no serviço, a pesquisadora convidou os adolescentes e familiares para participação no estudo e buscou explicar sobre a pesquisa e esclarecer dúvidas que surgiram em relação à mesma. Os adolescentes que aceitaram participar do estudo e possuíam mais de dezoito anos, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido, já para os que possuíam menos de dezoito anos, o adolescente preenchia um termo de assentimento e o familiar preenchia o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE E) e (APÊNDICE F).

A frequência dos adolescentes no serviço era muito instável, porém, durante o período de inserção a pesquisadora teve contato com dezessete adolescentes e, dentre estes, efetivou o convite para participação com onze adolescentes que estiveram no serviço e com a pesquisadora por mais de três vezes. Dentre os adolescentes convidados, três não aceitaram participar da pesquisa<sup>8</sup>, totalizando a participação de oito adolescentes na pesquisa.

Em relação aos familiares, a pesquisadora teve contato com as famílias na participação dos grupos de família. Conforme aconteciam os grupos a pesquisadora realizava o primeiro contato com o familiar que respondia aos critérios de inclusão e realizava o convite para participação na pesquisa. A pesquisadora teve contato e realizou o convite para participa à pesquisa para dezessete mães, sendo que apenas duas se recusaram a participar, uma por dizer que não tinha outro horário livre além daquele destinado ao grupo de família e, a outra, por não querer participar do estudo, pois não gostaria de falar sobre sua vida. Assim quinze familiares aceitaram e participaram da pesquisa.

---

<sup>8</sup> Em relação aos 3 adolescentes que recusaram participar da pesquisa, um deles se recusou dizendo que não retornaria mais ao serviço e os outros dois adolescentes apenas se recusaram sem explicações.

A forma e horários para as entrevistas foram pactuados com os adolescentes e familiares e todas foram realizadas no CAPSad, em salas e espaços em que a privacidade fosse garantida. A entrevista dos familiares durou em média uma hora e dos adolescentes teve a duração de, aproximadamente, quarenta minutos.

#### **4.5.6 Análise dos dados**

##### **- Diário de Campo:**

Para a análise do conteúdo do diário de campo, foram realizadas repetidas leituras e a partir delas, foram identificados eixos presentes no conteúdo e os registros relativos a cada eixo foram organizados.

##### **- Conteúdo das entrevistas:**

Os registros das entrevistas semiestruturadas foram transcritos na íntegra e analisados através da Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A técnica do DSC é uma análise de dados qualitativos de natureza verbal e vem sendo desenvolvida desde a década de 1990 em estudos de representação social; possui como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos, a qual defende que uma pessoa é ao mesmo tempo individual e coletiva, pois possui singularidades, mas também faz parte de uma coletividade (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010).

A Teoria da Representação social é uma forma de conhecimento construída e compartilhada socialmente e preconiza a construção de uma realidade comum a um conjunto social. As representações sociais permitem assimilar em aspectos da coletividade expressões individuais e conduzem as pessoas a determinar em conjunto os mais diversos aspectos da realidade cotidiana (JODELET, 2011).

O objetivo do DSC é, por meio da análise do material verbal, construir depoimentos que representem uma coletividade através de um discurso único, escrito na primeira pessoa do singular (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010).

De acordo com Lefevre, Lefevre (2010), para a construção dos discursos são utilizados os seguintes operadores metodológicos:

As *Expressões Chaves (ECH)*, que são trechos mais importantes de cada resposta destacados pelo pesquisador, ou seja, são o conteúdo essencial das representações presentes nestas respostas.

As *Ideias Centrais (IC)*, que são expressões linguísticas, que revelam o sentido presente nas expressões chave selecionadas de cada uma das respostas, mas de maneira

sintética, resumida, que depois formarão o discurso do sujeito coletivo, sendo assim denominadas *Ideias Centrais de Categoria*.

A *Ancoragem (AC)* é a expressão de uma teoria, ideologia, ou crença, dita pelo autor do discurso. Consiste em uma afirmação genérica e é usada para explicar, falar sobre uma situação específica.

Os *Discursos do sujeito coletivo (DSC)* são construídos a partir do conjunto das expressões chave de respostas que tem ideias centrais ou ancoragens semelhantes, ou pode ser composto com expressões chave de apenas uma resposta. As expressões chave são reunidas em um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular. Os depoimentos coletivos permitem expressar opiniões e posicionamentos distintos sendo que o discurso final será composto por quantas diferentes opiniões existirem.

Para apoiar a análise do Discurso do Sujeito Coletivo optou-se pela utilização do software Qualiquantisoft, para difundir a técnica e auxiliar nas análises (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010).

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Primeiramente serão apresentados e discutidos os resultados relativos à caracterização dos participantes do estudo, seguidos dos resultados advindos da observação participante e registrados no diário de campo e, finalmente, a apresentação e discussão dos resultados relacionados às entrevistas realizadas com os adolescentes e seus familiares.

### **5.1. Os participantes do estudo**

Participaram da pesquisa oito adolescentes inseridos no CAPSad e quinze familiares de adolescentes usuários do serviço, sendo que cinco destes eram familiares dos adolescentes participantes do estudo.

Apresentam-se no Quadro 1, a seguir, informações sobre os adolescentes que participaram da pesquisa relativas a idade, sexo, tempo de inserção e reinserção no serviço e o uso de drogas.

**Quadro 1- Informações sobre os adolescentes**

| <b>Adolescente</b> | <b>Idade</b> | <b>Sexo</b> | <b>Tempo de inserção no CAPSad *</b> | <b>Como chegou ao serviço</b> | <b>Drogas que já fez uso</b>             | <b>Drogas que faz uso no momento</b> |
|--------------------|--------------|-------------|--------------------------------------|-------------------------------|--|--------------------------------------|
| A                  | 12 anos      | M           | 7 meses                              | Conselho Tutelar              | Maconha, cigarro e álcool                | Maconha, cigarro e álcool            |
| B                  | 12 anos      | M           | 7 meses                              | Ministério Público            | Maconha, cigarro e álcool                | Maconha                              |
| C                  | 14 anos      | F           | 15 meses                             | Conselho Tutelar              | Maconha, cocaína, cigarro e álcool       | Sem usar nenhuma                     |
| D                  | 17 anos      | F           | 22 meses                             | CRAS                          | Maconha, cocaína, cigarro e álcool       | Álcool                               |
| E                  | 18 anos      | M           | 11 meses                             | Conselho Tutelar              | Maconha, cocaína, cigarro e álcool       | Maconha                              |
| F                  | 18 anos      | M           | 8 meses                              | Demanda espontânea            | Maconha, cocaína, cigarro e álcool       | Maconha, cocaína, cigarro e álcool   |
| G                  | 18 anos      | F           | 14 meses                             | Demanda espontânea            | Maconha, cocaína, cigarro e álcool       | Maconha                              |
| H                  | 18 anos      | F           | 19 meses                             | PSF                           | Maconha, cocaína, crack cigarro e álcool | Sem usar nenhuma                     |

Fonte: Elaborado pela autora

\* O tempo de inserção no CAPSad foi considerado a partir da data de entrada do adolescente no serviço até o fim da inserção da pesquisadora, em maio de 2015.

A partir das informações apresentadas no Quadro 1, observa-se que a idade dos participantes variou dos doze aos dezoito anos, sendo que quatro adolescentes possuíam dezoito anos (média 15,8). Em relação à faixa etária dos participantes deste estudo



aponta-se que a mesma é semelhante a dos estudos realizados com adolescentes em CAPSad, nos quais as idades dos adolescentes apresentam-se variadas, indo desde os onze aos dezenove anos. No entanto, a faixa etária predominante nas pesquisas foi dos quinze aos dezenove anos (CAMPOS, 2010; ALMEIDA, 2010; VASTERS, PILLON, 2011; ARAÚJO, et al., 2012; SILVA, et al., 2014; MANCILHA, 2015).

Neste estudo, todos os adolescentes participantes relataram terem feito uso de maconha, cigarro e álcool, resultados semelhantes aos encontrados em pesquisas realizadas com adolescentes inseridos em CAPSad, onde as drogas de uso mais citadas pelos adolescentes foram o álcool e cigarro como drogas lícitas e a maconha e a cocaína como drogas ilícitas (CAMPOS, 2010; ALMEIDA, 2010; VASTERS, PILLON, 2011; ARAÚJO, et al., 2012; SILVA, et al., 2014; MANCILHA, 2015).

Para além do contexto dos CAPSad, em diversas pesquisas realizadas com adolescentes escolares, as drogas mencionadas pelos estudantes também seguem essa direção, sendo o álcool e o tabaco usados em maiores proporções seguidos de inalantes, maconha e cocaína (BAUS, KUPEK, PIRES, 2002; CAVALCANTE, ALVES, BARROSO, 2008; HORTA, et al., 2007; CARLINI, et al., 2010; JESUS, et al., 2011; MALTA, et al., 2014).

O tempo de inserção no serviço variou de sete a vinte e dois meses, indicando que alguns adolescentes estão no serviço há um tempo considerável. No entanto, não significa que o adolescente permaneceu esse período completo no CAPSad, pois alguns abandonaram o tratamento e depois retornaram, outros foram internados e passaram a frequentar o serviço novamente, indicando que a permanência dos adolescentes no serviço é frágil e instável, dados que reforçam o que as pesquisas sobre adesão de adolescentes em CAPSad vêm indicando (VASTERS, 2009; CAMPOS, 2010; ALMEIDA, 2010; VASTERS, PILLON, 2011; ARAÚJO, et al., 2012; SILVA, et al., 2014; MANCILHA, 2015).

A partir das informações apresentadas no Quadro 1, verifica-se que quatro adolescentes eram do sexo feminino e quatro, do sexo masculino. Ainda que a composição da amostra de participantes tenha sido intencional e respondeu a critérios que não permitem assegurar sobre a fidedignidade de vinculação dos adolescentes/usuários no serviço, contar com a participação de quatro meninas chama a atenção na medida em que pesquisas realizadas com adolescentes inseridos em CAPSad têm apresentado um número maior de adolescentes do sexo masculino quando

comparados ao sexo feminino (CAMPOS, 2010; ALMEIDA, 2010; VASTERS, PILLON, 2011; ARAÚJO, et al., 2012; SILVA, et al., 2014; MANCILHA, 2015).

Estudos indicam que o número de mulheres que fazem uso de drogas é menor nos serviços de saúde devido ao preconceito que as pessoas possuem sobre elas, por expressarem sentimentos de culpa, medo e baixa autoestima e por receberem menos apoio da família, o que contribui na demora dessa população em buscar auxílio (ELDEBRER, et al., 2008; ARAÚJO, et al., 2012). Logo, a participação dessas adolescentes neste estudo pode indicar uma mudança nos processos de inserção de mulheres nos serviços e coloca-se a necessidade de novos estudos serem realizados buscando investigar mais profundamente as diferenças e especificidades entre homens e mulheres relacionadas às questões do uso abusivo de álcool e outras drogas, incluindo a população adolescente. O Quadro 2, a seguir, apresenta informações relacionadas à escolaridade, situação escolar, residência e trabalho dos adolescentes participantes.

**Quadro 2- Informações sobre os adolescentes relativas à escolaridade, situação escolar, residência e trabalho**

| Adolescente | Escolaridade                 | Repetências | Frequenta a escola | Trabalha | Composição familiar        |
|-------------|------------------------------|-------------|--------------------|----------|----------------------------|
| A           | 5º ano do Ensino Fundamental | Sim         | Sim                | Não      | Mãe, irmã e duas tias      |
| B           | 6º ano do Ensino Fundamental | Sim         | Sim                | Não      | Avós, mãe e primo          |
| C           | 9º ano do Ensino Fundamental | Não         | Sim                | Não      | Pais e irmão               |
| D           | 1º ano do Ensino Médio       | Sim         | Não                | Não      | Mãe, padrasto e três irmãs |
| E           | 1º ano do Ensino Médio       | Não         | Não                | Sim      | Mãe e padrasto             |
| F           | Ensino Médio completo        | Não         | Não                | Não      | Pais e duas irmãs          |
| G           | Ensino Médio incompleto      | Não         | Não                | Não      | Mãe e três irmãos          |
| H           | 1º ano do Ensino Médio       | Sim         | Sim                | Não      | Mãe, padrasto e irmão      |

Fonte: Elaborado pela autora

Pelas informações apresentadas no Quadro 2 é possível observar que quatro adolescentes relataram não estar frequentando a escola, sendo que destes, três não haviam repetido de ano anteriormente. Dos quatro adolescentes que informaram

frequentar a escola, três deles relataram ter repetido de ano. Sobre o trabalho, apenas um adolescente relatou estar trabalhando.

Esses resultados vão ao encontro do que a literatura aponta em relação aos adolescentes em atendimento nos CAPSad, pois as pesquisas indicam que a maior parte dos adolescentes encontram-se fora da escola, e muitos possuem repetências, acontecendo o mesmo em relação ao trabalho, pois poucos adolescentes possuem emprego e quando possuem, na maioria dos casos a atividade é exercida de maneira informal (CAMPOS, 2010; ALMEIDA, 2010; VASTERS, 2009; VASTERS, PILLON, 2011; ARAÚJO, et al., 2012; SILVA, et al., 2014; MANCILHA, 2015).

O uso de drogas vem sendo relacionado, em estudos com adolescentes escolares, ao menor desempenho escolar e aumento do número de repetências (HORTA, et al., 2007; CARDOSO, MALBERGIER, 2014). Dessa maneira coloca-se a importância de ações de promoção e prevenção no ambiente escolar e também no território, visando prevenir o uso abusivo de drogas. Ressalta-se também a necessidade de desenvolver programas e ações intersetoriais que envolvam os adolescentes que já se encontram em uso abusivo, buscando criar estratégias e possibilidades para esses sujeitos.

Já em relação à situação de moradia, todos os adolescentes residem com a mãe e apenas dois residem com o pai e mãe. Esta situação vivenciada pelos participantes deste estudo parece representativa ao que a literatura tem apontado sobre os novos rearranjos familiares, nos quais as famílias monoparentais chefiadas por mulheres vêm aumentando (SOUSA, 2008; JESUS, et al., 2011).

No Quadro 3, a seguir, apresentam-se informações sobre as internações dos adolescentes em clínicas para tratamento de dependência química e, na sequência, o Quadro 4 apresenta informações dos adolescentes com envolvimento com a justiça.

**Quadro 3 – Internações em clínicas para tratamento de dependência química**

| <b>Adolescentes</b> | <b>Número de internações em clínicas para dependência</b> | <b>Tempo de internação</b> |
|---------------------|---|----------------------------|
| A                   | Nenhuma internação  | _____                      |
| B                   | 1 internação  | 6 meses                    |
| C                   | Nenhuma internação  | _____                      |
| D                   | 1 internação  | 6 meses                    |
| E                   | 1 internação  | 15 meses *                 |
| F                   | Nenhuma internação  | _____                      |
| G                   | 1 internação  | Mínimo 6 meses *           |
| H                   | 1 internação  | 6 meses                    |

Fonte: Elaborado pela autora

\*Os adolescentes em questão foram internados na época da coleta de dados. Um deles poderia permanecer na clínica no mínimo seis e no máximo nove meses, de acordo com a evolução do tratamento e comportamento na instituição, e pela avaliação dos profissionais, e o outro permaneceria quinze meses, pois esta internação foi realizada pelo familiar em clínica particular e não pelo CAPSad.

Importa destacar que esse tipo de internação é considerada ilegal pelo ECA, pois não é uma medida socioeducativa e tampouco uma medida circunscrita exatamente na saúde na medida em que desconsidera-se, dentre outros elementos, a reconhecida situação peculiar de desenvolvimento da infância e adolescência e os impactos de internações (neste estudo, período mínimo de 6 meses) que irão impor privações em diversas esferas, como por exemplo, o direito ao convívio social, familiar e comunitário, conforme previstos pelo ECA. Além disso, compreende-se que ações desta natureza destinadas aos adolescentes, ainda estão arraigadas ao antigo código de menores e expressam a grande dificuldade em compreender e fomentar o protagonismo de crianças e adolescentes em relação ao seu próprio cuidado.

**Quadro 4- Envolvimento com a justiça**

| <b>Adolescentes</b> | <b>Envolvimento com a justiça</b> | <b>Motivo do envolvimento</b> | <b>Internações na fundação CASA</b> |
|---------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| A                   | Não                               | _____                         | _____                               |
| B                   | Sim                               | Brigas, bateu em policial     | Não                                 |
| C                   | Não                               | _____                         | _____                               |
| D                   | Não                               | _____                         | _____                               |
| E                   | Sim                               | Tráfico                       | Aguardando julgamento               |
| F                   | Sim                               | Roubo                         | Aguardando julgamento               |
| G                   | Sim                               | Bateu em policial             | Não                                 |
| H                   | Sim                               | Furto e tráfico               | 3 meses                             |

Fonte: Elaborado pela autora

Conforme verificado, os dados apresentados no Quadro 3 revelaram que cinco dos oito adolescentes participantes já passaram por processo de internação em clínicas designadas para tratamento de dependência química e o tempo de permanência nestes locais foi de, pelo menos, seis meses.

Já no Quadro 4, verifica-se que apenas três adolescentes não tiveram envolvimento com a justiça e cinco relataram ter tido algum tipo de envolvimento, por motivos como brigas e agressão aos policiais, tráfico e roubo. Destes, um adolescente permaneceu três meses internado no Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (Fundação CASA) e dois adolescentes, no momento da coleta, aguardavam julgamento sobre os atos infracionais que haviam cometido. Vale destacar que dos cinco adolescentes que passaram por internação quatro deles também relataram envolvimento com a justiça. Estes dados reforçam os resultados do estudo de Araújo e colaboradores (2012), no qual tanto os adolescentes que permaneceram em tratamento no CAPSad quanto os que não permaneceram, 74% e 46% dos adolescentes, respectivamente, tiveram envolvimento com a justiça.

O envolvimento dos adolescentes, foco deste estudo, com a justiça esteve relacionado a roubos, furtos, brigas e ao tráfico de drogas, resultados que vão ao

encontro de estudos que indicam que apenas uma pequena porcentagem de crimes violentos são cometidos pelos adolescentes (menos de 5 %), e que mais da metade dos adolescentes privados de liberdade no país cometeram atos infracionais equivalentes a roubo (38,7%) e tráfico (27,05%) (BRASIL 2014; OLIVEIRA, 2015).

Os resultados apontam que o uso de drogas está presente no cotidiano dos adolescentes e que este uso somado às outras condições de vulnerabilidade na vida e à própria fase da adolescência, período de intensas vivências e experimentações, provocam a exclusão destes adolescentes de diversas possibilidades de engajamento em outras atividades. Neste estudo, tal exclusão já foi ilustrada, nas internações, no envolvimento com a justiça e ainda serão melhor reveladas nas entrevistas com os adolescentes.

No Quadro 5, a seguir, apresentam-se informações sobre os familiares participantes do estudo em relação à idade, parentesco, profissão e escolaridade.

**Quadro 5- Informações sobre os familiares dos adolescentes**

| <b>Familiar</b> | <b>Idade</b> | <b>Parentesco</b> | <b>Profissão</b>                               | <b>Escolaridade</b>          |
|-----------------|--------------|-------------------|--|------------------------------|
| A*              | 31 anos      | Mãe               | Cuidadora de idosos                            | Ensino Médio completo        |
| B*              | 35 anos      | Mãe               | Auxiliar de limpeza                            | Ensino Fundamental completo  |
| C               | 35 anos      | Mãe               | Operadora de Caixa                             | Ensino Médio completo        |
| D               | 36 anos      | Mãe               | Faxineira                                      | 9º ano do Ensino Fundamental |
| E               | 39 anos      | Mãe               | Faxineira, mas no momento não está trabalhando | 6º ano do Ensino Fundamental |
| F               | 42 anos      | Mãe               | Professora                                     | Ensino Superior completo     |
| G               | 42 anos      | Mãe               | Auxiliar de limpeza                            | 6º ano do Ensino Fundamental |
| H*              | 45 anos      | Mãe               | Faxineira, mas no momento não está trabalhando | Ensino Médio completo        |
| I*              | 48 anos      | Mãe               | Auxiliar de limpeza                            | 8º ano do Ensino Fundamental |
| J               | 48 anos      | Mãe               | Do lar   | 9º ano do Ensino Fundamental |
| L*              | 48 anos      | Mãe               | Do lar   | 7º ano do Ensino Fundamental |
| M               | 53 anos      | Mãe               | Do lar   | 5º ano do Ensino Fundamental |
| N               | 55 anos      | Avó               | Cozinheira                                     | Ensino Médio completo        |
| O               | 63 anos      | Avó               | Faxineira                                      | 5º ano do Ensino Fundamental |
| P               | 72 anos      | Pai               | Aposentado                                     | 3º ano do Ensino Fundamental |

Fonte: Elaborado pela autora

\*Na tabela, os familiares em destaque são familiares de adolescentes que participaram do estudo.

A partir das informações do quadro observa-se que a idade dos familiares entrevistados variou de 31 até 72 anos, sendo que seis familiares possuem entre 40 e 50 anos. A maior parte dos entrevistados foram mães (12), além de um pai e duas avós. Conforme já relatado, dos 15 familiares participantes, cinco são familiares de adolescentes que também participaram deste estudo.

Neste estudo, se verifica que a presença de mães se sobressai em relação a outros familiares, resultados que vão ao encontro dos achados da literatura, os quais indicam que a prevalência de mulheres nos serviços de atenção aos usuários de drogas geralmente é maior em relação aos outros familiares, sendo estas mães ou esposas (DUARTE, 2013).

Em relação à situação de trabalho dos familiares verificou-se que: não trabalhavam fora de casa (3), faxineiras (4), auxiliar de limpeza (3), aposentado (1), operadora de caixa (1), cozinheira (1), professora (1) e cuidadora de idosos (1). E sobre a escolaridade, 1 familiar possui ensino superior e 9 possuem ensino fundamental incompleto.

Esses dados indicam sobre a questão sociocultural das famílias dos adolescentes e evidenciam a quem se destinam os serviços públicos de saúde mental e possivelmente dialoguem com os apontamentos de desvalor e subfinanciamento dos serviços públicos.

## **5.2. Resultados e discussão advindos do Diário de Campo e ficha de identificação do serviço**

Os resultados obtidos a partir do Diário de Campo e da ficha de identificação do serviço<sup>9</sup> serão apresentados e discutidos por meio dos seguintes eixos:

- Caracterização do serviço;
- O cuidado ofertado aos adolescentes;
- As famílias dos adolescentes.

---

<sup>9</sup> A ficha de identificação do serviço foi respondida pela terapeuta ocupacional do CAPSad.



### **5.2.1. Caracterização do serviço:**

#### a) Estrutura física

O CAPSad do município em que foi realizado o estudo foi inaugurado no ano de 2011, portanto, no momento da coleta de dados, estava em funcionamento há quatro anos e sempre permaneceu na mesma sede, no centro da cidade, e seu horário de funcionamento era das 8 horas às 19 horas.

O local possuía uma sala de espera, na qual os usuários que chegavam pela primeira vez ao serviço eram acolhidos e também onde os usuários que já estavam inseridos permaneciam enquanto aguardavam os atendimentos. Muitos familiares também aguardam nesta sala ou em um espaço do lado externo da casa. Nesta sala permaneciam sempre um ou dois técnicos administrativos, os quais recebiam as pessoas que chegavam ao serviço.

A maior sala disponível no serviço era utilizada para a realização de grupos e também para a reunião de equipe. Havia duas salas nas quais os técnicos realizavam atendimentos individuais e mais um espaço no qual localizavam-se dois computadores e os prontuários, onde os profissionais se reuniam para efetuar registros nos prontuários. Havia também uma cozinha no local, utilizada pelos profissionais do CAPSad. O espaço externo também era utilizado para a realização de atendimentos individuais e grupais, os quais possuíam mesas, lousa e cadeiras e uma pia para utilização dos usuários. Havia também no CAPSad uma piscina e um espaço amplo de terra, mas ambos não eram utilizados.

O CAPSad em questão contava com uma infraestrutura favorável ao desenvolvimento de grupos e atividades diversificadas. No entanto, para se realizar qualquer mudança no local havia a necessidade de enfrentar um processo burocrático intenso e, muitas vezes, não se alcançava um parecer favorável como, por exemplo, a utilização da piscina, a utilização de um dos espaços para o plantio de horta ou utilização dos muros para execução de grafites, recursos que poderiam ser explorados no atendimento de adolescentes.

Além disso, não havia a contratação de um profissional de Educação Física para a condução das atividades ou ainda outros entraves burocráticos e administrativos foram citados como limitadores para as possibilidades de realizar outras atividades já

---

implementadas em outros CAPSad com a população adolescente, como o uso de grafite, por exemplo (MACHADO, 2013). Aponta-se que a despeito de outras tantas variáveis presentes na efetivação de ações do serviço junto aos adolescentes, como se verá adiante, os entraves de natureza burocrática vêm somar argumentos para a limitação de ações.

No entanto, compreende-se que as justificativas apresentadas, tanto pelo serviço como pelos profissionais, não se sustentam por si só, na medida em que parecem funcionar muito mais como atenuantes para uma não-ação por parte da equipe do que, necessariamente, para uma realidade de limites reais. Assim, por exemplo, não se sustenta a não utilização do espaço para horta ou qualquer outra proposta em função da preservação do imóvel alugado ou pelo risco de utilização de ferramentas no trato com a terra. Para além, as justificativas sugerem mais o papel de atenuante do descompromisso e do pouco comprometimento da equipe com essa população.

#### b) Equipe

A equipe no momento em que a pesquisadora chegou ao serviço para iniciar a inserção contava com três psicólogas, um enfermeiro, um médico psiquiatra, uma terapeuta ocupacional, três técnicos de enfermagem, duas assistentes sociais, três técnicos administrativos e um guarda municipal, totalizando quinze profissionais. Durante a inserção no serviço, duas profissionais pediram demissão: uma assistente social e uma psicóloga e não foram substituídas até o término da inserção.

Verifica-se que este serviço não conta com a equipe mínima preconizada pela Portaria GM/336 de 2002, a qual regulamenta o funcionamento dos CAPS e aponta que a equipe mínima de um CAPSad deve ser composta por um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico, quatro profissionais de nível superior, podendo ser das seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo, ou outro profissional necessário ao serviço e ainda seis profissionais de nível médio, sendo técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e/ou artesão (BRASIL, 2002).

No entanto, ao equiparar a demanda atendida no CAPSad com o número de habitantes do município e os profissionais que compõem a equipe, avalia-se que apesar do número de trabalhadores estar reduzido e não contemplar totalmente o previsto pela Portaria GM/336 de 2002, o número de profissionais deste serviço encontra-se dentro do esperado para o tamanho da demanda atendida. Assim, ainda que se reconheça que

equipes maiores e mais diversas tenham melhores chances de ação implicadas no cuidado, alerta-se para o risco de simplificação das críticas (e autocríticas) em que as queixas em relação ao tamanho da equipe podem tomar onde, frequentemente, os rebatimentos da ausência ou insuficiência de trabalhadores na equipe implicam em limites na qualidade do dia a dia do serviço e dos atendimentos aos usuários.

Um exemplo da ausência de profissionais é concretizado pela solicitação da equipe de um oficinairo, pois para os trabalhadores esta presença é essencial nos grupos. A fala de um dos profissionais ilustra esta compreensão de equipe:

*“A presença do oficinairo é muito importante, porque é impossível para nós profissionais pensarmos e executarmos a atividade e observarmos o grupo e ainda preenchermos os prontuários, sem contar os casos judiciais que são muitos, os relatórios tomam muito nosso tempo”* (Extratos do diário de campo).

Além da ausência de alguns técnicos a equipe vinha enfrentando um problema de falta de funcionários e a não reposição daqueles que deixaram o serviço. Estes fatores estiveram implicados na reorganização da dinâmica do serviço e nas argumentações dos técnicos acerca dos limites e impossibilidades de ação do serviço. Assim, por exemplo, os grupos de adolescentes foram interrompidos na metade do mês de maio com a demissão do técnico responsável pela condução do mesmo, pois nenhum membro da equipe quis e/ou poderia assumir os grupos. Algumas alternativas foram sugeridas pela coordenação à equipe, dentre elas, a possibilidade que viessem, em caráter emergencial, profissionais de outros serviços da rede para se responsabilizarem pela população adolescente, porém, nenhuma ação nesta direção foi observada.

Em função da redução da equipe, além da suspensão do grupo de adolescentes ocorrida em maio, a previsão era de que a partir do mês de julho, os grupos de adolescentes para casos novos também seriam interrompidos, caso nenhuma alteração no quadro da equipe ocorresse. Além disso, a equipe também iria interromper os grupos de acolhimento e só atenderia os usuários que já estavam no serviço.

Como se observou, as primeiras tentativas da equipe em contornar esta realidade emergencial implicaram fortemente na atenção à população adolescente no serviço. É possível que tal opção possa estar relacionada às dificuldades dos profissionais em lidar com esta população, conforme se expressará mais claramente a seguir. Não obstante, é importante ressaltar que a falta de profissionais no serviço causa sobrecarga da equipe, acarretando em prejuízos para a população atendida, pois o número de atendimentos e

atividades oferecidas diminuem, assim como o tempo de dedicação dos profissionais às mesmas, por conta da necessidade de redistribuição das tarefas pela equipe existente.

Em relação a esta questão, os resultados demonstram que essa é uma realidade não apenas deste CAPSad, mas também de outros, como indicam os resultados do estudo de Campos (2010), que destaca a necessidade de ampliação da equipe de profissionais do CAPSad devido à grande demanda e sobrecarga de tarefas no serviço. Portanto, torna-se fundamental preencher o vazio de profissionais como também aumentar o número de trabalhadores de acordo com a demanda encontrada nos CAPSads, contribuindo para a efetividade e qualidade das ações.

Os profissionais relatavam também dificuldades relacionadas à falta de recursos materiais para trabalhar e dificuldades em propor novas atividades aos usuários. Era notório que os profissionais estavam cansados, desmotivados, e não sabiam o que propor, como lidar, o que explorar e como se comunicar, principalmente com os adolescentes. No entanto, observou-se que apesar da falta de alguns materiais específicos, encontravam-se nos armários telas, caixas de madeira, rolos de lã, muitos jogos, tear, entre outros.

Além disso, alguns profissionais relataram que não gostavam de atuar em saúde mental e, principalmente, não gostavam de trabalhar com essa população (usuários de álcool e outras drogas) e grande parte da equipe mostrava-se contrária ao desejo de atender adolescentes, devido à ausência de identificação com os mesmos. Outra reclamação constante se referia à falta de capacitação e supervisão que o serviço enfrenta. Em conversa com um dos técnicos, este disse que no primeiro ano de funcionamento o serviço contava com um profissional que realizava algumas supervisões com a equipe. No entanto, nunca tiveram cursos e discussões que aprofundassem as questões vivenciadas no serviço, como intervenções relacionadas ao uso abusivo de drogas, redução de danos, família, trabalho em equipe e, principalmente, adolescência. Disse também que os profissionais sempre fizeram solicitações para terem cursos, capacitações e supervisões, todas em vão.

Constata-se que há dificuldades da equipe em propor ações e intervenções aos usuários, principalmente aos adolescentes, pois não sabem como lidar com a população. Grande parte da equipe aponta não ter o desejo de trabalhar com adolescentes devido à falta de afinidade, problemas de adesão e comportamento dessa população e somado a isso, inclui-se a falta de materiais no serviço, a não identificação com o campo da saúde mental e a ausência de supervisão e capacitação aos profissionais. Todas essas questões

contribuem para que haja desmotivação e falta de engajamento da equipe em relação ao serviço e às ações realizadas o que, compreende-se, implicam na desarticulação do cuidado e com o pouco comprometimento com a população adolescente.

Os resultados deste estudo revelam sobre uma indisponibilidade, uma ausência de desejo e motivação dos técnicos para estar e compartilhar com os adolescentes. Tal evidência nos remete a Basaglia (1985), ao discutir sobre as necessárias mudanças nas estratégias de cuidado onde estariam implicadas transformações nas relações interpessoais que redefiniriam funções, hierarquia e valores e estariam intimamente ligadas a necessidade de que o profissional apresentasse “disponibilidade interna”. Para o autor a disponibilidade interna é uma condição para que as relações ocorram de forma efetiva e transversal. Desta forma, há que se avançar no sentido de reconhecer fragilidades no que se refere à condição de disponibilidades para com a população adolescente e que, parte delas, incluem a pessoa (como ser individual e social) como parte do grupo de agentes de cuidado.

A falta de profissionais na equipe e os prejuízos trazidos por essa questão também foram identificados pela pesquisadora ao realizar o estudo piloto em outro CAPSad, no qual o grupo de adolescentes foi suspenso devido a saída e não reposição do psicólogo que coordenava o grupo. Nenhum profissional da equipe apontou o desejo de dirigir o grupo, indicando como justificativa a não afinidade com adolescentes.

Os resultados reforçam o que os estudos apontam sobre a temática, pois indicam que as equipes necessitam de capacitação e supervisão, principalmente nas questões voltadas à infância e adolescência (GOMES, 2009; CAMPOS, 2010; ESPÍNOLA, 2013). Os estudos também apontam obstáculos encontrados nos serviços, como escassez de materiais, de profissionais e excesso de demanda (GOMES, 2009; ALMEIDA, 2010). A pesquisa de Muylaert e colaboradores (2015) indica que há carência de profissionais para trabalhar com a população infantojuvenil, como também para formar os trabalhadores.

Nesta direção importa refletir sobre como a complexidade e os desafios presentes na atenção aos adolescentes nestes serviços podem ser abandonados ou desinvestidos tendo como pano de fundo estas limitações de recursos humanos, físicos, pela ausência de um posicionamento ativo dos trabalhadores e/ou de formação. Muito longe de se garantir condições e apoio técnico e informacional para ações junto à população adolescente, o que se compreende como fundamental para respostas às complexidades já reveladas nos estudos (GOMES, 2009; CAMPOS, 2010; ALMEIDA,

2010; ESPÍNOLA, 2013; MUYLAERT, et al., 2015), observa-se o somar de impedimentos e contratempos que reforçam os desafios.

Nesta direção, indica-se a importância de supervisões técnicas/institucionais e capacitações, compreendendo a importância da estratégia de redução de danos como uma referência nas intervenções aos usuários de drogas, recursos estes previstos e respaldados pela Política integral do usuário de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003) e pela Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2005), os quais podem auxiliar na compreensão da realidade encontrada no serviço, no aprimoramento dos profissionais em relação às questões relacionadas à saúde mental, drogadição, novos modelos e estratégias de atenção, espaços de trocas para a equipe e ainda amenizar esse desejo de não atender a população adolescente e a não identificação com população a partir do conhecimento sobre possíveis estratégias e ações.

A oferta de formação aos profissionais do CAPSad pode proporcionar ações mais condizentes com as novas proposições em saúde mental, aos tratamentos e ações aos usuários de drogas e oferecem respaldo técnico e científico aos trabalhadores. Diversos estudos apontam nesta direção, sobre a importância da formação nos serviços de saúde mental (DELFINI, et al., 2009; SOUZA, RONZANI, 2012).

Com os devidos alertas aqui já apresentados e não buscando simplificações, aponta-se a necessidade de ampliação dos recursos financeiros destinados aos CAPSad, para que assim a equipe possa contar com uma gama diversificada de materiais necessários às intervenções com a população atendida nos serviços, colocando os adolescentes como prioridade nas escolhas desses recursos.

Assim, um conjunto de ações e investimentos se colocam como fundamentais tanto na perspectiva de empoderamento dos profissionais – que deverão ter rebatimentos em disponibilidades e ações de cuidado, como nos recursos necessários para a transformação desta realidade aqui evidenciada. Destacando-se ainda a compreensão de que tal realidade transcende o equipamento focalizado neste estudo e representa os limites e desafios implicados no cuidado dispensado aos adolescentes que se encontram nos CAPSad.

Não obstante, também aponta-se a necessidade de adequação das ofertas de cuidado ao público adolescente e menos centralmente na questão das drogas, ampliando o olhar sobre essa população e sobre as possibilidades de intervenção. Ressalta-se ainda que a articulação entre as coordenadorias, conselhos da juventude, e demais movimentos jovens devem contribuir para o avanço das questões relacionadas ao

cuidado da população adolescente, não somente em relação ao uso abusivo de drogas, mas voltando-se o olhar para além dessa problemática.

### c) Usuários e dinâmica do serviço

Na época da coleta de dados o serviço contava com 1.384 usuários cadastrados. A maioria é composta por homens, com idade variando de 20 a 65 anos, sendo a grande parte na faixa dos 30 aos 40 anos. Em relação à idade, os dados encontrados corroboram com o resultados de outros estudos realizados em CAPSad, os quais indicam que a maioria dos usuários no serviço são do sexo masculino e as idades variam desde os 20 anos até 60 anos ou mais (QUINDERÉ, TÓFOLI, 2007; MONTEIRO, et al., 2011; OLIVEIRA, et al., 2013; GONÇALVEZ, NUNES, 2014).

Ainda sobre o perfil da população atendida no CAPSad, geralmente os usuários solteiros ainda residiam com os pais, se encontravam desempregados e faziam uso abusivo de álcool e outras drogas; já os casados, geralmente estavam trabalhando, faziam uso abusivo de álcool e possuíam conflitos nos relacionamentos familiares devido ao uso das drogas.

Os usuários e seus familiares chegavam ao serviço por encaminhamentos ou demanda espontânea e quando o usuário ou familiar chegava ao serviço havia um protocolo a ser seguido. Assim, era realizado um cadastro, feito pelos técnicos administrativos, no qual eram preenchidos dados pessoais como nome completo, data de nascimento, idade, RG, CPF, endereço residencial, telefone e celular e número do cartão do SUS. Depois deste cadastro era agendado para o usuário o início dos grupos de acolhimento. De acordo com o protocolo do serviço, o usuário deveria passar por três grupos de acolhimento e após este período seria agendada uma triagem com um dos profissionais do serviço, o qual seria o técnico de referência deste usuário.

Na triagem o técnico de referência é quem constrói o plano terapêutico singular (PTS) e traça as condutas necessárias para aquele usuário, ou seja, se iria ou não participar de grupos e, se sim, quais corresponderiam ao perfil do mesmo; se seria necessário realizar encaminhamentos para outros serviços da rede e, quando o profissional achasse que o caso demandava mais cuidados, era discutido em reunião de equipe. Ficou acordado entre a equipe que apenas os profissionais de nível superior fariam triagens e seriam responsáveis por grupos. A partir dessa posição da equipe importa refletir sobre as relações de poder que se estabelecem em uma equipe, as quais

tornam-se inviáveis em um serviço que possui como uma de suas premissas a horizontalidade em suas ações de cuidado.

Não obstante, os resultados reforçam os achados de estudos em relação ao acolhimento dos usuários de drogas, os quais apontam muitas lacunas encontradas nos CAPSAd, como acolhimento realizados nos moldes de triagem e a realização de grupos de acolhimento (ANDRADE, et al., 2013; XAVIER, MONTEIRO, 2013), revelando o desafio da efetiva implementação deste recurso nos CAPSAd.

Em relação aos grupos, os profissionais sempre os realizavam em duplas, pois um coordenava o grupo e o outro fazia as anotações nos prontuários. O único profissional que não participava dos grupos era o médico psiquiatra. O médico era o único profissional que realizava apenas consultas individuais, o que lembra muito o funcionamento de uma clínica ambulatorial. Já os técnicos de enfermagem realizavam uma pré-consulta onde eram verificadas glicemia e pressão arterial e, quando solicitados, faziam testes para verificar o uso de maconha e cocaína, além de algumas perguntas específicas da enfermagem, bem clínicas, como investigação sobre doenças secundárias, ferimentos no corpo, peso e medida do usuário para verificar desnutrição, ou sobrepeso/obesidade, entre outros. Denota-se nestas ações a execução de práticas pautadas no modelo biomédico, estando na contramão do novo modelo em saúde mental advindo da Reforma Psiquiátrica e que é baseado nas premissas psicossociais, no qual o sujeito passa a ser visto não pelas suas incapacidades, mas sim a partir das suas habilidades, modificando a maneira de intervir, pois inclui no processo de cuidado os profissionais, o usuário, a comunidade e os familiares (SARACENO, 1999).

Além dos grupos, os técnicos de referência realizavam os chamados atendimentos de referência, onde o profissional juntamente com o paciente, e quando necessário o seu familiar, faziam um encontro para avaliar como estava a evolução do usuário, quais outras condutas tomar, se era necessário rever as que já estavam em andamento. Os atendimentos de referência aconteciam geralmente uma vez por mês, a depender do usuário e das demandas que apresentasse e da disponibilidade do técnico. Quando o usuário não possuía o perfil para estar nos grupos oferecidos pelo serviço, alguns técnicos realizavam os atendimentos de referência, porém, nestes casos os atendimentos acabavam sendo individuais e passavam a ser semanais ou quinzenais, dependendo do técnico de referência. Outros atendimentos individuais poderiam ser realizados quando havia a disponibilidade do profissional e quando fosse identificada demanda, como, por exemplo, psicoterapias conduzidas pelos psicólogos do serviço.



No início da observação participante os atendimentos de usuários intensivos, ou seja, que passam o dia no serviço estava suspenso. A equipe relatou que em dezembro de 2014 o serviço teve problemas com a permanência do guarda municipal na instituição e, com isso, o serviço acabou perdendo muitos usuários na medida em que foi definido pelo serviço que os atendimentos intensivos só são efetivados quando é possível contar com um guarda. Antes deste ocorrido, o CAPSad chegou a ter em média 20 usuários intensivos, por exemplo. O retorno dos usuários neste tipo de inserção foi lento, sendo que de março até final de maio passaram pelo intensivo apenas nove usuários.

Não há um número estabelecido de faltas para que a pessoa perca o direito de frequentar os grupos e consultas médicas, isso é decidido em equipe. No entanto, caso a pessoa tenha faltas frequentes ela perde o direito à consulta médica e retorna para os grupos de acolhimento, necessitando passar por todas as etapas novamente.

O município em questão tinha convênio com duas clínicas para tratamento de dependência química. Um destes convênios foi realizado no início do ano de 2015, pois havia muitas reclamações dos usuários em relação à infraestrutura e aos profissionais de uma das clínicas. Os últimos pacientes saíram desta clínica no mês de maio e a intenção era continuar apenas com um clínica que foi melhor avaliada pelos usuários.

O tempo mínimo de internação é de seis meses e o máximo de nove meses (essa prorrogação pode acontecer, quando o usuário, segundo os profissionais da clínica, não se adaptou e aceitou o tratamento, porém, essa decisão é realizada em conjunto com a equipe do CAPSad).

Quase todas as internações eram compulsórias, mesmo quando o usuário queria ser internado, pois segundo os técnicos explicaram, quando a internação era voluntária, a família tinha medo que o usuário desistisse no meio do tratamento, então, principalmente nos grupos de família, a pesquisadora pode observar que eram realizadas essas orientações, para que se realizasse a internação compulsória, pois caso contrário o usuário poderia sair no tempo que achasse suficiente para ele. Vale lembrar que esta justificativa de “intervenção” nasce na década de 30 e infelizmente ainda vem permeando o discurso técnico, os quais compreendem a necessidade de se judicializar as ações. Dentre outros danos, tal perspectiva acaba por reforçar as representações sociais que vinculam o tratamento à práticas de encarceramento e de judicialização.

Importa refletir sobre a realidade do estado onde este estudo foi realizado. Ainda que a ausência de serviços de saúde mental que atendam crianças e adolescentes seja

uma realidade nacional, sabe-se que o estado de São Paulo, um dos estados mais ricos e organizados do país, conta com diversos serviços de saúde mental implantados. No entanto, é o estado onde há contradições explícitas, pois é também o estado que possui uma diretriz política estadual enrijecida, com o maior número de hospitais psiquiátricos, de comunidades terapêuticas e de instituições para internação de adolescentes que cometem atos infracionais.

Os profissionais do CAPSad realizavam visitas mensais nas clínicas, conversavam com os profissionais e usuários para avaliarem o avanço do mesmo no tratamento, sinais de negligência da clínica, entre outros aspectos.

No Quadro 6, a seguir, apresenta-se um resumo das ações de cuidado realizadas no CAPSad durante a semana.

**Quadro 6 – Ações e estratégias de cuidado realizadas no CAPSad\***

| <u>Segunda-feira</u>                       | <u>Terça-feira</u>   | <u>Quarta-feira</u>                                    | <u>Quinta-feira</u>                               | <u>Sexta-feira</u>                      |
|--|--|--|---|---|
| Grupo de Musicalização                     | Grupo de família   | Grupo de manutenção<br>Aula de violão                  | Grupo de entrada                                  | <b>Grupo de família</b> e Arteterapia   |
| Grupo de acolhimento                       | <b>Grupo de adolescentes</b>                                 | Grupo de acolhimento                                   | Grupo de acolhimento                              | Grupo terapêutico (outras drogas)       |
| Grupo terapêutico                          | Grupo de acolhimento   | Oficina de Terapia Ocupacional                         | Grupo de artesanato                               | Grupo terapêutico – alcoolistas         |
| Reunião de equipe                          | Reunião de equipe  | Reunião de equipe                                      | Reunião de equipe                                 | Reunião de equipe                       |
| Grupo de contos e grupo de entrada         | Grupo realidade  | Cinema e prosa e <b>Grupo de família</b>               | <b>Grupo de adolescentes</b><br>Visita domiciliar | Grupo saúde                             |
| Grupo de acolhimento e Grupo de manutenção | Grupo de interação e <b>Grupo de família de adolescentes</b> | Grupo terapêutico – alcoolistas e Grupo de acolhimento | Grupo terapêutico e Grupo de família              | Grupo de acolhimento e Grupo de entrada |

Fonte: Elaborado pela autora

\* Os grupos destacados em negrito são direcionados e contam com a participação de adolescentes e de familiares de adolescentes.

Em relação às ações de cuidado desenvolvidas no serviço, eram realizados vários grupos, dos quais todos os profissionais participavam, exceto o médico, como já mencionado, atendimentos individuais, visitas domiciliares, acolhimento, reunião de equipe, grupo de adolescentes, grupo de família, dentre outras. A pesquisadora participou de todos os grupos e atividades do serviço pelo menos uma vez, com exceção das visitas domiciliares. Em relação aos grupos, os de acolhimento eram realizados por três duplas, tendo como objetivo apresentar o serviço ao usuário, avaliar quais as principais necessidades e, se fosse um caso urgente, rever os passos do protocolo e levar o caso para a reunião de equipe. Este manejo foi realizado muitas vezes, no entanto durante a inserção no serviço, a pesquisadora pode perceber que para o profissional ter esse “feeling” a empatia nesse momento é essencial. Neste grupo, a maioria dos usuários vinha com a ideia fixa de conseguirem uma internação, ou de passar pela avaliação médica, para assim iniciar o tratamento medicamentoso. Os profissionais esclareciam estas dúvidas explicando que o CAPS é um serviço que realiza atendimentos ambulatoriais, com diversos profissionais, como assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional e médico também, mas que esses atendimentos são feitos de acordo com as necessidades de cada pessoa e isso seria avaliado após as três participações nos grupos.

Outro tipo de grupo que fazia parte das intervenções propostas pelo serviço eram os grupos terapêuticos. Eles eram coordenados por diferentes profissionais como psicólogas, enfermeiro e assistente social. A terapeuta ocupacional coordenava outros grupos, como os grupos de entrada, contos e oficina de Terapia Ocupacional. Os grupos terapêuticos eram divididos em grupo terapêutico para alcoolistas e grupo terapêutico para usuários de múltiplas drogas. Essa medida foi adotada pela equipe porque, segundo os profissionais que conduziam os grupos, quando usuários alcoolistas participavam de grupos nos quais havia usuários que faziam o uso de outras substâncias que não fosse o álcool eles não se identificavam, diziam coisas como “graças a Deus eu só bebo” e não se identificavam como dependentes. Não havia, além disso, uma participação efetiva destes usuários e os outros ficavam constrangidos, não sentiam-se confortáveis para se colocar no grupo. Nestes grupos, o objetivo era trabalhar com as demandas trazidas pelos usuários, as que estavam sendo mais difíceis e pesadas no dia a dia e estratégias para diminuir ou cessar o uso da droga. A estratégia de redução de danos era trabalhada por alguns profissionais, como visto pela fala dos técnicos em um grupo terapêutico de múltiplas drogas:

*“Parece, pelo que você tá dizendo pro grupo, que a cocaína tem trazido sérios prejuízos na sua vida. Por que você não reflete durante essa semana em ficar só com a maconha e ir parando com a cocaína?”* (Extratos do diário de campo).

No entanto, outros profissionais expressaram que esta abordagem não é eficaz e que a abstinência é mais eficiente. Assim, em relação à redução de danos, estratégia proposta pela Política Nacional de drogas, de 2005 (BRASIL, 2005), verificou-se que a equipe possui dificuldades na compreensão e adesão dessa nova diretriz política em saúde mental para usuários de álcool e outras drogas e que diferentes condutas eram adotadas a depender do profissional.

Assim, neste estudo verificou-se que embora algumas orientações respondam a estratégias de redução de danos, profissionais também expressavam concepções sobre suas próprias crenças onde uma visão de não efetividade desta estratégia é colocada. Estes achados vão ao encontro do estudo de Souza (2013), o qual aponta que a redução de danos desenvolvida com os usuários de drogas provoca discussões e divergências entre os profissionais da saúde, pois possuem uma compreensão equivocada dos princípios dessa estratégia de cuidado.

Considera-se que para a equipe voltar o olhar sob a efetividade do seu cuidado, para que consiga visualizar os resultados positivos da melhora da qualidade dos usuários do serviço, é primordial que os trabalhadores tenham a concepção de que o CAPSad é um serviço pautado pela premissa da redução de danos, pois se o objetivo da equipe for a abstinência, as ações de cuidado passarão a ser vistas como fracasso, trazendo grande frustração para os profissionais e um distanciamento dos usuários. É possível que quando a equipe compreende e assume que suas ações de cuidado estão previstas pela diretriz política da redução de danos, passam a compreender que há terapêuticas e resultados positivos quando parte-se dessa lógica de cuidado. No entanto, tal estratégia implica na necessidade de se estar aberto, de se propor a permanecer ao lado dos usuários ofertando cuidado mesmo que o objetivo não seja a abstinência, dentre outros. Soma-se a isto o fato de que essa questão no campo da adolescência é ainda um tabu.

Novamente aqui, destaca-se a importância de ofertar capacitações à equipe em relação à redução de danos e, em especial, discutir como essa estratégia pode ser incorporada na atenção aos adolescentes que fazem uso abusivo de drogas. Além disso, aponta-se a relevância de novos estudos serem realizados com o objetivo de aprofundar a compreensão sobre a estratégia de redução de danos no cuidado com adolescentes,

verificando possibilidades e desafios, tendo em vista a complexidade que envolve esta população nesta etapa da vida.

O grupo de Manutenção era formado pelos usuários que estavam abstêmios há pelo menos seis meses. Ele possuía oito encontros nos quais eram realizadas discussões em relação à prevenção à recaída, perspectivas futuras, trabalho, relações familiares, lidar com frustrações, gatilhos, entre outros temas. Neste grupo os usuários possuíam idades heterogêneas (entre trinta e dois até cinquenta anos) e encontravam-se em momentos diversos, como ilustra a fala de um usuário:

*“Eu me sinto, como posso explicar, um bosta, porque mesmo estando há mais de seis meses sem usar nada minha família não acredita em mim, minha mãe sempre fica me vigiando e eu não consigo reconquistar a minha esposa.”* (Extratos do diário de campo)

Já outro usuário disse:

*“Estou me sentindo muito bem, porque agora eu conheço os meus pontos fracos e a diferença é que estou tendo todo apoio da minha família e principalmente a ajuda da minha esposa e do meu filho. Estou trabalhando também, então isso faz com que eu queira estar cada dia melhor”.* (Extratos do diário de campo)

Após o término dos oito encontros, os usuários recebiam alta e dependendo do caso eram desligados do serviço, passavam apenas por consultas médicas, ou consultas de referência. A pesquisadora participou de todos os encontros e neste grupo quatro usuários receberam alta do serviço.

Havia também as reuniões de equipe, as quais aconteciam todos os dias e tinham a duração de uma hora. Os profissionais levavam para a reunião casos que atendiam e que necessitavam de alguma opinião dos colegas. Todos os profissionais que possuíam nível superior ou técnico participavam da reunião de equipe.

O serviço conta com um quadro pequeno de intervenções em relação ao cuidado à população adulta, indicando dificuldades em expandir as intervenções para outros serviços e espaços, ou mesmo no desenvolvimento de outras atividades no próprio serviço. Há dificuldades também em incluir os usuários para que sejam parceiros e colaboradores do próprio cuidado, assim como indicam as políticas em relação ao uso de álcool e outras drogas e os documentos elaborados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005a, BRASIL, 2015).

Diante das ações de cuidado oferecidas pelo CAPSad em questão é possível observar que este serviço pouco envolve em sua prática as diretrizes previstas pela

Política Nacional de Humanização (PNH) de 2003, as quais contribuem para a vinculação do usuário no serviço, com os profissionais e baseia-se em uma nova maneira de olhar para o usuário, envolvendo-o em um cuidado integral. Uma delas é a ambiência, a qual é definida como um espaço de acolhida para o usuário, de respeito às suas individualidades possibilitando a convivência com outros usuários e profissionais (BRASIL, 2013). Outra premissa é o trabalho realizado no território, diretriz prevista também pela portaria GM 336/2002, pois no território é possível ter um olhar ampliado e aproximado do usuário e família, dentro de seu contexto de inserção, no entanto essa modalidade de cuidado neste serviço apresenta-se pontual, com pequenas parcerias entre o CAPSad e as Unidades de Saúde da Família (USF).

Assim, verifica-se oportunidades de escolhas limitadas para os usuários e demonstram um esvaziamento de responsabilidades do serviço em relação às diretrizes políticas previstas nas ações de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Destaca-se a importância dos serviços realizarem suas ações de acordo com o que preconizam as políticas públicas já existentes para essa população e para os CAPSad, contribuindo para ações mais assertivas e de não retrocesso às conquistas realizadas.

### **5.2.2. O cuidado ofertado aos adolescentes**

Em relação aos adolescentes, foco deste estudo, na época da inserção da pesquisadora no serviço, dos 1.384 usuários cadastrados no sistema do CAPSad, 134 eram adolescentes, ou seja, 9,68% do total de usuários. Destes, 40 adolescentes não estavam com o prontuário ativo, sendo a maioria devido à desistência, por deixarem de frequentar o serviço. Os outros 94 adolescentes possuíam prontuários ativos no serviço. No entanto, ao observar os registros foi possível verificar que alguns adolescentes não compareciam à unidade desde 2012, ou que vieram apenas uma vez por determinação judicial, encaminhados por algum serviço da rede ou trazidos por algum familiar.

Os resultados deste estudo reforçam os achados de pesquisas que apontam a lacuna sobre onde os adolescentes estão recebendo e buscando auxílio no que diz respeito às problemáticas relacionadas ao uso das drogas (BRASIL, 2011a; OLIVEIRA, *et al*, 2012). Os resultados ainda corroboram com os dados dos estudos que indicam os desafios de efetivar a adesão dos adolescentes que fazem uso de drogas nos serviços. (SCADUTO; BARBIERI, 2009; VASTERS, 2009; ALMEIDA, 2010; MANCILHA, 2015).

Aponta-se ser fundamental o desenvolvimento de ações e programas que focalizem os adolescentes e que busquem responder à realidade desta população, sendo também importante o envolvimento desses sujeitos em sugestões e reflexões sobre como avançar no cuidado oferecido nestes serviços. Tal envolvimento deve não só priorizar a participação destes usuários, como também considerar que tais ações devem ser pensadas não como um bloco de programas que serão efetivos para todos os adolescentes, mas sim ter como premissa a singularidade, que compreendam que o cuidado é único.

Em relação ao percurso dos adolescentes no serviço, este é um pouco diferenciado em relação aos adultos. O público adolescente não passava pelos três grupos de acolhimento. Quando o adolescente chegava ao serviço, era realizado o cadastro do mesmo pelos profissionais da recepção, assim como era feito com os outros usuários, depois era agendada ou realizada no mesmo dia a triagem. Isso, porém, dependia da disponibilidade de profissionais, do fluxo do serviço, disponibilidade do adolescente e familiar. A triagem era agendada com um profissional, o qual seria o técnico de referência do adolescente, e nela este profissional geralmente conversava com o familiar e adolescente conjuntamente e depois conversava separadamente com cada um e assim avaliava as condutas necessárias a serem tomadas.

Somados às informações apresentadas no Quadro 1, onde identificou-se que seis adolescentes vieram até o serviço encaminhados por serviços da rede pública, de diferentes setores, e apenas três por demanda espontânea, verificou-se, durante a observação participante que esses encaminhamentos acontecem por meio de ofícios, e-mail ou pelo telefone, assinalando dessa maneira que a relação do CAPSad com a rede de serviços do município existe, mas é superficial. Assim, ressalta-se que há a necessidade dos serviços não apenas realizarem os encaminhamentos, mas também se corresponsabilizarem pela ação do cuidar, na direção da lógica da intersetorialidade e território, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização, estabelecida em 2003 (BRASIL, 2013), os documentos construídos pelo Ministério da Saúde denominados “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil” (BRASIL, 2005) e também o documento “Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS Tecendo Redes para Garantir Direitos” (BRASIL, 2014b). De acordo com os princípios para uma Política Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil efetiva o encaminhamento implicado amplia o alcance da efetividade das ações de cuidado e inserção dos usuários nos serviços (BRASIL, 2005b).

A pesquisadora pode participar de algumas triagens realizadas com os adolescentes. Em uma delas o caso foi bem marcante, pois uma criança de 11 anos já não morava mais com a mãe, passava dias fora de casa e, segundo informações da mãe, morava com uma vizinha em uma casa com várias pessoas e suspeitava que era traficante. Havia uma hipótese de que a família se beneficiasse desta posição da criança e devido à complexidade do caso, necessitou-se da mobilização de outros serviços, como conselho tutelar, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Ministério Público, entre outros. A mãe passou a frequentar os grupos de família; foram realizadas duas visitas domiciliares; e quando a pesquisadora terminou a inserção esta reunião estava agendada, após um mês da entrada do adolescente no serviço e a carta com o pedido de internação compulsória para a criança já havia sido enviada ao Ministério Público. A discussão seria pautada na adequação da clínica para recebê-la, se a clínica realmente seria o melhor local para ela, como auxiliar a família e possíveis ações dos serviços.

A porta de entrada ao serviço, ou seja, a forma que os adolescentes são recebidos foi identificada como fundamental em relação à primeira impressão do adolescente sobre o serviço e às relações que se vão ocorrer posteriormente a esse contato, como o vínculo com os profissionais e a adesão às propostas de intervenção do serviço (BRASIL, 2013a; ESPÍNOLA, 2013). Identificou-se que os adolescentes chegaram ao serviço pelo esforço e insistência dos familiares, principalmente as mães, pois, vir até o serviço era contra a vontade deles. Essa relutância primeiramente esteve associada ao não querer tratamento para deixar de usar drogas e também envolve o medo e receio por desconhecer o serviço, pensando, portanto, que seriam internados. A relação da chegada dos adolescentes ao serviço será mais focalizada na apresentação dos resultados advindos das entrevistas com os adolescentes.

Após os procedimentos relativos à chegada ao serviço, como apontado, o adolescente usuário do CAPSad participava do grupo de adolescentes uma vez na semana, passava por consultas médicas e era acompanhado em consulta de referência. O atendimento de referência geralmente era realizado mensalmente com o adolescente e familiar, em algumas vezes somente o familiar era atendido, pois o adolescente se recusa a vir até a unidade. Na referência o técnico avaliava o plano terapêutico traçado para o adolescente, conversava com o adolescente sobre as melhores possibilidades, o que havia melhorado ou não, e o que poderia ser melhorado. Atendimentos individuais poderiam ser realizados quando havia a disponibilidade do profissional e quando fosse



identificada demanda, como psicoterapias, conduzidas pelos psicólogos do serviço ou mesmo atendimentos individuais com o próprio técnico de referência do adolescente. A frequência deste tipo de atendimento variava de acordo com as necessidades do adolescente e das possibilidades de horários para atendimento do técnico e aconteciam geralmente quando o adolescente possuía demandas que não eram trabalhadas no grupo, ou quando o perfil do adolescente era muito discrepante das características do grupo.

Os atendimentos individuais eram muito comuns com adolescentes que chegavam ao serviço, mas ainda não haviam se tornado dependentes, como foi o caso de um adolescente de 15 anos que chegou ao serviço por demanda espontânea e o caso foi discutido em reunião de equipe. O adolescente fazia uso de maconha uma vez por semana, era estudioso, tinha boas notas e bom relacionamento com a família. Neste caso, a equipe decidiu que a melhor opção seria realizar atendimentos individuais com a psicóloga, pois ele não se adequava ao perfil do grupo. Os atendimentos individuais eram frequentes também com os adolescentes que chegavam da Fundação CASA, pois, segundo a técnica que coordenava o grupo de adolescentes, já haviam sido realizadas duas tentativas de inserir adolescentes com este perfil no grupo, mas como era necessário que estes permanecessem o atendimento todo algemados, era considerada muita exposição.

De acordo com uma das técnicas, a adesão do adolescente ao serviço é ainda muito pequena e variada, pois há semanas que o grupo de adolescentes tem apenas uma pessoa e semanas que o grupo possui um número maior de participantes. O serviço está aberto a eles, pois, mesmo deixando de frequentá-lo, eles podem retornar aos grupos.

Os profissionais possuíam certa resistência e dificuldade quando necessitavam atender adolescentes, o que pode ser ilustrado pela fala a seguir.

*“Aqui não tem atividades que atraiam o adolescente, é difícil planejar coisas que sejam legais e que eles gostem de fazer e que seja de acordo com a realidade que temos no serviço”.* (Extratos do diário de campo)

Novamente aqui, reforçado pelo relato de um dos técnicos, verificam-se as dificuldades relativas à atenção à população adolescente a partir de limitações que, em um primeiro momento, são remetidas ao serviço de uma forma bastante ampla. A responsabilização da equipe pelo que é oferecido ou alterado nesta realidade parece ficar distante das reflexões sobre as reais dificuldades no cuidado de adolescentes (de formação, pessoais, dentre outras). Assim, não ter atividades que atraiam estes usuários ou o alcance aos mesmos fica remetido aos recursos materiais.

A internação é um recurso muito utilizado no serviço, pois é uma necessidade verificada tanto pelo médico, quanto pela família e profissionais do serviço. A impressão é de que os envolvidos não conseguem enxergar outra alternativa para estes jovens, como ilustra a fala de um técnico:

*“O adolescente está fora da escola, traficando e roubando, agressivo, o que a gente pode fazer? A única solução é internar, não tem o que fazer (Extratos do diário de campo).*

Durante a observação participante constatou-se que todas as internações de adolescentes foram realizadas na modalidade compulsória, ordenadas pelo Ministério Público, sendo o tempo mínimo de seis meses e o máximo de nove meses. A utilização do recurso da internação compulsória reforça a compreensão acerca do distanciamento dos atores envolvidos nas intervenções junto aos adolescentes e parece ter como estratégia remeter a outro contexto a responsabilização sobre o cuidado. Além disso, é possível que pela pouca aderência aos princípios de redução de danos, déficit nas oportunidades de formação, dentre outras, a opção pela internação pode ainda ilustrar o quanto as estratégias centradas no cuidado médico, de exclusão e/ou contenção, ainda estão presentes, a despeito das políticas recentes e de seus pressupostos (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2014b)

A literatura reforça as considerações aqui apresentadas ao destacar que a internação isola o adolescente de seus contextos de inserção e das pessoas com quem convive, sendo que neste espaço são oferecidas estratégias de tratamento baseadas no modelo biomédico que visam apenas um objetivo: a abstinência (VICENTIN, GRAMKOW, MATSUMOTO, 2010; BRASIL, 2014b). Ressalta-se que essas ações de isolamento estão totalmente em descompasso com as novas propostas em saúde mental, caminham contra as diretrizes de cuidados aos usuários de drogas e contribuem para o retrocesso nas ações de cuidado aos adolescentes no campo da saúde mental, pois privam o adolescente de diversos direitos, como a liberdade, a possibilidade de escolhas, o direito a estudar, de estar na escola, de conviver, de estar engajado em atividades importantes para essa fase da vida, dentre outras.

Ainda que internações que envolvem crianças e adolescentes estejam previstas pela RAPS em hospitais gerais, somente são indicadas quando todos os outros recursos forem esgotados e para tratar apenas os sintomas agudos (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014b) e, como aqui se evidenciou, parece não ser este o caso. Assim, os resultados deste estudo revelam que no lugar das lacunas, sejam elas de conhecimento específico,

oportunidades de reflexões entre os pares, de estratégias mais efetivas de envolvimento e aderência destes jovens nos serviços, da complexidade social e subjetiva que se coloca para a adolescência, dentre outras, o que se coloca são argumentos e estratégias que, contrariamente ao esperado, fragilizam o avanço e as oportunidades de cuidado. Portanto, é imprescindível desenvolver estratégias de intervenção a essa população, em detrimento da internação, sendo essenciais as ações no território, atuação em conjunto com outros serviços da rede, com a família e também juntamente com o próprio adolescente, ouvindo a sua opinião e desejos em relação às suas ações de cuidado. Desta forma, a demanda por compreender, efetivar e ampliar outras estratégias para além da internação envolve tanto os profissionais dos serviços de saúde mental, dos serviços de saúde e assistência social no geral, do judiciário e, claramente, as famílias envolvidas e a sociedade de forma mais ampla.

Em relação ao grupo de adolescentes, o mesmo era coordenado pela psicóloga do serviço e acontecia duas vezes por semana. Era um grupo aberto, sendo que a adesão dos participantes nos grupos era muito instável. Durante a inserção verificou-se ocasiões onde 6 adolescentes participaram e em outros apenas 1 adolescente estava no grupo. No grupo discutiam-se muitos assuntos, não havia temas elaborados e preparados. De fato, era trabalhada a demanda que o adolescente trazia no dia, por meio de trocas e conversas. Os assuntos discutidos no grupo estavam relacionados à maconha (ser uma erva natural, não uma droga, ser mais saudável quando comparada ao cigarro), planos futuros, escola, trabalho, relações familiares, relações com amigos, festas e baladas, músicas e gostos musicais, desejos e tráfico de drogas.

Apona-se a necessidade de outras estratégias de cuidado serem desenvolvidas no serviço para a população adolescente e que possam também considerar procedimentos que impliquem em maior participação e protagonismo destes jovens em relação ao seu próprio cuidado.

### **5.2.3. Famílias dos adolescentes no CAPSad**

Os grupos de família eram quinzenais e os atendimentos, semanais, apenas trocando as famílias a cada vez. Havia o grupo específico para os familiares de adolescentes, no entanto havia familiares que não conseguiam participar deste grupo por diversos motivos (trabalho, precisavam pegar os filhos na escola, entre outros compromissos) e acabavam por participar de grupos de família menos específicos. Caso somente o horário noturno fosse disponível, os familiares eram orientados a frequentar o

amor exigente<sup>10</sup>. As mães relatavam ter muita dificuldade de chegar ao serviço, pois os bairros onde moram eram longe e a prefeitura não estava cedendo o passe; outras diziam que trabalhavam e não conseguiam estar no serviço.

Tal realidade observada neste estudo parece representar a situação destes familiares em outros serviços. No estudo de Vasters (2009) os resultados apontaram para as dificuldades das famílias em comparecerem ao serviço e, além das limitações relativas ao tempo e outros compromissos, elencaram também as dificuldades financeiras e de transporte. Considerando que esta realidade é comum aos familiares, aponta-se para a importância no investimento de alternativas e condições de acesso para a real implicação dos familiares nas ações de cuidado dos serviços, especialmente considerando a população infantil e adolescente, usuários da saúde mental.

Nos grupos os profissionais buscavam passar orientações em relação às internações e condutas a serem tomadas, como imposição de regras e limites e acolhimento para angústias trazidas pelos familiares. Era um espaço em que se priorizava a troca de experiências entre os familiares também. Durante os grupos, principalmente nos grupos de família e acolhimento, podia-se notar que grande parte das pessoas acreditava que o tratamento só é eficaz quando realiza-se o atendimento médico e usa-se medicações e, caso isso não funcione a única solução é a internação. Por exemplo, em um grupo de família, onde a fala da mãe ilustra esta compreensão:

*“Eu tô buscando ajuda aqui né para que ele possa passar pelo médico, pra ele dar uns remédios pra acalmar ele né, mas o que eu quero mesmo é a internação, só assim pra ele mudar”* (Extratos do diário de campo).

Como discutido anteriormente em relação às expectativas da internação e considerando as famílias de crianças e adolescentes, as políticas públicas (BRASIL 2005a; BRASIL, 2014b) e também os resultados de estudos realizados no campo da saúde mental infanto-juvenil têm revelado a fragilidade da participação familiar no processo de cuidado (TAÑO, MATSUKURA, 2015; FERNANDES, MATSUKURA, 2015). Reafirma-se a fundamental importância da ampliação das condições e concreta participação familiar nestes serviços.

---

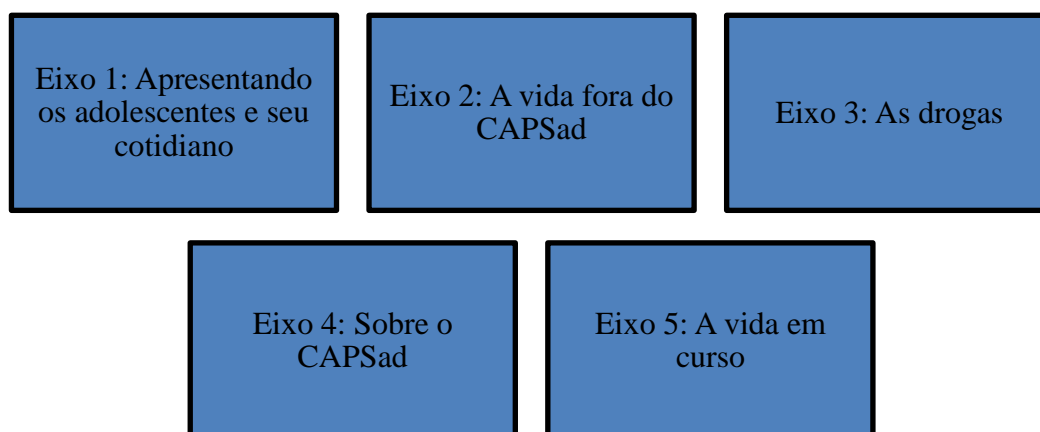
<sup>10</sup> O amor exigente é um grupo de apoio formado por voluntários e destinado a usuários de álcool e outras drogas e seus familiares. Os grupos são pautados na troca de experiências entre os participantes e também em doze princípios os quais envolvem os relacionamentos familiares, estratégias para deixar o uso de drogas, estratégias para aprender a lidar com situações advindas do uso, autoestima, conduta dos familiares em relação ao usuário de drogas, dentre outros. (AMOR EXIGENTE, 2016)

### 5.3. Resultados e discussão advindos das entrevistas com os adolescentes

A partir das entrevistas com os adolescentes foram produzidos um total de 175 discursos do sujeito coletivo, os quais abordam o cotidiano dos adolescentes, inserção no CAPSad, uso de drogas, outros contextos de inserção dos adolescentes, perspectivas futuras e suas relações com a família e com os amigos.

Os resultados e a discussão do exposto serão apresentados a partir de 5 eixos, conforme ilustra a figura a seguir.

**Figura 1- Eixos das entrevistas dos adolescentes**



Fonte: Elaborada pela autora

a) *Eixo 1: Apresentando os adolescentes e seu cotidiano*

Este eixo foi composto pelas análises de oito questões, as quais abordaram o jeito de ser dos adolescentes, suas habilidades e preferências.

Os discursos revelam que em relação ao seu jeito de ser, os adolescentes descrevem-se como pessoas boas, que gostam de ajudar, agitados e também expressam características singulares, como magoar-se com facilidade. Como pode ser observado no DSC a seguir.

*“Eu sou uma pessoa muito boa, tem dia que eu tô beijando a minha mãe, que eu tô beijando todo mundo em casa e às vezes eu sou legal, mas se abusar de mim, eu*

*posso ser ruim também porque eu não gosto de levar desaforo pra casa. Penso assim: se gostou de mim gostou se não gostar eu não tô nem aí.”*

*“Ah sei lá eu sou uma pessoa que gosta de ajudar as pessoas sabe, quando eu posso eu gosto de ajudar.”*

*“Eu sou uma pessoa muito brava e tem dias que eu tô chata, às vezes me sinto inútil também. Além disso, me magoo fácil com as coisas, mas eu não gosto de ficar chorando perto dos outros, só que eu sou uma pessoa que tem sentimentos.”*

*“Ah, eu sou uma pessoa também assim que não paro quieta, sou muito agitada.”*

Verifica-se a partir dos discursos que os adolescentes descrevem-se com intensidade e exprimem oscilações, incertezas e conflitos em suas falas, demonstrando características comuns da adolescência.

Os resultados reforçam o que a literatura aponta em relação às características típicas da adolescência, sendo compreendida como um período de transformações corporais, fisiológicas, socioemocionais, podendo envolver momentos de inconstância, dúvidas, inquietações em relação aos sentimentos, sobre si mesmo e sobre suas próprias escolhas, a depender de fatores intrínsecos da pessoa, do ambiente em que vive e do apoio recebido (RAUP, SAPIRO, 2009; FERREIRA, FARIAS, 2010; VASTERS, PILLON, 2011; UNICEF, 2011; JAHN, NARDI, DELL’AGLIO, 2013; BRASILb, 2014; MANCILHA, 2015).

Outros adolescentes, no entanto não souberam dizer sobre o seu jeito de ser, como pode ser observado no DSC a seguir.

*“Não sei me descrever, dona.”*

Ainda ao se descreverem, os adolescentes o fazem a partir de atividades que gostam de realizar no dia a dia e seus sentimentos, relatando sobre as faltas, como por exemplo, da pessoa que foram no passado e da família, como revelam os discursos a seguir.

*“Eu tenho doze anos, adoro esporte, música, mas não gosto de ir pra escola, gosto de acordar tarde, e sou meio folgado e também muito levado, às vezes.”*

*“Tenho falta da minha mãe, dos meus irmãos e da pessoa que eu era antes.”*

*“Eu penso muito na vida, no que eu quero ser, mas eu não tenho força de vontade pra correr atrás. Eu sou uma pessoa determinada, se eu piso o pé aqui é aqui e já era, mas tem hora que pra mim acabou, tipo assim quero pouco, saio correndo não quero nem saber de nada, que se foda tudo e tem hora que eu fico parada no tempo.”*

*“Eu realmente preciso de ajuda porque se não tem uma pessoa ali pra ficar carcando pra mim mudar, pra mim tanto faz.”*

Nota-se que os adolescentes em seus discursos expressam comportamentos que possivelmente são comuns e especialmente manifestados nessa fase do desenvolvimento, como não gostar de acordar cedo e ir à escola, pensar sobre o futuro, além de também apontarem a necessidade de orientação, supervisão no dia a dia, pois sentem-se desorientados e incertos sobre qual direção devem seguir em alguns momentos.

Os resultados corroboram com dados de pesquisas que focalizam a adolescência, as quais sinalizam que essa fase envolve instabilidade emocional, aquisições de habilidades e enfatizam a importância dos adultos, representados pelos pais, familiares e/ ou comunidade, na proteção e promoção do desenvolvimento dos adolescentes, pois estes têm os adultos como referenciais e esperam deles essa função de condução e orientação, sendo necessário ouvir os adolescentes, atentando-se para as necessidades e preocupações específicas dos mesmos (AVANCI, et al., 2007; UNICEF, 2011; UNICEF 2011a).

Ao falarem sobre suas qualidades, os adolescentes deram exemplos de suas características que envolvem atributos como solidariedade, honestidade, bondade, dentre outras e também dão exemplos de atividades que fazem bem no dia a dia, como pode ser observado nos DSCs a seguir.

*“Ai eu sou muito bom com as pessoas, eu gosto muito de ajudar quando precisam de mim, por exemplo: os outros pedem conselho pra mim eu dou. É assim eu vejo e corro lá ajudar, porque eu penso: e se fosse eu lá entendeu?”*

*“Eu sou determinado, quando eu quero, eu quero e eu vou atrás. Já faz três meses que tô fora da clínica e eu já corri atrás de curso, tô fazendo curso, fui atrás do esporte.”*

*“Uma qualidade minha é a honestidade, sou sincero, porque eu não gosto de mentira.”*

*“Sou amigo de qualquer pessoa, consigo pegar amizade muito fácil.”*

*“Respeito eu tenho de bom.”*

*“Uma das minhas qualidades também é ter fé. Eu acredito muito em Deus e eu tenho fé que ele vai me ajudar a nunca mais usar essas coisas.”*

Identifica-se que os adolescentes ao se descreverem, referem o seu jeito de ser e as qualidades que possuem de maneira positiva, mesmo diante das possíveis adversidades que permeiam essa fase da vida. Dentre as qualidades os adolescentes também apontaram a determinação e a fé como atributos importantes para não fazer o uso de drogas.

Os resultados deste estudo reforçam, em relação às descrições positivas, os resultados da pesquisa de Assis e colaboradores (2003), com escolares entre 11 e 14 anos que visou compreender o sentimento que os adolescentes possuíam sobre si mesmos, seus valores e competências e revelaram que a maioria indicou uma visão muito positiva de si próprios, expressando adjetivos como ser legal, feliz, ser amigo, carinhoso, ajudar, ter cuidado e atenção com as pessoas, ser responsável, sincero, fiel, humilde e honesto.

Alguns adolescentes, no entanto, não conseguiram verbalizar o que consideram ter de bom, como pode ser observado no discurso a seguir.

*“Ah eu não sei não, mas acho que não tem, dona.”*



Os adolescentes ao falarem sobre suas dificuldades exibem novamente comportamentos característicos da adolescência como ser explosivo, nervoso, demonstrando oscilações emocionais de acordo com a situação que vivenciam. Também indicam serem preguiçosos, não gostar de estudar e apresentar dificuldades escolares, destacando-se mais uma vez que fazem parte de um grupo comum de adolescentes, com características peculiares dessa fase, além dos problemas relacionados às drogas como pode ser observado nos DSCs, a seguir.

*“Eu sou muito explosivo, meu Deus! Eu fico bravo, estressado por qualquer coisa, aí eu não me controlo, grito com as pessoas da minha família, se alguém me xinga ou me irrita, eu já parto pra ignorância, se alguém mexe com alguma das minhas irmãs na rua, eu fico com raiva, dá até vontade de bater, ninguém pode gritar comigo que eu já fico nervoso, ainda mais por conta da abstinência que deixa a gente mais nervoso ainda sabe. Mas é assim, se a pessoa tá errada eu explodo, agora se a pessoa tá certa eu vou tentando me acalmar.”*

*“Eu sou um pouco preguiçoso, não estudo e só fico na rua.”*

*“Dificuldade eu tenho às vezes pra entender alguma coisa, principalmente no português porque eu sou meio péssimo.”*

*“Uso droga, fumo, que não são boas atividades.”*

*“Minhas dificuldades são os problemas que a droga tá trazendo né.”*

*“Ter paciência e acreditar que é possível.”*

*“Minhas dificuldades são de tomar muito remédio porque tem dia é como que se eu não tivesse aqui; se fosse outro dia estaria dormindo de tanto remédio que eu tomo entendeu?”*

Estes resultados corroboram com os achados da pesquisa de Assis e colaboradores (2003), já citada anteriormente, em que os adolescentes ao falarem sobre

si também apontam características negativas, como ser chato, ser impulsivo, nervoso, impaciente, indeciso e preguiçoso.

Neste estudo, os adolescentes ainda apontaram como dificuldades o uso de drogas, indicando este uso como um aspecto negativo em suas vidas. Ainda, é preciso considerar que tais aspectos negativos elencados pelos participantes podem também ser maximizados pelo envolvimento com as drogas ou pelas tentativas de afastamento das mesmas. Da mesma forma, quando se considera os processos e mecanismos de risco e proteção envolvidos no uso de substâncias, tais aspectos podem estar presentes, como por exemplo, a impulsividade, o descontrole, dentre outros; e os mesmos devem ser considerados nas ações de cuidado e também nas ações de prevenção ao uso.

Denota-se também a desmotivação dos adolescentes em acreditar na vida e ter paciência para enfrentar as dificuldades colocadas a eles e dificuldades apresentadas por eles devido ao uso de medicamentos, pois os efeitos adversos dessas medicações influenciam no dia a dia.

Em relação às atividades realizadas pelos adolescentes durante a semana, os discursos revelam que os adolescentes possuem uma rotina com pequena diversidade de atividades, descontínuas e sem previsibilidade, como revelam os DSCs, a seguir.

*“Ah dona depende do dia, cada dia eu faço uma coisa. Mas às vezes durante a semana eu acordo aí eu tomo café, às vezes eu volto dormir, às vezes eu vou jogar vídeo game, fico em casa sabe. Mas tem dia também que eu saio pra rua, aí às vezes eu vô lá na pista de skate, às vezes eu vô na praça, aí às vezes eu fico lá no moto táxi roubando o wi-fi, eu converso com o pessoal, aí eu volto pra casa, aí eu tomo banho, almoço aí eu vô pra escola, depois volto pra casa, fico na rua e vou dormir.”*

*“Eu acordo tarde, aí eu vou assistir televisão, depois minha mãe faz a comida, aí eu como e fico no celular, fico assistindo novela, aí umas cinco horas a minha mãe me dá remédio, eu fico no celular até de noite, aí eu janto, fico no celular e vou dormir.”*

O DSC a seguir aponta novamente que o uso de drogas é presente e constante na rotina dos adolescentes.

*“Eu acordo tarde depois do almoço e às vezes acordo cedo. Tomo um banho, me arrumo e vou assistir tv. Não tenho fome, às vezes eu como às vezes não, aí eu saio pra fora pra conversar com o povo, fumo um baseado e fico fumando cigarro o dia inteiro que é um vício. Depois o meu namorado chega, a gente fica em casa, às vezes sai às vezes não, mas eu vou dormir duas três horas da manhã.”*

A partir dos DSCs é possível verificar que os adolescentes possuem ausência de uma rotina estruturada, pois muitos dos adolescentes passam grande parte do tempo em casa, assistindo televisão, dormindo ou permanecem na rua, mantendo-se ociosos ao longo do dia. Sobre esta rotina com poucos engajamentos, novamente é possível considerar os mecanismos e fatores de risco, tanto para o uso quanto para este momento de busca por novas formas de relação com as drogas. O vácuo de atividades ou de participação em contextos mais diversos pode favorecer uma diminuição no engajamento destes jovens em relacionamentos e ações que lhes sejam significativas e fontes de prazer e qualidade de vida.

Alguns estudos têm fornecido elementos que reforçam sobre a hipótese relativa ao vácuo e poucas oportunidades de engajamento, ainda que identificados mais amplamente como um “ter ou não ter o que fazer” (VASTERS, 2009; ALMEIDA, 2010). O estudo de Vasters (2009), que envolveu adolescentes usuários de substâncias, revelou que os entrevistados associaram a ausência de atividades, o tempo livre com o aumento do desejo de consumir drogas, denominado pela literatura “craving”. Na mesma direção, o estudo de Almeida (2010) também indicou que os adolescentes revelaram que uma das razões para o uso de drogas está relacionada com a falta de ocupação no dia a dia.

Segundo Salles e Matsukura (2015), as atividades realizadas pelas pessoas no cotidiano provocam reações em todas as áreas da vida. Portanto, pode-se compreender a partir do olhar da Terapia Ocupacional, que o cotidiano dos adolescentes, foco deste estudo, é permeado pela ausência de possibilidades de engajamento em atividades que sejam significativas para eles e algumas condições de vulnerabilidade já estavam instaladas na vida desses adolescentes desde a infância e também implicaram em oportunidades de engajamento, como por exemplo, residirem em bairros periféricos, possuírem baixa condição socioeconômica, dentre outras. Essa questão pode ser observada ao longo das entrevistas com os adolescentes ao dizerem sobre suas rotinas e serão novamente indicadas pelos familiares, mais adiante.

Sob outra perspectiva, mas ainda abordando as possibilidades de engajamento destes adolescentes, verificou-se que a busca pelo trabalho também faz parte da rotina dos mesmos, ainda que tais oportunidades pareçam distantes, como pode ser observado no DSC a seguir.

*“Ah não sei, é normal depende do dia. Eu acordo cedo, depois eu saio pra procurar serviço, volto em casa, almoço e saio, fico pra rua um pouco, volto e durmo.”*

Como apresentado no Quadro 2, apenas um dos oito adolescentes entrevistados participava de trabalhos esporádicos como ajudante de pedreiro, denominados por ele de “bicos”. É possível que a busca por um trabalho revele a tentativa de encontrar engajamento significativo, porém, o acesso parece ser especialmente limitado, pois, além da conjuntura sócio-política-econômica, geralmente tem-se a exigência de que os adolescentes estejam na escola e/ou possuam experiências profissionais anteriores, além da própria condição de saúde. Ou seja, as reais oportunidades, que seriam muito positivas, acabam se transformando em mais frustração, desengajamento (como uma bola de neve) e exclusão social.

Importa indicar a necessidade de investimentos e de ampliação de alternativas de inclusão a esses jovens, no caminho inverso do que tem sido observado, onde exclusões se expandem rapidamente. Neste estudo, a desvinculação da escola, as internações e demais desengajamentos, se revelam na trajetória e cotidiano destes jovens.

Por outro lado, revelando maiores oportunidades de engajamento, outros DSCs expressam que alguns adolescentes também possuem atividades mais diversificadas, estruturadas e constantes em suas rotinas, como ir à escola, praticar esportes, ir à igreja e auxiliar nas tarefas domésticas. A rotina também é marcada pelo uso de medicamentos, como pode ser observado a seguir.

*“Eu acordo cinco e meia da manhã, me troco, eu escovo os dentes tomo o meu medicamento tomo café, e vou no ponto pra pegar o ônibus e ir pra escola. Depois eu chego em casa, vou até a creche levar a menininha que minha irmã cuida, ajudo minha mãe nos serviços de casa, ajudo ela fazer o almoço, eu lavo a louça, depois eu sento no sofá e fico assistindo TV, tomo meu outro medicamento e durmo. Depois minha mãe me acorda eu belisco alguma coisa e ajudo ela a terminar os serviços de casa e depois eu*

*volto pro sofá e fico assistindo TV, aí eu vou tomar banho, espero dar setes horas pra tomar meu outro medicamento e vou dar uma volta com as minhas irmãs. Depois eu volto, janto e vou dormir. Mas na segunda, quarta e quinta eu faço karatê e de quinta feira de vez em quando vou na igreja. "*

Em relação às atividades realizadas aos finais de semana, os DSCs revelam que a rotina pode envolver festas com a família e com amigos, uso de drogas, como o álcool e cocaína, e situações em que se colocam em risco, como dirigir sob o efeito de drogas, dentre outras, como pode ser observado nos discursos a seguir.

*“No final de semana eu faço as mesmas coisas. Tem dia que eu acordo meio dia, levanto tarde, porque eu não tenho muita coisa pra fazer, mas tem dia que tem que acordar cedo porque tem um monte de roupa pra lavar, então no sábado eu tomo o meu medicamento, eu vou até a padaria buscar pão, aí a gente toma café, a gente faz o serviço de casa sabe. Um vai lavando, outro vai esfregando, outro vai erguendo as coisas. Aí chega a hora do almoço, nós almoçamos, eu tomo o meu medicamento e vou deitar e quando é quatro horas minhas mãe me acorda de novo pra eu poder tomar banho e fazer o resto do serviço de casa. Depois a gente fica assistindo um pouco de televisão, aí a gente se troca, toma banho e vai pra igreja, eu meu pai e minha mãe, mas ultimamente eu não tô indo muito. A noite eu e minhas irmãs a gente sai pra dar uma volta com o namorado da minha irmã, aí depois a gente volta pra casa, deita e dorme. Já no domingo, a gente acorda às oito e também vai pra igreja na reunião de jovens, mas não é todo domingo que a gente vai porque a gente é meio preguiçoso. Aí quando a gente vai pra reunião, a gente chega já faz o almoço, já almoça, vai lavar roupa e depois a gente fica o dia inteiro moscando. Eu vou ler livro, ou assistir TV, mas fico mais na TV do que no livro. Então o final de semana é mais ou menos assim.”*

*“Depende. Nesse sábado, por exemplo, eu tomei banho, tomei café e vi televisão até meio dia e depois chegou a amiga da minha mãe foi lá e teve festa, churrasco em casa. Nós comemos carne, tomamos cerveja, entramos na piscina, ficamos até meia noite e depois eu fui dormir. Já no domingo eu acordei umas onze horas, sai com a minha mãe e fomos comprar bebida e refrigerante e fomos em um amigo dela em um churrasco, aí comemos, tomei umas cervejas e umas batidinhas de coco, fomos embora*

*aí eu tomei banho, jantei e fui dormir. Mas tem final de semana que eu saio um pouco né, vou pra algum lugar, pro shopping, festa funk, sei lá algum lugar dona só não fico em casa e às vezes volto pra casa só no domingo. Tem ainda final de semana que eu e meu namorado a gente acaba usando química, farinha sabe, aí rola muita briga, muito ciúmes e aí um vai pra um canto o outro vai pro outro e às vezes a gente vai tirar pião, vai pegar a moto dos outros ou o carro e vai andar e só vai pra casa no outro dia.”*

O cotidiano dos adolescentes também envolve atividades na comunidade, como participação na escola da família e atividades de lazer realizadas com a família, como ir ao SESC, como pode ser observado no DSC seguir.

*“No sábado eu tomo café, e vou pra escola da família, fico jogando ping-pong, fico o dia inteiro lá. Aí eu volto umas cinco horas e fico lá no moto táxi, na praça, fico andando de skate até umas nove, dez horas aí eu desço pra casa, mas tem dia que eu vou na piscina lá no SESC, aí eu fico lá e também às vezes eu saio com a minha mãe, nós vamos no rio ou na casa das colegas dela. E às vezes nós não saímos, a gente fica de boa em casa, sossegados.”*

Ainda que observadas as limitações ou possibilidades de engajamentos concretos, os adolescentes falaram sobre as atividades que gostam de realizar no dia a dia. Os DSCs revelam que dentre as atividades que gostam estão a prática de esportes, tocar instrumentos, ir ao clube, dormir, ficar no celular, na internet, nas redes sociais, conversar com os amigos, ainda que as mesmas não estejam presentes constantemente na rotina dos mesmos, como ilustram os discursos a seguir.

*“Eu adoro esporte: correr, jogar basquete, mas eu descobri a luta e eu gosto mais de lutar porque ela é mais individual e no basquete eu ficava perdido porque tinha um monte de estratégias. Agora faço karatê e é mais fácil porque é mais individual. Também gosto de jogar bola de vez em quando, andar de bike, jogar vídeo game ficar andando de skate na pista e gosto de brincar com os meninos lá no SESC de polícia e ladrão.”*

*“É mais ficar no celular mesmo, ficar no facebook, no whatsapp.”*

*“Eu gosto de tocar sabe, porque toca muito a minha alma. Quando sai o som do instrumento, eu fico relaxado, eu me sinto muito bem.”*

*“Bom o que eu gosto de fazer no meu dia a dia é dormir, comer e namorar com o meu namorado e estudar de vez em quando, mas fora a isso eu prefiro ficar dentro de casa.”*

Os DSCs a seguir revelam as atividades que os adolescentes gostam de realizar com os amigos no dia a dia.

*“Gosto de conversar com os amigos.”*

*“Nós joga bola, joga vídeo game.”*

*“Nós vamos nos lugares juntos, por exemplo: vamos em festas andando, nós sai pra passear, nós vai na praça, nós vai no shopping.”*

*“Nada quase, só se vê.”*

*“A gente fica conversando pra saber como que tá funcionando o dia a dia, pergunta alguma coisa, vamos dizer assim, sobre escola, pergunta, sobre o namoro como que vai Tem até uma amiga minha que mora lá perto de casa, às vezes eu vou na casa dela , aí a gente fica conversando.”*

*“É boa a relação com os meus amigos, sempre foi a gente não briga, conversa, não tem discussão, não tem nada nós somos tudo amigo bom, nós somos irmãos. Às vezes eles dormem lá em casa e a gente fica mexendo no celular junto.”*

*“A gente faz tarefa junto, quando os professores deixam senta junto.”*

O estudo de Vasters e Pillon (2011) indicou que as atividades esportivas e práticas religiosas podem diminuir o uso de drogas por adolescentes. No entanto, verifica-se também que os adolescentes possuem um cotidiano ainda empobrecido em atividades que sejam significativas e que proporcionem divertimento e entretenimento.

Sobre as atividades de cultura e lazer, os resultados reforçam os dados da pesquisa realizada pela UNICEF em 2006, denominada “A voz dos adolescentes”, a qual concluiu que as atividades de lazer mais citadas pelos adolescentes foram assistir televisão, ouvir música e praticar esportes (UNICEF, 2006b).

No tocante a utilização da internet, os DSCs revelaram que o meio pelo qual os adolescentes mais usam a internet é através do celular, para conversar com amigos, ficar no Facebook, Whatsapp e para jogar, sendo essas atividades muito presentes em seus cotidianos. Porém, o acesso à internet nem sempre é possível, por isso os adolescentes vão a espaços em que podem ter acesso livre, como, por exemplo, o SESC ou a casa de amigos.

Os achados deste estudo estão em consonância com os resultados apontados por uma pesquisa da UNICEF, realizada em 2013, a qual revelou que 75% dos adolescentes entrevistados utilizam a internet à procura de diversão, 66% para conversar com amigos, (61%) para fazer trabalhos escolares, (40%) para buscar informações e que 85% dos adolescentes possuem perfil em redes sociais, sendo o Facebook a mais relatada (92%). Vale considerar que estas novas mídias e alternativas de engajamento poderiam ser mais positivamente utilizadas em ações junto aos adolescentes. A literatura tem indicado que algumas atividades e oportunidades são reconhecidamente de interesse de adolescentes e jovens e também expressam a cultura deste grupo, por exemplo, o blog, as redes sociais, a fotografia e o uso do grafite (UNICEF, 2013; MACHADO, 2013; SILVA, CARDINALLI, LOPES, 2015).

Apona-se como exemplo o estudo de Silva, Cardinalli, Lopes (2015), o qual utilizou o blog como recurso para aumentar a participação social de um grupo de jovens em situações de vulnerabilidade social. Essa intervenção possibilitou acesso ao computador e à internet, o aumento do repertório dos adolescentes sobre cultura, a participação efetiva dos jovens apropriando-se do blog, identificando-se e reconhecendo-se nesse recurso.

Um aspecto que chama atenção dentre os DSCs que tratam das atividades que gostam de realizar, é que os adolescentes não focalizaram o uso de drogas em suas respostas. Assim, ainda que tenham trazido o uso de substâncias em seu cotidiano, o uso não foi elencado como atividade prazerosa na opinião dos mesmos, o que pode parecer paradoxal, porém, pode também indicar o quanto diferenciam e como compreendem o próprio prazer advindo de engajamentos.



Neste estudo também foi solicitado aos adolescentes que falassem sobre as atividades que não gostam de realizar e os DSCs a seguir, ilustram suas respostas.

*“Ah o que eu não gosto é de acordar cedo e de fazer serviço em casa, limpar, ter que arrumar a casa, eu não gosto. É assim, quando quero eu faço, quando eu não quero eu não faço.”*

*“Eu não sou muito fã de ir pra escola e estudar porque é chato ficar sentado o dia inteiro, mas também, depois que você começa a estudar e vai se dando bem com a lição, você vai gostando.”*

*“Ai o que me irrita é ficar o dia inteiro dentro de casa sem fazer nada, ficar preso, não poder sair, eu não gosto.”*

*“Eu não gosto de ficar brigando. Não tem muita coisa que eu não gosto, só quando a gente começa a brigar, discutir eu não gosto.”*

*“É só a escola, querer ir pra escola, porque eu não gosto de ir pra escola e minha mãe tá forçando eu ir, mas se eu arrumar um trabalho tudo se resolve.”*

Nota-se mais uma vez comportamentos típicos da adolescência e a ausência de atividades significativas no dia a dia dos adolescentes. Aponta-se, também, como um incômodo no dia a dia as brigas e discussões que, possivelmente, atravessam o ambiente familiar.

Estes resultados somam aos achados de Garcia, Pillon e Santos (2011), que apontam que os conflitos geralmente estão presentes na fase da adolescência, pois os adolescentes estão em busca da sua própria identidade, de enfrentar desafios e da autonomia e independência em seu cotidiano.

Ainda sob a perspectiva de reconhecer os adolescentes, os mesmos dissertaram sobre o que gostariam de fazer no seu dia a dia atual caso fosse possível. Os DSCs, a seguir, expressam novamente a exclusão desses adolescentes e o cotidiano permeado pela ausência de engajamento em atividades.

*“Eu queria trabalhar.”*

*“Eu queria estudar mais, voltar a ir pra escola e talvez fazer um curso.”*

*“Eu quero fazer algumas coisas, mas minha mãe não deixa, por exemplo: às vezes eu quero sair com os meus amigos, mas ela não deixa, enfim, não me deixa sair muito.”*

*“Eu queria ir no SESC de semana e não ir pra escola.”*

*“Queria ter força de vontade, porque eu não tô tendo e também acreditar mais em mim mesmo, só isso.”*

*“Acho que não, porque tudo o que eu quero eu faço.”*

A partir destes resultados reforça-se a importância de atentar-se para as atividades, recursos e estratégias que podem ser utilizadas nas ações de cuidado junto a adolescentes a partir de seus próprios interesses e desejos, tendo como enfoque o protagonismo dos mesmos. Neste estudo, várias delas foram apontadas pelos próprios adolescentes e envolvem a música, internet e redes sociais, família, práticas esportivas e religiosas, dentre outras.

*b) Eixo 2: A vida fora do CAPSad*

Este eixo envolveu sete questões presentes nas entrevistas que estavam relacionadas aos outros contextos de vida ou situações que fazem parte do cotidiano dos adolescentes, externos ao CAPSad, como a escola, amigos, igreja e família.

Os quatro adolescentes que frequentam a escola falaram sobre o que consideram positivo ou sobre o que não gostam em relação a este contexto, conforme ilustram os DSCs a seguir.

*“É legal que eu saio de casa um pouco né, vejo minhas amigas e também gosto de conversar com as pessoas da escola.”*

*“Eu gosto da educação física e é legal também ficar no intervalo.”*

*“O bom é que eu vou aprender as coisas né dona.”*

*“Eu não gosto de estudar, de ficar lá o dia inteiro sentado e escrevendo e, além disso, falta muito professor e tem outros que aborrecem porque ficam passando a mesma coisa na lousa, achando que a gente tem cara de idiota.”*

Os adolescentes que frequentam a escola apontam gostar dos momentos dedicados ao recreio e às aulas de educação física e também indicam que ir a escola é positivo por estarem em um ambiente diferente de casa e lá podem estar e conversar com seus amigos.

Já outros adolescentes apontam não gostar de ir à escola, relatando aspectos como não gostar de estudar, tédio por ter que permanecer sentado e escrever e também pelas faltas excessivas dos professores, pois os substitutos muitas vezes não seguem a matéria, vão apenas cobrir o outro profissional.

A escola é reconhecida como um ambiente fundamental ao desenvolvimento de crianças e adolescentes, pois além de promover a educação e aprendizados, amplia o desenvolvimento dos sujeitos como cidadãos, sendo um espaço que possibilita a ampliação dos relacionamentos no próprio contexto escolar, como também na comunidade. (DESSEN, POLONIA, 2007; MARQUES, DELL”AGLIO, 2013).

Segundo Marques e Dell”Aglío (2013) um aspecto importante a ser destacado nas relações entre o aluno e a escola é a confiança, a qual é desenvolvida a partir da acolhida, reconhecimento, na construção dos vínculos, aspectos que serão fundamentais para a permanência do adolescente no ambiente escolar e no entusiasmo do adolescente por este espaço. Neste sentido a literatura vem apontando a relevância da escola desenvolver ações que sejam criativas e estimulem a participação e envolvimento dos adolescentes, através de atividades que façam parte do currículo e também práticas extracurriculares buscando a vinculação entre aluno, escola, família e comunidade (BRASIL, 2006).

Os DSCs, a seguir, revelam sobre seus relacionamentos no contexto escolar.

*“Tá de boa com os professores e com os amigos é bom, normal.”*

*“Com os professores é ruim, às vezes eles não dão muita explicação, passam coisas repetente, ah como que se diz, eu vou pra marcar presença porque eu não gosto*

*de ficar escrevendo, aí eles também ficam brigando comigo toda hora, por isso eu não converso muito com os professores não.”*

*“Não tenho muitos, é todo mundo mais novo que eu por isso a gente não fica conversando em sala de aula, fazendo zueira essas coisas não.”*

*“Ai eu não gosto de matemática, não gosto de português e também de ficar escrevendo.”*

Os adolescentes revelam que os relacionamentos na escola apresentam-se fragilizados, pois a relação com os professores não é muito satisfatória e também parece que a relação com os amigos é escassa, já que não possuem muitos, esboçando novamente a exclusão e diminuição das possibilidades de engajamento desses sujeitos, como também expressam possuir dificuldades em relação às matérias, como a matemática.

Devido à imensa importância colocada na escola em relação ao desenvolvimento dos adolescentes, na contribuição da construção e aprimoramento de habilidades, formação da identidade, aperfeiçoamento e elaboração de valores, formação educacional e cidadã, dentre muitas outras, aponta-se a importância de ações intersetoriais, como por exemplo, a busca de maior aproximação da equipe escolar com esses adolescentes, no sentido de pensar, proporcionar e desenvolver ações em conjunto com o CAPSad e outros serviços da saúde, cultura e assistência social. Elaborar estratégias de inclusão desses adolescentes colocando-os e suas famílias como agentes centrais dessas ações, pois assim possibilidades mais concretas de intervenção serão possíveis.

Já os quatro adolescentes participantes deste estudo que não estavam vinculados à escola falaram sobre como compreendem sua saída deste contexto, conforme ilustram os DSCs, a seguir.

*“Não sei, porque sei lá, acho que sei lá.”*

*“Eu não gosto de estudar.”*

*“A minha mãe tá tentando arrumar vaga, só.”*

*“Porque eu conheci um rapaz, a gente começou a namorar e eu comecei a usar droga junto com ele. Depois ele me proibiu de ir pra escola, porque tinha muitos meninos lá, aí eu não fui mais pra escola.”*

Verifica-se que os alguns adolescentes não souberam dizer sobre a saída da escola. Parece também ser comum a alguns adolescentes a autoresponsabilização pela desvinculação do contexto escolar, justificativa esta que, desprovida de maior crítica, possivelmente soma-se à carga de frustração, senso de incompetência ou autoestima que, como se sabe, podem relacionar-se a chances mais positivas de enfrentamento dos desafios que estão colocados para estes adolescentes.

Esses resultados vão ao encontro dos achados da pesquisa de Scisleski e Maraschin (2009) com adolescentes usuários de drogas internados e que cometeram atos infracionais, pois os adolescentes visualizam a situação em que se encontram somente por um viés, o individual, sem levar em conta o trajeto percorrido por ele e as questões de vulnerabilidade e socioeconômicas inerentes aos contextos onde vivem.

Importa destacar que a desvinculação do espaço escolar implica em rebatimentos importantes no cotidiano e nas possibilidades de inserção social tanto para o momento presente, quando estão demandando por atenção e por oportunidades de estabelecimento de rotinas e de interação entre pares, quanto em termos futuros, especialmente se considerarmos as oportunidades de engajamento social, qualificação profissional, dentre outros.

Além da escola, os adolescentes falaram sobre como é para eles conviver ou estar em outros contextos fora do CAPSad. Os DSCs revelam como o fato de ser usuário (ou ter sido) se reflete neste dia a dia, nas expectativas dos adolescentes sobre estes relacionamentos, dentre outros, conforme ilustram os DSCs, a seguir.

*“Meu vô fala: ô maconheiro. Ah que se dane também, já a minha mãe me chama de vagabundo toda hora né, pra ela eu sou vagabundo, mas minha vó é a que mais critica.”*

*“Diferente, porque a maioria das famílias tem a mãe e o pai ali toda hora chamando a atenção, sempre tá ali no pé, sempre tem hora pra voltar e isso eu não tive,*

*é onde eu fico um pouco, vamos se dizer assim, com inveja , não vou mentir, às vezes tenho um pouco sim. Pô meu ela tem a mãe, tem o pai ali do lado e porque eu não poderia ser assim? O que eu fiz errado na vida? Será que o erro foi meu ou foi dos meus pais?”*

Os relatos dos adolescentes demonstram o estigma colocado a eles por parte dos familiares e da sociedade, apontando desconfianças, sendo atribuídos a eles xingamentos, o que pode contribuir ainda mais para as impossibilidades de estar e de se relacionar, fomentando as situações de isolamento e exclusão muito vivenciadas por eles. Os adolescentes também revelam o quanto é sofrido para eles não receber apoio e serem incompreendidos pelos familiares.

O uso de drogas pode ser compreendido nos serviços de acolhimento a esses sujeitos, por familiares e pela comunidade como um todo, como um problema de ausência de caráter do indivíduo, culpabilizando-o muitas vezes pelo uso e cobrando mudanças individuais. Tais posturas dificultam a busca por ajuda e o acesso aos serviços (RONZANI, 2014). Ressalta-se, portanto, a importância do fortalecimento das redes de apoio para esta população, tanto no que se refere à quantidade como à qualidade das mesmas, para estimular e oferecer possibilidades de trocas de experiências, afetos, aprendizados, oportunidades de subjetivação e de contratualidade (MATSUKURA, 2013; BRASIL, 2014b).

Já outros discursos ressaltaram a família como rede de suporte dos adolescentes, como pode ser visto a seguir.

*“Eu me sinto muito querida no lado da minha família, porque eu sei que todo mundo me ama e que é ela que me dá mais força pra permanecer limpa, sem o uso de droga. A minha mãe, por exemplo, apesar de brigar muito, ela me abraça e me beija quando ela tá calma.”*

Revela-se aqui que os adolescentes identificam a família como suporte nas situações difíceis, quando necessitam de orientação e o quanto essa relação é importante, pois sentem-se protegidos e queridos ao lado de seus familiares.

Esses resultados caminham na direção dos achados da pesquisa de Vasters (2013), na qual a qualidade do suporte oferecido aos adolescentes pela rede de apoio de adolescentes usuários de drogas foi avaliada e apontou que a maior parte dos adolescentes entrevistados revelou receber apoio nos momentos de incertezas e dúvidas, serem respeitados e receberem cuidados quando ficam doentes. A literatura aponta que o suporte, o bom relacionamento com filhos, zelo e afetividade oferecidos pela família aos adolescentes são fatores que podem ser protetivos ao uso de drogas (SCHENKER, MINAYO, 2005). A literatura aponta também que o apoio oferecido pela família no tratamento aos adolescentes que fazem uso de drogas é verificado como determinante para adesão do tratamento (VASTERS, PILLON, 2011).

Os adolescentes também falaram mais especificamente em relação aos amigos, como revelam os DSCs, a seguir.

*“Eles não tem preconceito não, mas muitos deles acham que eu ainda tô jogada ao vento. Na escola a molecadinha de dez anos correm dona, com medo de mim, já os outros são legais comigo.”*

*“Eu não tenho muita amizade agora, primeiro que eu não tô indo na escola e é na escola que a gente faz mais amizade, segundo que eu tô muito mais reservada, eu não tô mais conversando com qualquer um. Amigo pra mim tá difícil fazer por enquanto.”*

*“Tenho só as minhas irmãs, só a minha família. Os outros, só cumprimento. A minha mãe me ensinou você pode cumprimentar, você pode conversar só não se envolver.”*

*“Normal, depende o amigo né, por exemplo, tem amigo que eu vou só pra usa droga sabe e tem amigo que fica de boa, só conversando, toma guaraná, conversa.”*

Nos relatos fica em destaque a ausência de amigos pelos adolescentes, foco deste estudo, fato que chama a atenção, pois a adolescência é uma fase em que os adolescentes geralmente possuem muitos amigos e valorizam a relação dos pares. Este resultado reforça as considerações sobre a crescente desvinculação dos adolescentes das

oportunidades de relacionamentos e inserção social, ou seja, a crescente exclusão social que se coloca como uma bola de neve nos diferentes contextos de vida cotidiana. Neste estudo, os adolescentes mais uma vez vivenciam situações de isolamento, pois os que desejam ficar longe do uso de drogas não possuem ou possuem poucos amigos, pois a maior parte de suas amizades anteriores faz uso de drogas. Além disso, indica-se que a quantidade restrita de amigos está também vinculada à impossibilidade de ter a escola como contexto de relacionamentos. Por outro lado, o reconhecimento desta realidade indica a premência de considerar que as ações de atenção e cuidado desenvolvidas pelos CAPS ad a adolescentes devem focar esforços na ampliação das redes sociais, do uso do território em seus diferentes contextos, na concreta dimensão da inclusão social (SALLES, BARROS, 2013).

Sobre suas famílias e relacionamentos familiares, os discursos revelam que são instáveis e possuem conflitos, devido à imposição de regras e de alguns comportamentos dos familiares, como expressam os discursos a seguir.

*“O relacionamento lá em casa é meio todo mundo se ama. Quando tá tudo calmo, todo mundo brinca e ri, quando tá todo mundo estressado, a gente briga, mas daqui a pouco dá cinco minutos tá todo mundo rindo de novo. É a assim o ambiente lá em casa, é muito um pouco tá lá em baixo, daqui a pouco tá lá em cima. É muito instável.”*

*“Ah com a minha mãe? Mais ou menos, porque quer que eu faça coisas que não quero fazer. Já com a minha vó é ruim, não tem conversa, ela não quer que eu fique saindo muito de casa e aí já dá briga, eu acho que o certo é eu e minha mãe sair de lá porque não dá pra morar com ela e com meu irmão. Então é mais ou menos.. porque meu irmão também é muito chato.. ele quer mandar.”*

Os adolescentes relatam que o relacionamento com os familiares é instável, pois desafiam regras e decisões impostas a eles, reforçando o que a literatura revela sobre essa questão. Nesta fase há geralmente o aumento de discussões e conflitos devido à necessidade de negociação constante entre os membros da família com o adolescente, destacando o papel fundamental do diálogo no ambiente familiar.



c) Eixo 3: As drogas

Este eixo envolveu a análise de três questões, as quais abordaram a relação dos adolescentes com as drogas desde o início do uso, qual a relação da droga em suas vidas e como compreendem os motivos para o consumo de drogas.

Em relação ao início do envolvimento com as drogas identifica-se que os adolescentes atribuem como motivos para o início do uso os eventos estressores vivenciados na infância e adolescência, porém a curiosidade, influência dos pares e também um desejo individual dos adolescentes foram explicitados, como pode ser observado nos DSC a seguir.

*“Os amigos influenciam toda hora ficavam falando pra eu fumar ai eu comecei a usar e também o meu namorado, ele usava ai eu falei vou usar também assim ele vai gostar mais de mim porque a gente vai ficar mais junto, e foi isso que aconteceu. A gente foi ficando junto e eu comecei a usar droga junto com ele, mas acho que com a maconha eu ficava de boa sabe, é uma droga assim você fuma e não dá vontade de mais, já a cocaína dá.”*

*“Eu tinha muita curiosidade também.”*

*“Eu usei droga por mim mesmo, não foi por ninguém não.”*

*“Porque eu fui muito pressionada quando eu era pequena era uma carga muito grande pra uma menina de 11, 12 anos e juntando com a minha revolta, sabe pô tudo nas minhas costas caramba. Depois minha avó foi embora e me deixou aqui com a minha mãe, ai meu padrasto e minha mãe começaram a beber e começou muita briga. O meu padrasto não deixava eu, tinha obsessão por mim, mas minha mãe não botou ele pra fora, botou eu, aí eu já desgostei da vida. Depois disso meu primeiro namorado faleceu, foi onde que eu não tive mais apoio da minha família pra ficar bem e onde que eu entrei mesmo em drogas lindo porque senão eu ia ficar chorando o dia inteiro, eu ia ficar passando mal. Aí eu comecei a usar droga foi por isso sabe.”*

*“Eu tinha depressão, aí o meu irmão me humilhava demais aí o meu pai me humilhava, aí um dia eu cansei de tanto eles me humilharem aí eu peguei e comecei a usar droga.”*

Identifica-se que a vida dos adolescentes foi permeada por situações difíceis, fazendo-se presentes muitas vezes desde a infância, por meio de conflitos familiares, ausência de diálogo, separação dos pais, abandono e morte de pessoas próximas, excesso de responsabilidades. Pelos relatos de alguns adolescentes compreende-se que tais vivências geraram sentimentos de revolta, desânimo e incompreensão, sendo estas suas justificativas para o uso de drogas.

Sobre a vivência de conflitos e dificuldades de relacionamento no contexto familiar observado neste estudo, a literatura aponta que um ambiente familiar com muitas discussões, a falta de diálogo e afetividade entre os membros da família, a separação dos pais, os fatores estressantes da vida e dificuldades para elaborar e solucionar problemas podem ser considerados fatores de risco para o uso de drogas (BAUS, KUPEK, PIRES, 2002; SCHENKER, MINAYO, 2005). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Vasters e Pillon (2011), onde fatores como a separação dos pais, morte, sentimentos de raiva, solidão, ansiedade, aumentam as possibilidades dos adolescentes consumirem drogas.

Verificou-se também nos relatos dos adolescentes outros motivos para o uso, como a curiosidade, a influência dos amigos, a vontade, o desejo de consumir drogas. Esses resultados estão em consonância com os achados de pesquisas, as quais revelam que os adolescentes buscam o uso de drogas procurando por satisfação, prazer e também pela possibilidade de fuga das experiências traumáticas vivenciadas e dos problemas atuais (KESSLER et al., 2003; PEREIRA, SUDBRACK, 2008).

Os adolescentes também foram solicitados a falarem sobre como entendem a droga em suas vidas e sobre o uso das mesmas. Os discursos indicam que os adolescentes apontam aspectos positivos relacionados ao uso e, também, aspectos negativos. Sobre os aspectos positivos, os adolescentes destacam que as drogas proporcionam sensações prazerosas, de alívio e bem estar, aumento do apetite e apontam como exemplo a maconha. Outro aspecto identificado nos relatos foi a relação dos adolescentes com as drogas, principalmente a maconha e a cocaína, como revelado por eles. Os adolescentes deste estudo possuem uma relação importante com a maconha, pois acreditam que esta é uma droga natural, pois advém de uma planta e que pode ser menos prejudicial que o cigarro, por exemplo. Já sobre a cocaína, os adolescentes julgam que a mesma é mais prejudicial e causa um desejo mais intenso de consumir novamente a droga, dentre outros.

O DSC a seguir, apresenta a compreensão dos adolescentes sobre o uso de substâncias e o impacto em suas vidas.

*“É uma coisa boa e é uma coisa ruim. A droga tem seu lado ruim e seu lado bom. É boa porque dá uma sensação boa, ela me alivia. Por exemplo, a maconha, ela me dá fome e sono, então eu durmo cedo e me alimento bem, então até que faz bem come e dorme, não tem briga, não tem nada. Você fica mais calmo, fica mais leve, você pensa mais, você reflete mais, agora é ruim porque ninguém gosta e fica todo mundo com mau olhado pra você. Também se eu cheiro eu perco a fome e o sono, é onde que eu fico dias acordado e é ruim porque acaba com as coisas dentro de mim, acaba com os neurônios né.”*

Verifica-se nos relatos dos adolescentes o destaque conferido à maconha em relação aos seus aspectos positivos identificados no dia a dia dos mesmos, como sensação de relaxamento, alívio, aumento do apetite, sono tranquilo, diminuição das discussões e aumento de pensamentos reflexivos, em detrimento aos efeitos da cocaína, que são considerados muito negativos pelos adolescentes, como diminuição do apetite, desregulação do sono e destruição de neurônios.

Os resultados reforçam o que os estudos realizados com essa população em CAPSad têm revelado, nos quais os adolescentes correlacionam o uso de drogas a sensações de prazer, relaxamento e diversão e também ao aumento do apetite (ALMEIDA, 2010; VASTERS, PILLON, 2011).

Mais especificamente em relação ao uso da maconha tem-se o estudo de Pereira e Wurfel (2011), sob a perspectiva da redução de danos e que buscou conhecer o pensamento de usuários de drogas sobre o uso de maconha durante o tratamento para abuso do crack com dez participantes do sexo masculino, entre 15 e 36 anos, (destes sete eram adolescentes), em tratamento nos CAPSi e CAPSad na cidade de Santa Maria-RS. Alguns participantes relataram que a maconha diminui a fissura causada pelo crack e que não é uma droga prejudicial, também relataram a diminuição de atos ilícitos menores gastos financeiros destinados a droga e não comprometimento das atividades do dia a dia ao usarem a maconha, no entanto, os autores apontam a necessidade de novos estudos serem realizados na possibilidade de maior compreensão do uso da maconha na redução do uso de outras drogas.

Verifica-se na literatura que há diferentes opiniões em relação ao uso da maconha, as quais ressaltam os prejuízos (OLIVEIRA, et al., 2012), como a diminuição da atenção e memória, ansiedade e paranoia e o uso crônico, que pode causar déficits de aprendizagem, apatia e improdutividade classificada como síndrome amotivacional, humor deprimido, dentre outros; e possíveis benefícios, como sensação de relaxamento, euforia, aumento de prazer sexual (RIGONI, OLIVEIRA, ANDRETTA, 2006), além de ser uma droga pouco tóxica quando comparada aos outros tipos de drogas (NERY, et al., 2012).

Também se observa que nos próprios debates no âmbito legislativo sobre descriminalização das drogas há ainda muitas discordâncias sobre o assunto, as quais tem se pautado também nas experiências de outros países que adotaram a não criminalização da maconha para uso pessoal, como Portugal e Uruguai (VALÉRIO, 2012; FIORI, TÓFOLI, 2015). Assim aponta-se a importância de novos estudos serem realizados buscando aprofundar-se sobre o uso da maconha na adolescência, sobre as concepções positivas dos adolescentes e sobre as possibilidades ou não do uso dessa substância em ações de redução de danos.

Já sobre os aspectos negativos, os adolescentes indicam que as drogas geram discussões na família, provocam mudanças de comportamento, interrupção de planos, interferem negativamente nas atividades e relações cotidianas, como a escola, amigos e na dinâmica familiar. Os DSCs a seguir ilustram essa dimensão.

*“Ai uma merda, uma desgraça que acabou com a minha vida. Eu não ia nem pra escola, eu ia na escola às vezes, eu ficava sempre na rua. Ai eu chegava em casa e quebrava tudo e era isso. Bom não vou mais falar que acabou com a minha vida porque eu tenho muita coisa que fazer ainda lá na frente, mas acabou com o meu passado... Eu podia já ter terminado os estudos, eu podia tá entrando numa faculdade, podia já ter feito muito mais cursos, podia ter me desenvolvido no esporte porque eu queria ser um atleta bem sucedido. Ai agora que eu fui internada e voltei, agora eu não faço que nem eu fazia antes e eu vejo que eu não ganhei nada com drogas, só ganhei falta de respeito dos outros, só me diminuí, me menosprezei, fiz a minha mãe passar por um desgosto muito grande, minha família. Então, acabou com tudo”.*

*“É um problema, atrapalha um pouco né, por exemplo, com o relacionamento com a minha mãe”.*

*“Antes eu gostava, eu usava muito, então antes de eu ser internada, pra mim droga era tudo, eu pensava eu vou usar porque é da hora e todo mundo usa e se eu parar não vai ter graça”.*

Sabe-se que o uso abusivo de drogas pode trazer danos agudos ou permanentes, dependendo das características do sujeito, intensidade do uso e tipo de droga e que na adolescência esse risco torna-se maior, devido à vulnerabilidade que permeia esta fase da vida e às transformações fisiológicas e cerebrais, que são intensificadas neste momento (MARQUES, CRUZ, 2000; UNICEF, 2011). No entanto, também é reconhecido que nem todo uso pode ser considerado patológico e que a necessidade de tratamento deve ser discutida com profissionais da saúde e saúde mental (BRASIL, 2014b).

Os relatos indicam o impacto da droga em suas vidas, e a partir deles é possível compreender mais um aspecto que se soma à complexidade de ações de cuidado que envolve os adolescentes usuários de drogas. Os adolescentes, assim como a maior parte dos usuários adultos, têm claro quais os prejuízos que o uso vem acarretando, expressam a intenção de alterar esta condição, como apontam também alguns estudos (VIEIRA, et al., 2010; VASTERS, PILLON, 2011). No entanto, é possível supor que efetivar esta transformação é ainda mais difícil nesta fase da vida, na qual, além da maturidade ou de ferramentas para lidar com desafios que ainda estão em processo de elaboração e aprendizado, somam-se as vivências de exclusão social e desengajamento como aqui já destacadas.

Assim, considera-se que esta perspectiva deve ser considerada nas práticas de cuidado a essa população, sendo fundamental que os profissionais envolvidos nas ações voltem o olhar para essa questão, pois ela pode auxiliar no planejamento de intervenções com os adolescentes e contribuir para que as ações sejam mais singulares.

#### *d) Eixo 4: Sobre o CAPSad*

Este eixo envolveu sete questões relacionadas à chegada do adolescente ao serviço, às mudanças envolvidas durante o período que frequentou a instituição, suas percepções sobre o serviço e sobre os grupos e atividades que participavam.

Ao falarem sobre o momento de chegada ao CAPSad, os adolescentes descrevem o percurso desde o início do uso de drogas até o momento em que chegaram ao serviço, como pode ser observado nos DSCs a seguir.

*“Nossa eu comecei a usar droga quando tinha 12 anos. Eu morava com a minha mãe, com o meu pai e com os meus irmãos, aí meu pai separou da minha mãe, então eu já fiquei mal só que eu não comecei a usa droga por causa disso, dai fiquei revoltada com a minha mãe porque, por conta da igreja ela é muito, muito rígida e então a gente não podia usar calça, a gente não podia ouvir música, não tinha televisão em casa e também eu que cuidava dos meus irmãos porque minha mãe trabalhava de dia, eu que fazia comida, eu que limpava a casa e meu irmãozinho é muito nervoso e eu tinha que cuidar dele. Mas também um defeito meu é que eu sou muito curiosa sabe nessa parte da droga e do lado de casa tinha uma quadra, e dava um monte de traficante lá e eles ficavam usando droga e foi aí que eu fui olhando e comecei a fumar maconha, só que minha mãe só veio descobrir que eu tava usando droga quando eu entrei no crack. Eu comecei a fumar maconha e eu pingava colírio no pra não chegar em casa com o olho vermelho. Teve uma época que eu comecei cheirar, já descobri a cocaína, mas eu já fugia de casa porque eu não aguentava mais a pressão e já fugia de casa. Comecei a cheirar, só que minha mãe também não percebia, eu cheirava dentro de casa e ela não percebia, porque é meio ignorante nessa parte droga, ela achava que era meu jeito agitada, mas ficava mais agitada ainda, mas ela não percebia. Aí foi que eu fui morar com o meu pai e eu ficava muito sozinha lá, então eu comecei a usar mais droga ainda a cheirar, cheirar, cheirar. Já não lembro direito como que foi que eu entrei no crack, não lembro quem me ofereceu, como que foi, na certa eu estava muito louca em algum lugar e experimentei e aí fiquei meses fora de casa e aprendi a roubar, furtar mercado sabe, e comprava um monte de droga e ficava usando. E foi piorando, piorando o bagulho estava bem loco porque eu não comia, não dormia, comecei a ter convulsão, caía de cara quebrei quatro dentes da boca e quando eu acordava eu nem lembrava quem era a pessoa que estava na minha frente. Junto com isso também nos B.O. que eu tinha com a justiça eu não comparecia, aí eu fui presa, fiquei na FEBEM por uns meses e aí depois minha mãe me internou e aí eu fiquei seis meses lá internada”.*

*“Foi amigo de escola, um colega, eu conheci ele na escola mesmo né, eu já tava meio nervoso, tinha brigado com a minha mãe, a minha avó tinha ido embora pra outra cidade, aí ele ofereceu, eu peguei, fumei e comecei a fumar direto depois”.*

*“Aí eu cheguei aqui porque eu estava usando droga, aí minha mãe descobriu, porque na escola a diretora já sabia que eu estava usando porque eu levava pra escola, sabe as meninas compravam de mim e aí um dia falaram pra ela que eu estava usando dentro da escola e ela me chamou na sala dela e conversou, falou que era pra eu parar, mas que não ia falar nada pra minha mãe. Mas um dia eu briguei com uma menina e a professora me expulsou da escola e falou pra minha mãe. Então foi assim, primeiro eu vim o ano passado, aqui no CAPS, minha mãe foi no conselho tutelar, aí a moça do conselho encaminhou eu pro CAPS, a primeira vez. Aí eu vim acho que umas quatro vezes, e eu não quis vir mais. Mas aí eu e meus amigos fomos tentar roubar uma moto e não deu certo, a polícia pegou, aí teve audiência, aí o promotor perguntou se eu estava usando droga, eu falei que estava aí me encaminhou aqui pro CAPS de novo”.*

*“Eu não lembro direito, acho que foi minha mãe que me trouxe. Uma vez ela viu eu fumando maconha no ponto de ônibus e ela procurou pelo juiz uma internação só que aí o que eles deram o que eles podiam ajudar era só pelo CAPS, mas já era na época que eu já estava no crack já. Aí a primeira vez que eu vim pra cá eu fiz a triagem, fiz exame, aí depois já comecei a vir nos grupos de adolescente, mas eu conheci um garoto que usava crack também e aí nós fugimos, fomos usar, aí eu comecei a usar bastante droga, todo dia, foi aonde eu desandei e nunca mais apareci, aí só agora que eu fui internada que eu voltei a vir.”*

Verifica-se que os adolescentes relatam terem chegado ao serviço através das mães, as quais foram orientadas a buscarem o CAPS em diferentes setores da rede, como já pontuado no Quadro 1 e exemplificado pelos adolescentes em seus relatos. A partir dos relatos é possível também aprofundar a compreensão sobre os processos anteriores de vínculo com o próprio serviço e/ou outros e nas reincidências de uso.

Novamente se verifica que os adolescentes ao relatarem como aconteceu o envolvimento com as drogas, reforçam o conjunto de motivos atrelados a esse uso, como vivências permeadas por conflitos, sobrecarga de responsabilidades, revoltas, curiosidade, perdas e influência dos amigos. Alguns adolescentes também relataram

como foi desde o início o processo do envolvimento com cada droga começando com a maconha, passando pela cocaína e chegando até o crack. Esses resultados vão ao encontro dos achados da pesquisa de Sanches e Nappo (2002) que aponta que a progressão do uso de drogas envolve não apenas a decisão do sujeito, mas também disponibilidade da droga, interferência do tráfico, campanhas de prevenção, dentre outros.

Os resultados também estão a par com a literatura que indica o percurso comum de uso, que geralmente se inicia com drogas consideradas mais leves, como álcool, cigarro e maconha e progredem para o uso de substâncias mais agressivas e de maior dependência (ALMEIDA, 2010; MANCILHA, 2015).

Vale também retomar a dimensão do desafio para a interrupção e/ou alteração deste percurso de uso sob a perspectiva da redução de danos. Nos relatos dos adolescentes evidencia-se a fragilidade de ações e de situações do cotidiano que acabam por, se não reforçar, sustentando a continuidade de uso. Esta condição da realidade, que reúne condições e situações de risco que se somam, é denominada na literatura sobre risco e proteção, como mecanismo de risco (POLETTO, KOLLER, 2006).

Não obstante, independente do referencial teórico que se pode adotar para compreender e intervir importa reconhecer que esta realidade está colocada e os resultados deste estudo evidenciam que o uso de drogas vai desenhando o cotidiano dos adolescentes, colocando-os em situações que favorecem o uso e ao mesmo tempo produz situações de exclusão em várias esferas da vida desses jovens, sendo citados pelos adolescentes o envolvimento com a justiça e as internações. Nesse sentido é fundamental também dar foco às ações de promoção e prevenção relacionadas ao uso de drogas, voltadas aos adolescentes e familiares, que devem ser planejadas e executadas não em uma posição de repressão e combate, usualmente utilizadas, mas sim com informações de acordo com a realidade desses sujeitos e principalmente com o envolvimento e participação dos adolescentes, familiares e profissionais de diversos serviços, nos diferentes setores, como educação, saúde, assistência social, judiciário, cultura, dentre outros.

Ao falarem sobre o momento de chegada ao CAPSad, os adolescentes expressam não gostar e não compreender o que fariam no serviço, além de outros sentimentos. Os DSCs, a seguir, revelam este momento.



*“Quando eu cheguei aqui, no começo, eu odiei dona, eu não queria vir, eu vinha por obrigação.”*

*“Não gostei porque tinha que passar bastante tempo aqui, mas isso foi quando eu usava droga porque eu falava: isso aqui é uma porcaria, eu não vou não, o que tem a ver os outros ficarem sabendo da minha vida? Eu pensava assim, só que agora eu penso diferente.”*

*“Quando eu cheguei me obrigaram a fazer um teste... eu pensava que eu ia ser internado se eu fizesse.”*

*“No começo eu achei meio estranho, porque eu nunca tinha vindo aí ficavam perguntando, e eu pensava que ela ia perguntar outras coisas, de droga assim, mas ela ficava só perguntando do dia a dia e outras coisas, aí foi estranho.”*

*“Eu fiquei com vergonha das pessoas que tinham aqui, mas eu acho que foi vergonha de mim mesmo.”*

Verifica-se que os adolescentes ao chegarem ao serviço apontam sentimentos de medo e angústia sobre o que seria realizado nesse espaço desconhecido por eles, sendo que alguns adolescentes relacionavam o serviço a internação. Os adolescentes também apontam sentimento de vergonha em relação a situação que se encontravam e colocam que ao chegarem ao serviço apresentaram muitas dúvidas e receios em relação aos procedimentos que foram realizados, como diversos questionamentos e a realização de testes para verificar se havia a presença ou não das substâncias no organismo.

Os resultados permitem compreender como o momento de chegada e as impressões iniciais do serviço podem ser fundamentais para a permanência e aderência no mesmo. Assim, importa reforçar a relevância do acolhimento, que muito além de um primeiro contato do adolescente com o serviço, pode ser ferramenta fundante e representa uma potência para a efetivação do cuidado.

Em consonância com estas considerações, ainda que focalizando a população adulta, estudos apontam a importância do acolhimento no cuidado aos usuários de drogas e colocam a necessidade de ser realizado no momento em que o usuário busca o serviço, pois considerando que essa população apresenta muitas oscilações em relação

ao tratamento e muitas vezes encontra-se em diversas situações de vulnerabilidade, pode não retornar mais ao serviço (ANDRADE, SOUSA, QUINDERÉ, 2013). Ainda, estudos que buscaram compreender as práticas de intervenção junto à população adulta usuária de drogas, destacam as dificuldades da equipe em realizar o acolhimento no dia a dia dos serviços, sendo executado no modelo de triagens, e apontam a necessidade dessas ações serem melhor executadas para favorecer a adesão das famílias e usuários aos serviços (WAGNER et al., 2010; MOURA, SANTOS 2011; ANDRADE, SOUSA, QUINDERÉ, 2013; XAVIER, MONTEIRO 2013). A partir dos resultados deste estudo pode-se compreender que realidade semelhante ocorre na atenção voltada para os adolescentes, na qual verificou-se também que o acolhimento no CAPSad foco deste estudo nem sempre é realizado no momento em que o adolescente chega ao serviço, funcionando dessa maneira em um sistema de agendamento e revelando a precariedade desta ação. Portanto, a relevância e demanda por aprimoramento dessa prática fica aqui explicitada e é reforçada como ferramenta para responder à realidade de baixa adesão da população adolescente aos CAPSad, buscando proporcionar um espaço favorável à vinculação do adolescente por meio do respeito e escuta de suas necessidades e realidades.

Ainda sobre a chegada dos adolescentes ao serviço, outros discursos revelam que os adolescentes apontam terem sido bem recebidos, encontrado amigos no grupo e que encontraram no CAPSad um local de apoio e ajuda, como pode ser observado nos DSCs a seguir.

*“Ah foi tranquilo, foi normal. Cheguei e fui bem recebido.”*

*“Eu encontrei uma amiga minha e comecei a vir aí eu gostei e até trouxe os meus desenhos, meu trompete, toquei pra eles verem, eu até comecei a gostar, mas aí a minha mãe me internou e agora já é mais legal.”*

*“Vim por vontade própria. No começo eu vinha mais por causa dos amigos, mas não venho forçado não, venho porque eu gosto, é legal tá dialogando, sempre tem uma pessoa que é pior que a gente né e a gente se reflete naquilo.”*

*“É uma ajuda né. Se a gente quer mesmo se ajudar, a gente tem oportunidade, tem as pessoas pra ajudar. Mas aqui é bom, porque tem você, tem as pessoas pra mim*

*conversar e me dá conselho, pra dizer o que eu poderia tá melhorando né no dia a dia pra ser uma pessoa melhor.”*

Mais uma vez se destaca a importância do acolhimento na vinculação e adesão do adolescente às ações e propostas de intervenção ofertadas a ele, pois alguns adolescentes apontaram não gostar do serviço no início, mas destes, os que permaneceram e participaram deste estudo, passaram a identificá-lo como local de apoio.

Em relação às atividades realizadas pelos adolescentes no serviço e se as mesmas ajudam no dia a dia, os discursos apontam que ajudam, como o fato de poder desabafar durante os grupos, se expressar mais, refletir, ter mais autocontrole, dentre outros, como pode ser observado nos DSCs a seguir.

*“É bom pro pessoal parar de usar droga. Todo mundo que é usuário tinha que fazer pra parar, pra ver como que a droga é ruim.”*

*“Ajudam a refletir, a pensar mais nas minhas atitudes, a não brigar com os outros e a respeitar mais.”*

*“A relaxar, eu fico mais relaxado no dia a dia.”*

*“Ajuda a eu me expressar mais com a minha família, falar o que eu tô sentindo, ajuda a desabafar um pouco e a conversar.”*

*“Ajuda. E o médico ajuda pra eu não usar droga né, pra não me dar vontade.”*

*“Sim me ajuda porque a gente tá sempre ali pensando na outra pessoa e não só na gente mesmo porque se a gente não fizer a melhora pra gente a gente não consegue fazer pros outros. Se a gente também piora, a gente, vamos se dizer assim, tá fazendo sempre alguma pessoa sofrer por causa disso.”*

*“O que eu mais gosto é de vim aqui e conversar com o povo daqui e com os amigos quando vem.”*

*“Eu gosto de vir aqui, de ir no grupo, porque é um horário que eu tenho pra conversar sobre o dia a dia, contar as coisas que tão dentro de mim, pra desabafar tudo que fica guardado e isso me faz bem, faz eu me expressar. Muitas coisas eu sinto que eu posso falar aqui, porque são pessoas seguras, que não vão sair falando pra ninguém, coisas que eu não tenho como falar com a minha mãe, já que eu sou muito fechada com ela porque ela não vai entender e pessoas lá fora também vão entender de outro jeito. Eu gosto mesmo de contar as coisas, pra não ficar preso aqui dentro porque machuca viu, fala sério.”*

*“Eu não gosto de ir no médico não, porque ele fica perguntando um monte de coisa e também faz eu fazer o exame.”*

*“O que eu menos gosto é de ficar tomando remédio porque me deixa às vezes meio retardada, me dá sono na hora errada, às vezes perdia a fome também.”*

Destaca-se, assim, a importância do CAPSad na vida destes adolescentes que se dá em meio a tantas situações de exclusão e de ausência de apoios. Tal relevância pode ser reforçada ao considerarmos as opiniões dos adolescentes aqui apresentadas sobre um serviço ainda bastante limitado nas ações de atenção e cuidado a adolescentes, na qual se pressupõem que tais benefícios seriam ainda maiores caso melhor cuidado fosse disponibilizado. Portanto os resultados deste estudo sustentam a relevância do papel destes equipamentos e, além disso, indicam a necessidade das ações destinadas a essa população serem potencializadas, aprimoradas e expandidas para além do CAPSad, sendo desenvolvidas no território e em parceria com outros serviços, como as escolas, CRAS, centros da juventude, unidades de saúde, dentre outros.

Alguns adolescentes também pontuaram ações realizadas pelo serviço que consideram negativas, como ir ao médico e tomar medicamentos devido aos efeitos adversos dessas medicações, como sono e perda de apetite. Mais uma vez a questão da medicação surge nos relatos dos adolescentes e ainda que não se tenha aqui a intenção de problematizar sobre o uso deste recurso, aponta-se para a relevante necessidade de

ações que contextualizem e esclareçam o uso da medicação tanto para os adolescentes quanto para seus familiares.

A equipe do CAPSad foco deste estudo não contava com o farmacêutico em seu quadro de profissionais, no entanto, pensar em parcerias do médico com os técnicos de enfermagem e enfermeiros do serviço faz-se uma ação importante, pois os adolescentes apontam dificuldades na compreensão dos efeitos adversos dos medicamentos, identificam muitas dificuldades nas atividades cotidianas devido ao excesso de medicamentos, como desregulação do sono, lentidão, dentre outras. Sugere-se também ações de compartilhamento de informações entre profissionais, adolescentes e familiares, tendo os usuários e familiares como coparticipantes na definição das ações de cuidado, o que poderia favorecer tanto o comprometimento e responsabilização pelo próprio cuidado, como também a eficácia de dispositivos de intervenções.

A seguir, apresentam-se os DSCs que revelam a percepção dos adolescentes em relação a possíveis mudanças em suas vidas após sua inserção no CAPSad.

*“Mudou um pouco, quase nada. A única coisa é que eu tenho que vir aqui uma vez por semana.”*

*“Eu não sei te descrever.”*

*“Mudou assim um pouco o meu modo de pensar antes de vir pra cá meus pensamentos eram muito férteis, qualquer coisa que os outros falavam pra mim eu não ligava e todo dia era: bebia, usava aquilo, usava aquilo.”*

*“Agora que eu tô são, que eu tô consciente das coisas que eu tô fazendo, o CAPSad tá me ajudando, o grupo tá me ajudando a ficar mais serena, a saber lidar com as outras pessoas.”*

*“Depois que eu vim pra cá, comecei a ter um pouco mais de noção da vida, parar pra pensar um pouco no que é bom ou não é.”*

*“Eu parei mais de usar as outras drogas, parei. Todo mundo falando que é ruim, que não é bom, todo mundo falando que acaba por dentro, aí eu fui vendo que é ruim e me deram mais remédio pra ficar com menos vontade, aí eu fui parando mais.”*

*“Mudou porque meu pai começou a me tratar bem, parou de me xingar.”*

*“As mudanças aconteceram porque eu quis mudar o que mudou, mudou de mim mesmo não foi por causa do CAPS. Lá fora eu mudei bastante já, mas a última vez que eu vim aqui eu fui falar com os caras que estavam aí porque eu conhecia um deles, mas eu não devia ter feito aquilo, porque a gente vem aqui é pra se preservar um pouco né e não quero me envolver de novo igual eu me envolvi e me ferrei, entendeu?”*

*“É uma forma que você tem de sair das drogas né, que vai te ajudar. Pra quem quer mudar é um lugar muito bom, agora pra quem não quer mudar, vocês psicólogos tão perdendo tempo, porque antes quando eu vinha, eu podia tá até feliz de tá vindo, mas não estava na minha mente de mudar. Na minha mente era: o que acontecer aconteceu, estava feliz vindo porque eu achava legal sair um pouco de casa e conversar com outras pessoas também. Porque eu gostava mesmo, gostava do efeito e ainda não tinha caído a ficha das consequências que estavam acontecendo na minha vida.”*

*“Pra mim ajuda, acho que vindo aqui eu consigo me controlar mais.”*

*“Se todo mundo, se todos os usuários viessem aqui, já seria um bom começo pra uma nova vida.”*

*“Eu acho ótimo, muito bom porque ajuda né, assim a gente tem sempre um apoio pra tá tentando melhorar, se a gente não tem da família a gente pode ter aqui. E também ajuda as pessoas, por exemplo: quando precisam ser internadas, na alimentação porque as pessoas vem aqui almoçam, elas conversam com outras pessoas, se precisam do passe de ônibus pra voltar pra cidade eles pagam, é isso.”*

Em relação às possíveis mudanças após passarem a frequentar o serviço (todos os participantes estavam no serviço há, pelo menos, seis meses) pode-se verificar que alguns adolescentes identificam mudanças como diminuição do uso de drogas e

mudanças de comportamento, como ficar mais reflexivos e pensativos em relação às ações do dia a dia e também relatam melhoras no relacionamento com a família. No entanto, outros adolescentes apontaram mudanças pequenas ou nulas depois que passaram a estar no CAPSad, ou ainda que as mudanças aconteceram por desejo próprio e não com o auxílio do CAPSad. Novamente aponta-se que mesmo diante da fragmentação e insuficiência das ações verificadas no serviço, os adolescentes identificam mudanças positivas e representativas em suas vidas, o que reforça a importância destes equipamentos no cuidado da população adolescente. No entanto, muito há que se avançar, especialmente quando se considera que a realidade do CAPSad foco deste estudo é semelhante a de outros serviços desta natureza, conforme indicam estudos desenvolvidos nestes equipamentos (VASTERS, 2009; VASTERS, PILLON, 2011). Assim, para aproximar as ações de cuidado às premissas da reabilitação psicossocial e das próprias políticas públicas do setor, é preciso avançar em diversas direções como, por exemplo, no empoderamento desses sujeitos e no envolvimento concreto em suas próprias ações de cuidado, na corresponsabilização de outros serviços neste cuidado, nas ações e práticas intersetoriais, nas ações e oportunidades no território, dentre outras (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2014b). Especificamente no contexto onde o estudo foi realizado, por exemplo, há um centro da juventude, no qual poderia haver parcerias entre o mesmo e o CAPSad, proporcionando novas oportunidades de engajamento em atividades de pertencimento.

Os participantes foram perguntados sobre os profissionais do serviço, especificamente, se os mesmos reconhecem a realidade dos adolescentes. Os DSCs a seguir revelam essa dimensão.

*“Acho que não, porque outra pessoa não pode reconhecer exatamente o que a gente passa, porque não tá passando igual a gente, mas pode ter uma noção.”*

*“Sim, eu acho que pelo menos a terapeuta ocupacional, a psicóloga e a pesquisadora reconhecem. Por exemplo, a psicóloga que eu estava passando, ela conversa bem, ela me deu conselho, ela brincou comigo, eu já falei um monte de coisa.”*

Verifica-se que alguns adolescentes identificam que alguns profissionais do serviço reconhecem sua realidade, já outros apontam que não. Evidencia-se diante das falas dos adolescentes que há profissionais com postura mais ampla de acolher o adolescente e compreender as complexidades inseridas no cotidiano destes, por meio da escuta, afeto e vinculação com esses sujeitos. É importante dar foco a esta questão, pois os adolescentes possuem um número pequeno de pessoas e espaços com quem podem contar e o CAPSad é identificado como um local de apoio.

A percepção dos adolescentes sobre a não afinidade e compreensão dos profissionais sobre o que vivem parece pertinente se retomarmos o próprio relato dos profissionais, conforme apresentado na seção anterior, quando indicam o estranhamento ou a indisponibilidade de trabalhar com a população adolescente. Assim, novamente aqui evidencia-se a necessidade de ações anteriores e específicas, na formação e capacitação desses profissionais, de supervisão da equipe, para que esse encontro seja potente.

e) *Eixo 5: A vida em curso*

O último eixo envolveu oito questões relacionadas às mudanças ao longo da vida dos adolescentes, as coisas boas e difíceis que possuem na vida, aos sonhos e desejos e às perspectivas futuras.

Ao falarem sobre o que acham que mudou da infância para este momento da adolescência, os adolescentes o fizeram a partir de situações de suas vidas no contexto familiar, escolar e outros como pode ser observado nos DSCs, a seguir.

*“Acho que piorou, por causa da minha vó. Antes tinha menos briga que agora; agora briga muito sabe dona.”*

*“Repeti de ano e parei de ir na escola, mas parei porque eu quis, não tem nada a ver, mas era pra eu ter terminado a escola e tá fazendo uma faculdade já.”*

*“É mudou só que eu fumo cigarro, que antes eu não fumava, bebo que antes eu não bebia fumo, enfim, as drogas.”*

*“Ah quase nada.”*



Sobre as mudanças relacionadas desde a infância até o momento da adolescência, alguns participantes revelaram aspectos negativos em relação às transformações. Apontam que neste momento de suas vidas possuem problemas no relacionamento familiar, passaram a usar drogas, dificuldades e problemas escolares e outros ainda revelam não identificar mudanças.

Outros adolescentes relatam as mudanças ocorridas nesse período a partir de si próprios, como revela o DSC, a seguir.

*“Em mim mudou muita coisa sabe, eu era muito revoltadinha, não estava nem aí com nada, se foda, já era. Ah e não vai fazer lição, não vai dá atenção na professora, se foda meu, não enxergava o futuro. Agora eu vou na escola e eu enxergo que se eu não se der bem ali eu não vou me dá bem lá na frente, o que que eu vou ser? Vou ser um zero a esquerda”?*

Outros adolescentes conseguiram identificar mudanças durante esse período da infância até a adolescência, apontando mudanças internas como passar a pensar mais no futuro, por exemplo.

Ainda sobre as mudanças, os discursos revelam que alguns adolescentes gostariam de voltar no tempo, pois tinham menos responsabilidades, mais sonhos, mais perspectivas futuras, como pode ser observado a seguir.

*“A diferença é que eu era uma pessoa, apesar de ser mais nova, eu tinha um pensamento pro futuro, sempre pensava, antes de fazer alguma cagada.”*

*“Eu queria voltar com o pensamento tipo uma criança, porque a gente tinha mais liberdade e não tinha responsabilidade, eu era mais inocente, os outros falavam as coisas pra mim eu não entendia e hoje, qualquer coisa que o outro fala pra mim, ou eu levo na maldade ou na esportiva. Como antes, quando eu era menor se alguém chegasse em mim e me xingasse, falasse um palavrão eu não entendia, mas agora se alguém me xinga, se xinga alguém da minha família, aí eu vou pra cima, já fico estressada. Meus pensamentos também mudaram bastante, porque quando eu era*

*criança, eu pensava que eu ia achar o meu príncipe encantado, que a gente ia casar e ia ser feliz e tudo, só que agora eu vejo que nada é conto de fadas, se a gente não lutar pelo que a gente quer a gente não vai conseguir e eu amadureci bastante também.”*

Os discursos em relação às mudanças da infância para a adolescência revelam que alguns adolescentes já percebem transformações em relação ao aumento de responsabilidades, expressam ter mais maturidade e refletem mais sobre as situações que vivenciam, reforçando o que os estudos têm indicado sobre a adolescência.

Foi requisitado aos adolescentes que pensassem sobre suas perspectivas futuras em três momentos: no momento atual, para daqui um ano e para daqui cinco anos. Os planos futuros são semelhantes de um período para o outro e envolvem: voltar a estudar, fazer faculdade, trabalhar, aquisição de bens pessoais, deixar de consumir drogas e auxiliar os familiares.

Em relação aos planos que os adolescentes possuem para a vida neste momento, o retorno aos estudos, o trabalho e deixar o uso de drogas foram elencados, como pode ser verificado nos discursos a seguir.

*“Meus planos são terminar de estudar e mais pra frente fazer uma faculdade, ser alguém na vida.”*

*“Arrumar um emprego bom, trabalhar pra poder ser independente, ajudar a minha mãe e a minha família.”*

*“Parar de usa droga...tentar parar né.”*

Em relação a um futuro próximo (considerando para um ano e/ou para cinco anos) os DSCs, a seguir, revelam suas perspectivas.

*“Daqui um ano eu não vou ter terminado de estudar eu acho, então quero continuar estudando.”*

*“Pretendo ter organizado a minha vida pra poder estar trabalhando e ajudando a minha mãe.”*

*“Não tá mais fumando.”*

*“Ter dinheiro guardado, tá pagando uma casinha que esteja no meu nome, tirando carta e com uma namorada né.”*

*“Ah acho que eu já vou tá mais quieto, eu não vou tá mais vindo no CAPS, vou tá mais quieto na escola, não vou mais estar saindo tanto pra rua.”*

*“Ter uma família, arrumar um marido bom, que me ame de verdade, que me respeite, que seja que acredite em Deus, que não seja nenhum adicto e ter um filho.”*

*“Planejando, trabalhando, estudando, tendo fé em Deus, criando mais cabeça, com muito esforço e dedicação e foco.”*

Além de falarem sobre como esperam estar no futuro próximo, os adolescentes disseram também sobre seus sonhos e desejos, como revelam os DSCs, a seguir.

*“Eu sonho em terminar meus estudos, fazer uma faculdade de Educação Física ou Medicina, eu quero ser bem sucedido na vida pra poder ajudar a minha mãe, poder dar um conforto pra ela que ela não teve quando ela era mais nova eu quero dar uma vida boa pra ela.”*

*“Bom o que eu sonho, é ter minha casa, ter uma moto, casar, ter filhos, e viver uma vida tranquila sem precisar ter briga, usar drogas, essas coisas... queria ter uma vida normal como se diz.”*

*“Não sei ainda.”*

Verificou-se que os desejos dos adolescentes em relação ao futuro envolvem o estudo, apesar de relatarem não gostar de estar na escola; aquisições de bens pessoais, como comprar uma casa, uma moto, tirar a carteira de motorista; e também possuem o desejo de ter uma vida sem o uso de drogas, formar uma família, trabalhar e ajudar financeiramente os familiares.

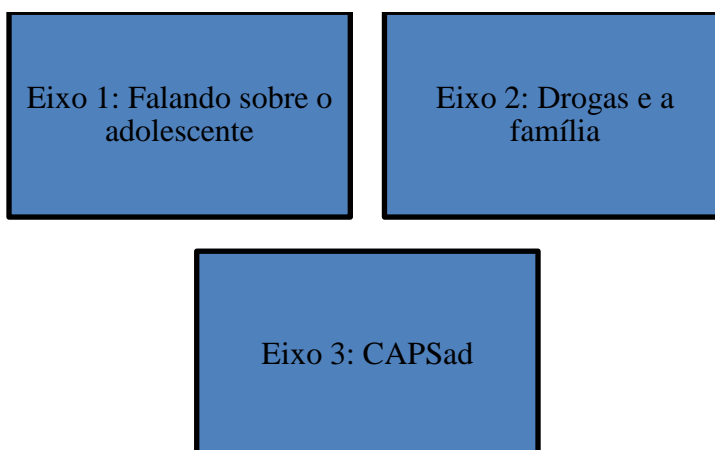
Verifica-se que os projetos de vida dos adolescentes vão além do uso de drogas envolvendo aspectos positivos em relação ao crescimento pessoal, fortalecimento dos vínculos familiares e independência por meio do trabalho.

#### 5.4 Resultados das entrevistas com os familiares dos adolescentes

A partir das entrevistas com os familiares dos adolescentes foram produzidos um total de 78 discursos do sujeito coletivo, os quais abordaram as necessidades colocadas às famílias, o relacionamento dos familiares com os adolescentes, como foi lidar com o envolvimento do adolescente com as drogas e como compreendem essa realidade atualmente, além de também questões sobre o CAPSad e o cotidiano dos adolescentes fora do serviço.

Os resultados e a discussão serão apresentados a partir de três eixos, de acordo com a figura a seguir.

**Figura 2- Eixos das entrevistas dos familiares dos adolescentes**



Fonte: Elaborada pela autora

a) Eixo 1: Falando sobre os adolescentes

Este eixo envolveu três questões, as quais abordaram particularidades dos adolescentes, como: o que fazem, como são, como é o relacionamento com a família e também sobre como os adolescentes estão em outros contextos e situações aos quais estão inseridos, como a escola, amigos, entre outros.

Os discursos revelam a opinião dos familiares em relação aos comportamentos e atividades presentes no cotidiano dos adolescentes e apontam comparações sobre o comportamento dos adolescentes antes e depois de usarem drogas e/ou internação. Os

familiares focalizam dificuldades no relacionamento com os adolescentes e momentos difíceis e marcantes que aconteceram na trajetória destas famílias, como pode ser observado a seguir.

*“Quando ele morava comigo ele era mais calmo, gostava de fazer mistura fazer comida, mas gostava só de fazer, não queria saber de lavar depois, ele fazia e ainda levava para mim, chamava para comer, mas às vezes ele ficava agressivo quando você queria prender ele, mas a única pessoa que ele não é agressivo é comigo, porque ele não é tonto, ele ergueu a voz, ele levou. Isso quando não estava com o uso da cocaína, porque daí ficava estourado, nervoso, muito ansioso. Agora, depois que ele deixou a cocaína, ele voltou a ser mais amoroso, mais calmo.”*

*“Ela faz curso de informática, vai fazer inglês também, fazia futebol e depois deixou de fazer. Dá as voltinhas dela no bairro com as irmãs. Sozinha ela não vai porque é uma droga a céu aberto e eu falei pra ela não abaixar a cabeça e cumprimentar porque não tá devendo nada pra ninguém, agora se vier te oferecer, aí você faz o que você quiser porque eu sempre dei essa opção pra ela, então ela cumprimenta, ela fala oi, mas ela não passa na mesma calçada que eles não porque eles acabam chamado ela.”*

*“Ele não faz nada, só faz o que ele quer, ultimamente não faz nada, dorme de dia fica pra rua, é 24 horas no celular, skate, cada semana ele inventa uma coisa nova. Ele fala mãe vou em tal lugar, você fala tal hora é pra você tá em casa, ele não vem naquela hora; ele não sabe falar eu vou embora. Aí depois dessa audiência parece que ele acha que o juiz é bonzinho que não vai fazer nada, aí tá pior, mais desobediente. Mas em casa ele não é agressivo não, mas ele não faz nada, a única coisa que ele faz é tomar banho, às vezes ele chega de manhã e vai esquentar a comida dele, aí quando ele chega com fome já vai na geladeira, já tem pronta a comida, come aí vai deitar. Então, o que ele faz é ficar o dia inteiro pra rua, só não é o dia inteiro porque ele tá na escola né.”*

*“Ele é muito agitado, é uma criança muito amorosa, mas o problema dele é que ele acha que ele é adulto, que é dono do nariz dele, ele fala a vida é minha, se*

*acontecer alguma coisa comigo fui eu que quis, ele já acha que ele pode fazer o que ele quiser.”*

*“Ele não tem mente de um adolescente de 12 anos, ele é muito inteligente pra algumas coisas, mas é muito bobo pra outras sabe. Ele é um menino bom, mas os amigos fazem a cabeça dele.”*

*“Tem hora que ele fala, eu não sou burro de chegar e fumar crack e cheirar cocaína porque eu sei que isso vai fazer mal. Maconha pra ele nunca vai fazer mal; ele acha que ele pode fumar maconha e ter uma vida normal e às vezes eu pego ele fumando em casa, ele no banheiro e fica aquele cheiro de fósforo e é onde a minha mãe (avó) já briga.”*

*“Antes da droga ela era uma menina muito boa, atenciosa, tinha vontade de estudar, em ser advogada, era muito estudiosa, ela sempre estava com os cadernos fazendo as tarefas, não perdia um dia de aula, pensava em vencer na vida. Era carinhosa, calma, caseira, se ela fizesse alguma coisa de errado e fosse falar com ela, já estava praticamente chorando e quando eu chegava em casa ela já tinha limpado a casa pra mim. Aí começou a andar com umas más companhias e a usar droga; depois disso já não fazia mais tarefa, ficou uma menina nervosa, teimosa, agressiva, saiu de casa, ficou sete dias fora, depois ela falou que não ia estudar, aí ela resolveu abandonar a escola de vez por causa de um rapaz. Agora ela não é uma menina assim agressiva, quando ela tá em casa é televisão e celular e ela brinca muito, mas agora ela não quer nada da vida, a vida dela é só andar atrás desse cara; se ele vai trabalhar ela vai junto, porque se ela deixa ele ir sozinho quando ele volta, ele volta bêbado.”*

*“Ele era um menino caseiro, não saía de casa se saía era comigo e quando saía queria voltar logo para casa, nunca se envolveu com negócio de roubo, nunca fez mal para as pessoas, em briga de rua e essas coisas de violência. Depois que entrou na droga virou um lixo que eu falava que não era meu filho, que ele estava se matando só ele não via porque chegava sujo, com piolho, com sarna, então ele ficava uma semana em casa pra se recuperar, se fortalecer, aí caía na vida de novo, ele saía muito de casa, ia no funk quando tinha na cidade com o incentivo dos amigos. Ele ia, mas ele sempre falava para mim as coisas, não escondia que traficava, por exemplo, só quando ele não fazia e eu falava que ele fazia, aí ele se revoltava, ficava nervoso. Quando eu internei*

*ele, o pessoal levou ele lá na compulsória, ele ficou muito nervoso e agitado, chorou, chorou, disse que não era para eu visitar ele. Mas depois de um mês ele mandou uma cartinha para eu visitar ele, eu sabia que dentro dele tem aquele amor, aquele carinho pela família dele, mas hoje pra mim ele tá dopado com os remédios porque quando ele toma os remédios ele fica meio aéreo às vezes bato a mão assim e falo acorda filho.”*

*“É muito estranho sabe ao mesmo tempo em que ele tá bem ele muda. Sabe não sei se é por conta da droga. Ele é amoroso, eu que perco a minha paciência porque é difícil você ver seu filho, acordar de manhã e você levanta e você vê seu filho enrolando um cigarro de maconha pra fumar cinco horas da manhã. Às vezes também ele quer se achegar né, aí vem, fica perto de mim, mas não sei se ele fica com cisma, porque eu também não, sei lá eu não chego, na correria assim eu também eu não sento, eu já vou fazer as coisas, eu sozinha vou fazer tudo então eu não tenho muito tempo pra eles, então eu não estou sendo aquela mãe que chega, que abraça, que beija aí às vezes eu até sinto que ele quer se achegar, mas não chega, eu sou fechada, e ele também se fecha.”*

*“Sempre foi uma criança que nunca gostou de brincar sozinha mesmo que eu fosse lá brincar com ela, ela não tinha paciência de brincar. Hoje é uma nega muito linda, preguiçosa, não gosta de acordar cedo e depois que eu mudei nesse bairro, a amizade, a companhia, eu não consegui segurar ela não. Ela também é revoltada, porque a mãe dela criou ela mostrando que ninguém gostava dela, só ela como mãe, eu não gostava. O pai mataram ele quando ela tinha um ano. Quando o pai dela faleceu, ela foi a que menos chorou todo mundo chorou. Quando criança também, ela fazia coco na calça, minha filha pegou o vírus HIV e morreu então eu tinha que lavar roupa toda semana, aquela roupa cheia de coco eu bati muito nela, então ela tem na cabeça dela que ninguém ama ela. Desde pequenininha ela é uma criança que não tem regra, ela sempre fez tudo o que ela quis. É revoltada também pela morte do namorado e me culpa pelas clínicas que ela passou e foram muitas. Hoje ela vive pra rua, ela tá casada entre aspas agora né, então hoje não sei se fica mais na rua porque ela tem marido.”*

A partir dos discursos verificou-se que os familiares observam no dia a dia dos adolescentes a ausência de atividades, ressaltando que os adolescentes não fazem nada o dia todo, ou passam longos períodos na rua, o que vai ao encontro dos relatos realizados

pelos próprios adolescentes em relação à rotina não organizada e à ausência de engajamento em atividades no dia a dia conforme já discutido. No entanto, os familiares acrescentam que a ausência de atividades só não é maior em virtude dos adolescentes frequentarem a escola, o que, como apontado, não é acessada por todos os adolescentes.

Importa destacar o papel da escola na vida desses adolescentes, por ser uma instituição em que passam grande parte do tempo, e que, potencialmente pode ser considerado um espaço que pode proporcionar novas experiências, aprendizados e oportunidades, priorizando a participação dos adolescentes e familiares em atividades, contribuindo para o protagonismo dos mesmos. Nesta direção e considerando a realidade de desvinculação destes adolescentes do contexto escolar, reforça-se a importância de ações intersetoriais, que favorecessem a articulação do cuidado e a permanência destes jovens no espaço escolar, além do desenvolvimento de políticas públicas efetivas para esta esfera, conforme tem sido apontado por estudos recentes que focalizaram o cuidado no campo da saúde mental infanto-juvenil (TAÑO, MATSUKURA, 2015; FERNANDES, MATSUKURA, 2015).

Identificou-se que alguns familiares ao descrevem os adolescentes, apontam mudanças e características dos mesmos a partir de duas perspectivas: antes do envolvimento com as drogas e depois do envolvimento, evidenciando que antes do uso de drogas, apresentavam-se calmos, amorosos, participavam do convívio familiar e mantinham diversas atividades como fazer inglês, jogar futebol e frequentar a escola. Porém, depois das drogas, os familiares apontam uma verdadeira transformação no jeito de ser e no modo de vida dos adolescentes e adjetivos como agressivos, distantes, desobedientes são utilizados pelos familiares para descrê-los, acrescidos do envolvimento com companhias e situações potencialmente prejudiciais, destacando, portanto, os prejuízos em diversas esferas da vida dos adolescentes advindos do uso abusivo de drogas.

Outros familiares destacam também em seus relatos que, apesar de não compreenderem a realidade em que os adolescentes se encontram, demonstram acolhê-los nos momentos em que estes estão expostos a riscos e expressam o afeto e carinho que sentem pelos mesmos. Alguns também apontam nos relatos que os adolescentes, mesmo com comportamentos negativos, como, por exemplo, o envolvimento com o tráfico de drogas, nunca deixaram de falar a verdade a eles, demonstrando a relação de confiança nos familiares.



Nos relatos dos familiares observa-se que os adolescentes apresentam comportamentos instáveis, em alguns momentos do dia permanecem bem, em outros expressam comportamentos de agressividade, porém, os familiares não sabem identificar se essas condutas estão relacionadas ou advém do uso de drogas. Diante dessas realidades, a relação dos familiares com os adolescentes permanece fragilizada, envolvendo o distanciamento entre os membros, o que possivelmente implica em menor apoio social e maior condição de vulnerabilidade em um momento em que tais elementos poderiam favorecer no enfrentamento dos desafios presentes na tentativa de distanciamento das drogas, dentre outras.

Outros familiares ainda revelam em seus discursos o comportamento de alguns adolescentes em impor suas opiniões e desejos diante de situações que demandariam decisões dos pais, transgredindo, desobedecendo à vontade dos mesmos.

Os resultados corroboram com os achados da pesquisa de Braun e Halpern (2014), a qual indica que o uso abusivo de drogas pode acarretar consequências em todas as áreas da vida do indivíduo e de sua família. Compreende-se que as alterações de comportamento relatadas pelos familiares podem estar atreladas aos tipos de drogas utilizadas, intensidade e frequência do consumo e podem ainda estar somadas às modificações e transformações que ocorrem na adolescência e/ou situações de vulnerabilidade anteriores ao uso de drogas, já vivenciadas pelas famílias e adolescentes.

Ainda que focalizando a população de adultos, o estudo de Azevedo e Miranda (2010) aponta que em relação ao alcoolismo, os familiares de usuários adultos relataram que as consequências do uso abusivo dessa substância podem estar relacionadas a prejuízos nas relações afetivas interpessoais e sociais, dificultando a aproximação e manutenção dos laços afetivos e, além disso, o consumo excessivo de álcool pode causar problemas de saúde em si, como sintomas físicos, alterações fisiológicas e mudanças de comportamento dos usuários, interferindo em todo o cotidiano do mesmo e da família. Pode-se compreender através dos relatos dos familiares deste estudo que essa realidade também é encontrada nas famílias dos adolescentes. Assim, aponta-se os possíveis prejuízos causados pelo uso de drogas na relação entre familiares e adolescentes, além da interferência nas atividades cotidianas e dos danos causados à saúde.

Por meio dos resultados é possível refletir em relação aos apontamentos da literatura, que indicam sobre o ambiente familiar positivo, a presença de afeto entre os

membros da família, supervisão e diálogo, elementos que podem operar como proteção ao desenvolvimento infantojuvenil (MAIA, WILLIAMS, 2006). O mesmo ocorre com os fatores de proteção relacionados ao uso de drogas por adolescentes, destacando-se a comunicação e a troca de informações entre os membros da família e também a existência de forte vínculo afetivo (BRASIL 2006; SCHENKER, MINAYO, 2004).

Compreende-se que embora neste estudo os adolescentes já estivessem envolvidos com o uso de drogas, tais características indicadas pela literatura como protetivas também são importantes durante o tratamento do uso de drogas, como elementos motivadores e apoiadores ao usuário (SCHENKER, MINAYO, 2004).

Os relatos dos familiares indicam também que as famílias residem em bairros onde a disponibilidade de drogas é alta e que para o adolescente que está desejando permanecer sem o uso esta condição torna-se um risco potencial, assim como os amigos que consomem drogas. Os resultados reforçam dados da literatura que indicam a disponibilidade da droga e influência dos amigos como fatores de risco para o uso (SCHENKER, MINAYO, 2005; KESSLER, 2003), como também são elementos motivadores para os adolescentes não deixarem o uso de drogas (ALMEIDA, 2010; VASTERS, PILLON, 2011; DIETZ, 2011).

Pelos discursos é possível identificar que os familiares também percebem os efeitos adversos dos medicamentos a partir de mudanças manifestadas pelos adolescentes, as quais interferem nas atividades cotidianas dos mesmos, como sonolência e estados de ausência, indo ao encontro das falas dos adolescentes em relação à medicação e ressaltando-se novamente a relevância do tema para a elaboração de estratégias com os adolescentes e familiares.

Alguns familiares relataram sobre a internação dos adolescentes e coloca-se em destaque a internação compulsória, pois, de acordo com os discursos, os adolescentes foram internados contra a vontade, por desejo dos familiares, situações que geraram revoltas por parte dos adolescentes em relação a seus familiares. Conforme já discutido na seção anterior a internação e as intervenções de isolamento demonstram divergência em relação aos avanços conquistados no âmbito da saúde mental brasileira e das questões relativas ao cuidado à infância e adolescência.

Faz-se destaque à importância da equipe estar preparada para atender os familiares que chegam ao serviço em busca de internação, pois muitas vezes os familiares não possuem, além do senso comum, conhecimento sobre novas propostas de tratamento destinadas à população que necessita de auxílio nas questões relativas ao

álcool e outras drogas e necessitam ser orientados pelos profissionais. Aponta-se também que o adolescente nesse modo de cuidar é excluído das decisões que dizem respeito as suas ações de cuidado, estratégia que necessita de urgente mudança, pois o adolescente deve ser participante ativo nas decisões sobre seu próprio cuidado.

Outra questão revelada pelos familiares foi sobre a percepção que os adolescentes possuem sobre a maconha. Os familiares apontam que os adolescentes não visualizam a maconha como droga e acreditam que o consumo desta não acarreta em problemas ou danos, contudo não possuem esse pensamento em relação a outras drogas como a cocaína, pois a relacionam a riscos e prejuízos. Em relação ao uso da cocaína os próprios familiares relatam que os adolescentes ao fazerem uso apresentavam-se agressivos e ansiosos, relatos que vão ao encontro dos discursos dos adolescentes.

Os discursos a seguir revelam os conhecimentos prévios dos familiares em relação às drogas.

*“Eu ouvia falar, quando eu era mais nova muitos ofereciam e nunca tive vontade nenhuma, mas nunca tinha colocado na minha mão, eu não sabia como era um cigarro de maconha, eu nunca tinha visto alguém enrolar maconha, eu nunca tinha visto um pino de cocaína, eu nem sabia que isso se chamava pino, eu não sabia nada, eu não tinha noção, era um mundo que eu não conhecia e também nunca passou pela minha cabeça que um filho meu ia usar droga, até porque meus outros filhos nunca tiveram problema com isso. Eu ouvia falar na televisão, via muito adolescente que perdeu a vida por nada né, por causa dessas coisas, via a molecada vendendo um pro outro, ouvia falar de vizinho que usava que tinha sido preso, que traficava que fazia assalto e quando eu ouvia falar isso eu falava para o meu filho toma cuidado com as companhias, cuidado com droga se te oferecerem você não pega, não vai fazer isso, não vai fazer aquilo, eu falava, aconselhava. Via também amigos meus que estudaram comigo largados na rua, às vezes eu falava olha o que acontece com quem usa droga, era um menino tão bonito e agora olha como ele tá olha o estado, falava assim porque servia como exemplo. Mas eu conversava mais com o meu filho sobre isso porque ele vivia mais na rua, ela não, mas pra ela eu nunca falei, porque parecia que ela tinha a cabeça mais boa que ele e ele tinha a cabeça mais “xoxa” sei lá, eu também proibia de ir pra escola sozinho, de ir dormir na casa de um amigo, era pra não ter más amizades, entendeu?”*

*“Eu já tinha o conhecimento, não de usar, eu já vi uma vez o pó, os meninos estavam usando e eu pedi pra ver porque eu não conhecia. Mas eu pensava bastante sobre isso ainda mais com filho era o que eu mais temia sabe podia ser homossexual, por que isso pra mim né tudo bem, agora a droga, sabe pode fazer tudo menos traficar e usar droga e sou dessa opinião. Na minha família também sempre teve, o pai dela e a mãe dela usavam né, ele nunca quis internar, ele trabalhava e eu não dava um tostão pra ele, ele sustentava a droga dele, tive uma tia que usava, ela já faleceu com AIDS, ela usava na veia e algumas vezes eu ia com minha tia comprar, ai depois ela usava, eu ficava na porta olhando para ela. Também perdi uma prima por causa de droga, um primo foi assassinado por causa do uso de drogas sabe. Também morei com uma senhora que já faleceu e os filhos dela usavam, mas eu não via a diferença, ela falava que conhecia pelo olho eu olhava neles assim normal, foi daí pra cá que eu comecei a notar. Depois disso, infelizmente também eu conheci uma pessoa e essa pessoa no início não, mas com o tempo depois também me deu problema com droga morei, com ela bastante tempo e agora ela tá internada, tá fazendo tratamento, então eu já lidei com esse problema. Eles nunca me ofereceram, eu também não nunca tive vontade. Eu tenho muitas outras histórias trágicas que não vem ao caso, mas eu não só vi como vivi então e eu sei muito bem o buraco escuro que é.”*

*“Já porque eu trabalhei muito tempo com adolescente em escola né, e eles já fumavam como essa minha amiga que eu falo pra você ela fumava que ela chegava a ficar largada na calçada e hoje ela é uma enfermeira chefe maravilhosa, então eu lido com as drogas faz muitos anos já né.”*

*“Eu sempre conversei com elas sobre isso, eu falava pra elas não pegarem nada da mão de ninguém ver com quem vocês conversam né, ver com quem andavam porque eu falava tá ai, vocês entram se vocês quiserem eu conhecia o efeito da maconha, o efeito da cocaína, o efeito do lança perfume, eu só não conhecia a balinha, o crack, então assim eu conhecia mais a maconha, a cocaína e o lança perfume e depois que eu entrei no meu serviço na escola e eu conheci o crack e a balinha porque eu servia café pra eles, e eles falavam olha hoje eu tenho uma balinha, olha hoje eu tenho duas balinhas uma verdinha e uma amarelinha né mas a marronzinha é melhor, então foi assim eu fui conhecendo mais ainda os efeitos lá porque eles chegavam doidos*

*né queriam desafiar a gente que era funcionário, queriam bater na gente eu fui vendo tudo isso na minha filha né.”*

Os DSC's revelam que os familiares possuíam algum conhecimento sobre o uso de drogas por meio de notícias na televisão, por experiências com familiares que já se envolveram com drogas e através de vivências no trabalho. Os familiares ainda apontam que dialogavam com os adolescentes sobre os prejuízos que o consumo poderia causar e alguns familiares supervisionavam o adolescente em relação às amizades, buscando protegê-lo do uso de drogas.

Pesquisas indicam que o diálogo, a oferta de informação em relação às drogas, a supervisão dos pais, conhecer as amizades dos filhos e monitorar as atividades dos adolescentes podem ser fatores que minimizem o risco do envolvimento com drogas, no entanto, não são suficientes, pois os fatores de proteção ao uso de drogas envolvem um conjunto de fatores em sintonia, denominado de mecanismos de proteção (SAPIENZA, PEDROMÔNICO 2005; POLETTI, KOLLER, 2006). Os resultados deste estudo reforçam a compreensão sobre os mecanismos de risco e proteção enquanto um conjunto de fatores associados, no qual o contexto de vulnerabilidade social, a família, a própria adolescência enquanto fase de experimentações e inserções em novos grupos, e diversos fatores relativos à subjetividade dos adolescentes são forças presentes neste processo.

Importa ressaltar sobre a relevância da implementação de ações de orientação, prevenção e manejo sobre o uso de drogas, nos espaços da comunidade próximos às famílias, como a escola e as unidades de saúde a família, visando auxiliar nas dúvidas e questionamentos em relação às drogas e quais atitudes tomar frente a um adolescente que vivencia essa realidade. Um exemplo de ações de promoção e prevenção relacionada ao uso de drogas é um projeto do Ministério da Saúde denominado “#Tamojunto”, o qual é conduzido por profissionais dos serviços que compõem a assistência social e realizam ações de prevenção no ambiente escolar para pais e responsáveis com filhos adolescentes entre 10 e 14 anos. O programa promove reflexão sobre os valores e rotinas familiares e projeto de vida e envolve temáticas sobre o fortalecimento de vínculos, habilidade de expressar amor e estabelecer regras (BRASIL, 2015).

Sobre o relacionamento da família com os adolescentes, os discursos revelam tanto os relacionamentos conflituosos, permeados de brigas e discussões, como bons relacionamentos, envolvendo amor, diálogo e compreensão, como ilustram os DSCs, a seguir.

*“Ah da família é péssimo, é mais assim de raiva né, a minha filha mais velha quer bater nela, essa última vez ela quebrou toda a casa acho que faz um mês e meio mais ou menos aí eu fui lá nós saímos de unha uma na outra, eu fui pro quintal e peguei um pau, quando eu entrei no quarto alguém falou pra mim que eu ia matar ela, porque se eu desse nela com aquele pau eu matava ela, aí eu voltei e chorei, chorei. No dia você fica nervosa e não sabe o que faz, mas aí o namorado levou ela embora, foi a melhor coisa na minha vida. Ninguém gosta dela sabe, que nem eu falei pra você, eles se amam e se odeiam, falam mal, mas quando vê eles se conversam. Com o pai ela não fala, porque ele não aceita a separação e desconta o nervoso dele tudo na menina, ela se dá mais com a irmã mais velha e com a do meio já não. Já o irmão também não fala muito com ela, mas ama ela eu sei, ele ama de verdade. Já a família do pai dela nada né, os avós dela por parte do pai por exemplo, nem ligam pra saber, se ela está bem, se está precisando de alguma coisa. Com a outra parte da família, com as minhas irmãs, as minhas primas, ela tem pouco contato sabe, ainda mais que uma delas mora no sítio e está com sérios problemas, e o restante, a maioria já faleceu.”*

*“Hoje em dia é bom, muito bom, todo mundo gosta muito dele, todo mundo tem aquele amor, aquela loucura por ele, minhas irmãs, a minha mãe sabe. Nossa, a minha irmã sofre por demais ela fala eu não acredito que um menino tão bonito esteja desse jeito, a minha família fica muito triste por meu filho se encontrar nessa situação. Não é fácil sabe, quando ele estava com gente, a gente estava ali lutando para que ele viesse a sair da droga e pensando na melhoria dele, na cura dele da droga e esperando que ele voltasse da clínica curado, com outra mente, com expectativa de vida, de estudar, de continuar o rumo dele, de trabalhar e depois que ele foi pra clínica agora a gente conversa muito, agora ele conversa com o pai dele, com o irmão dele também, antigamente eles só brigavam, agora não.”*

*“Normal todo mundo trata ele bem, mesmo ele passando por todos esses problemas eles assim aconselham, tratam dele da mesma forma que tratavam antes,*

*abraçam, falam meu filho não é assim, vamos pra igreja, sai dessa vida, você sabe que isso só leva a dois caminhos né assim. A minha mãe é muito carinhosa com o meu filho, já o meu pai dá pra ver que tá muito triste, fica nervoso, que não é mais como era antes, mas ele faz de tudo pra agradar meu filho, as minhas irmãs também né. Em casa ele é mais de conversar com as meninas do que comigo, elas conversam, brincam com ele riem com os vídeos que eles veem lá, é mais assim. E eu, eu tenho muita paciência, meu marido fala que eu passo muito a mão na cabeça dele, mas não é assim, eu tento controlar a situação porque eu penso que se eu começar a agir diferente ele pode se revoltar e fazer mais cagadas e mais besteiras, mas meu marido não tem mais paciência não, tem dia que ele briga, ele toma umas pinguinhas lá aí ele começa a jogar tudo na cara dele. O irmão também dá um pouquinho mais de trabalho, porque quando ele vai em casa, o irmão fica chamando ele, acho que de maconheiro, nóia, aí ele fica com raiva e vai embora. Lá em casa nem todo mundo tá 100 % né as vezes uma tá com cólica, outra com dor de cabeça aí eu falo gente hoje é dia de faxinão aí eu pá o rádio no último volume aí todo mundo sai cantando dançando, então eu posso dizer que tá mais animado o ritmo lá em casa, mesmo com todas as dificuldades financeiras, de alimentação, essas coisas a gente tenta não deixar isso abater lá em casa, porque tem família que se afasta né, despreza mas a minha família não.”*

Em relação ao relacionamento familiar se verifica que em algumas das famílias a relação é permeada por brigas discussões, sentimentos de raiva indicando uma dualidade na relação entre os familiares e adolescentes, pois há momentos de discussões e momentos de demonstração de afeto e carinho. Já outros relatam que a família possui um bom relacionamento com os adolescentes, realizando orientações em relação ao uso de drogas e também a outras questões do dia a dia, todavia os familiares manifestam sentimentos de revolta, decepção e angústia. Os resultados vão somar aos achados do estudo de Silva (2012) ainda que com enfoque na população adulta, aponta como o envolvimento de um membro da família com o uso de drogas pode desestruturar a autoestima dos pais, provocar desequilíbrio em toda a estrutura familiar, a quebra do vínculo entre os seus membros e a família pode passar por mudanças profundas, manifestando-se os conflitos emocionais, a depressão, o sentimento de medo e as dúvidas em relação ao tratamento.

Considerando os rebatimentos e interconexões que o uso de drogas por um membro familiar, especialmente os adolescentes, causa no contexto familiar, ressalta-se

a relevância de ações efetivas voltadas aos familiares, por meio de espaços em que sejam realmente acolhidos e que possam ser ouvidos, tenham oportunidade de desabafar sobre as situações que vivenciam no dia a dia e que a equipe esteja capacitada a realizar orientações a essas famílias. Esses espaços podem envolver não só o CAPSad enquanto serviço especializado, mas também equipamentos e profissionais de diversos setores como a atenção básica, a assistência social, a educação, a cultura, dentre outros.

Em relação aos contextos de inserção dos adolescentes, os DSCs, a seguir, revelam a compreensão dos familiares em relação à escola.

*“Na escola ela ia bem, mas depois que começou a se envolver com essas companhias, com esse rapaz ela mudou bastante, está péssima porque desde que começou as aulas, se ela foi um mês, foi muito. Tem dia que ela vai, tem dia que não vai. Às vezes também quando vai, vai até a porta da escola e volta, quando tem horário assim que nem o recreio ela pula o muro né ou ela encontra os amigos do tráfico, do uso e aí não entra na escola. Então, ela anda faltando em aula, eu tenho que ficar em cima pra que ela vá pra escola, coisas que não precisava sabe, ela já organizava a bolsa, passava a roupinha dela, colocava o celular pra despertar, acordava cedo e ia embora, mas agora está parando de ir e quando ela bota na cabeça que não quer ir pra escola, ela não vai mesmo.”*

*“Ai na escola sempre foi terrível o comportamento dele, sempre foi péssimo, as professoras reclamavam que ele ficava brincando, toda hora ia no banheiro, não prestava a atenção na aula, ficava viajando. Ele não quer estudar, eu falo como você vai fazer uma prova se você não estuda? Eu nunca vejo ele estudando, nunca pega um livro pra ler, não sei como ele passava, antes ele não estudava e tirava nota boa, agora não tira nota, fez uma prova esses dias e diz que tirou três. É só nota baixa e ele dá um pouco de trabalho por causa das drogas também, porque se envolveu com pessoas, com meninos que estavam usando né. Mas até agora não falaram mais nada, porque antes todo dia ligavam pra mim: ele fez isso, fez aquilo, agora não tem mais reclamação.”*

*“Agora ele tá indo pra escola, mas vai sem interesse não aprende nada, parece que ele vai e não aprende nada, a letra dele é horrível, não sei o que acontece, não consegue aprender, ele lê um negócio aqui, você pergunta pra ele e ele já esqueceu.*



*Uma vez eu coloquei ele no SENAI pra ele fazer um curso, sabe o que ele falou pra mim? Sabe que eu não me lembro de nada, mas também ele fuma antes de ir pra escola, como é que ele vai aprender?”*

*“Eu não sei ele é uma criança assim inteligente, sempre teve nota. Agora esse ano parece que tá estudando mais, mas quando a gente chegou na escola ele ficou puto porque as salas eram pra menininho de dez anos e ele falou que não ia ficar na escola de jeito nenhum aí eu conversei com ele e falei se você não ficar, as crianças vão ser cada vez menores que você, você tem que pensar, quem errou? Não fui que eu errei. Eu que enforcava aula pra não entrar na escola, eu que dormia? Não, então toda ação tem uma reação.”*

*“Ela saiu de lá com um problema na escola né, ela não foi expulsa, mas ela saiu da escola porque dava muito trabalho, ela enfrentava todo mundo, enfrentava diretor, professora, inspetor de aluno, respondona. Também ela roubava muito celular na escola né, todo dia ela roubava quatro ou cinco celulares. Ela até discutiu com a diretora antes dela sair de vez, a diretora até ligou em casa pra ver o que ela poderia fazer, ela falou de fazer um boletim de ocorrência, aí eu falei a senhora vê o que precisa fazer, porque não tem como eu ir porque pra mim se eu tivesse bom das pernas em cinco minutos eu estava lá, mas são quase duas horas pra fazer esse trajeto. Aí ela falou então eu vou mandar ela embora, porque ela disse que não tá passando bem, mas só que depois ela não quis mais voltar. Teve um dia que resolveu voltar, foi e depois não foi mais e agora ela tá com a matrícula trancada esperando o meio do ano que vai ter vaga sabe, mas eu preciso ocupar ela, preciso ocupar essa menina.”*

A partir da fala dos familiares é possível compreender que os adolescentes estiveram implicados em dificuldades no ambiente escolar ao longo do tempo, seja em dificuldades de aprendizagem e/ou por brigas com colegas e discussões com professores. Verifica-se assim que apesar dos familiares na seção anterior, indicarem mudanças no comportamento dos adolescentes após estarem envolvidos com drogas, é possível identificar por meio dos discursos dos adolescentes e também nesta seção, que situações de vulnerabilidade e exclusão já faziam parte da vida desses adolescentes desde a infância, aqui expressadas novamente, mas no contexto escolar.

Os resultados reforçam os dados encontrados no estudo de Vasters e Pillon (2011), o qual identificou que as dificuldades sobre o desempenho escolar, o fracasso e/ou a insatisfação de um ensino com falhas e sem atrativos se constituem como fatores de risco ao consumo de drogas na fase da adolescência.

Estudos apontam que a escola é uma instituição estratégica, pois pode atuar como fator protetivo e identificar possíveis riscos aos adolescentes e famílias e por ser um dos espaços em que mais há a presença de adolescentes, deve promover ambientes saudáveis, garantir o direito dos adolescentes e estimular ações que proporcionem a autoestima, a liberdade e participação dos adolescentes em parceria com os próprios adolescentes e com outros serviços da rede (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2014b). Assim, aponta-se a necessidade de ações anteriores ao uso de drogas, de apoio, prevenção e promoção às famílias, pois estas já se encontram em situações de vulnerabilidade social e necessitam de apoio, orientação e acompanhamento, buscando prevenir possíveis prejuízos ao desenvolvimento, como já descritos pela literatura. Evidencia-se a importância do desenvolvimento e implementação de políticas públicas que incorporem ações e estratégias de cuidado a essas famílias e que indiquem as contribuições de cada serviço em seu determinado setor e as possibilidades de ações intersetoriais entre os mesmos.

b) Eixo 2: Drogas e a família

Este eixo envolveu questões que buscaram compreender como a família lidou quando soube do envolvimento do adolescente com as drogas, como lida atualmente e como compreendem as drogas.

Em relação ao início, quando os familiares descobriram o envolvimento do adolescente com as drogas, os discursos evidenciam as reações dos familiares que envolveram o choque, culpa, dentre outros sentimentos; além de mudanças na rotina e estrutura da família. Os familiares relatam, então, o percurso de como descobriram o uso, quais atitudes tomaram, onde buscaram ajuda e o que os apoiou neste processo, como pode ser observado a seguir.

*“Eu não esperava que ia acontecer isso né eu só chorava porque eu não me conformava com aquilo, eu nunca tive envolvimento com nada disso e eu sempre falei pra ela sobre isso tudo, sobre drogas, falava isso não presta. Foi um choque bem grande pra todo mundo porque a gente nunca imaginava uma menina! Ficaram todos*

*revoltados, foi difícil. A minha irmã, por exemplo, não aceitava, mas também não excluía. Ela falava que não aceitava ela usar droga, andar pelas ruas, traficar, ela dizia para ela parar porque na família não tem ninguém que faz isso, só ela, então porque ela era assim? Falava você tem que estudar para conseguir um emprego bom, para ser uma pessoa responsável, uma mãe de família.”*

*“Foi difícil, um golpe, foi chocante e afetou a família inteira, por isso que as pessoas tem que escrever sobre isso! Eu podia esperar tudo menos isso, eu já ouvia comentários só que aí você vê os comentários, mas você não quer acreditar, você acha que é mentira, como eu não conheço essas coisas, nunca mexi, nunca vi, eu não percebia nada, mas ele começou a dar trabalho e eu não sabia porquê e o pai dele já sabia. Aí eu descobri porque teve uma noite que eu levantei tarde e senti aquele cheiro de cigarro, depois cheguei a ver ele passando com um colega; no outro dia, quando eu estava mal no trabalho e a encarregada pediu pra eu ir embora e passar no médico, eu cheguei em casa ele estava fumando um cigarro, e ele falou que era de tempero né, que eu tenho em casa uns temperos, umas ervas que eu compro, aí ele falou que era aquilo, que ele tinha vontade de fumar alguma coisa e era aquilo. Eu nem conhecia direito, aí eu liguei pra minha amiga que o filho usava, nossa chorei, deu uma consumida legal. Aí eu levantei de manhã, sentei e conversei, foi muito difícil lidar com isso porque parecia que a casa ia desabar, eu não esperava esse comportamento porque em casa ninguém fuma, ninguém bebe, o pai dele detesta cheiro de cigarro né e a gente estava sempre falando se alguém oferecer faz assim, você dá uma educação, foi muito difícil mesmo eu tive que me refazer de novo, como a fênix né.”*

*“Um dia eu fui trabalhar e ele chegou em casa com o olho vermelho, todo sujo de ficar pra rua, descalço e o pai dele perguntando onde ele estava e ele ficava mentindo né, aí o pai dele ligou pra mim e falou você tem que vir pra cá porque eu tô jogando ele na rua, vem buscar ele agora, porque ele tá começando a dever pra traficante, tá fumando maconha e já tá na cocaína. Então o nosso estresse começou, eu fiquei nervosa e falei não o meu filho não vai ser assim, ele não tem exemplo de ninguém! Então eu desesperada comecei a procurar casa pra tirar ele de lá porque tinha uns traficantes lá né, ele estava andando com uma turma da pesada, começando ir pro funk e até a diretora quis que ele saísse da escola no último ano porque ele estava levando droga na escola com esses amigos. Depois que mudou, ele se desligou,*

*mas, o único amigo que descobriu onde ele morava que eu não dei o endereço pra mais ninguém ia lá e eu achando que era o melhorzinho, era um dos piores. Aí depois que esse menino foi embora, ele quebrou esse contato e foi parando, parou de ir no funk e eu fazendo muita prece, fomos tirando ele devagar, tiramos por um tempo, como ele estava no último ano, fiz ele estudar bastante pra ele pra ele prestar para entrar no Colégio Agrícola da UNESP, porque eu sabia que ele gostava disso e ele foi e passou e eu levei ele pra lá e achei que ele tinha parado e fiquei aliviada, aí quando veio o susto de novo, que ele pediu pra fazer o tratamento. Eu acho que ele tem facilidade de andar com companhias ruins, e aí ele viu que ele estava voltando a usar de novo e pra não ser expulso da escola ele quis fazer o tratamento. Então liguei lá no conselho tutelar, levei ele lá e a mulher já encaminhou ele pra cá no CAPS aí fez aquele teste e deu que ele estava usando mesmo, aí comecei a trazer ele aqui né, você briga, você se estressa, mas eu creio em Deus que ele vai conseguir.”*

*“Foi muito difícil, difícil demais porque ele falava que só usava maconha, mas eu acho que ele não usava só maconha, porque na época ele começou a ficar agressivo, quebrava tudo em casa e quem usa só maconha não faz essas coisas, aí eu chorava muito não aceitava aquela situação, sabe? Eu até dei umas cintadas nele e quando meu marido estava vivo, ele chegou colocar corrente nele, não prender na cama, mas colocou no pescoço dele com o cadeado pra ele não sair pra rua e até o meu moleque mais velho ajudava, aí eu falava vocês vão matar o moleque enforcado com essa corrente, eu ficava brava, mas eles faziam isso pra ele não sair atrás de droga, ainda mais que o meu marido tinha mais um filho, que também usava drogas, aí ele falava “não bastasse um, agora vou ter dois”? Eu também ia atrás dele em boca de droga, entrava na boca sabe e hoje eu paro e penso, naquele tempo eu era doída, como é que pode? Eu enfrentava traficante, eu ia buscar ele, ia caçar ele na rua e quando eu achava, ele voltava pra casa comigo, quando não achava eu voltava pra casa chorando, fiquei até depressiva. Depois eu conheci as reuniões, o pessoal aqui do CAPS, aí eu fui me envolvendo, conhecendo e vendo que não era daquele jeito que lidava com a situação. Aí eu fui aprendendo a lidar, foi a frequência aqui nos grupos de reuniões que me fez entender que não era do jeito que eu estava agindo que ia resolver.”*

*“Na época quando o pai dele descobriu que ele usava foi embora de casa, eu fiquei sozinha, aí eu fiquei fazendo papel de pai e de mãe, ensinando pra ele que não podia sair por aí fazendo sexo sem camisinha e mais um monte de coisas, que era para o pai ter falado e eu que tive que falar, então eu passei bons bocados com ele, sofri bastante.”*

*“No começo eu me sentia uma mãe derrotada, eu me perguntava onde eu errei se eu criei todas iguais? Porque eu tive um monte de filha, mas eu tive os meus minutinhos com cada uma. E eu me sentia assim, a pior mãe do mundo eu falava assim aonde eu errei, aonde eu falhei né quando ela entrou nas drogas, chorava muito sem saber notícias dela, que teve uma época que ela ficou seis meses sem dar notícias. Ela tentou se matar né, cortou os pulsos, tomou 30 calmantes da ex-sogra, foi parar no pronto socorro, fazer lavagem de estômago, então assim, ela tentou o suicídio. Aí depois que internou ela, voltou uma menina mais calma, tranquila.”*

*“Pra falar verdade eu nem lembro mais, nem sei como eu descobri, mas tinha boatos que ela se prostituía, e ela sempre teve muito dinheiro e todo mundo falando que ela se prostituía, aí a promotora falava que era prostituição, depois falava que era droga, então nem sei quando que ela fumou assim a droga. Só depois que eu fui perceber que ela já estava ficando meio nervosa e teve também um dia que ela estava na escola e chegou o carro da polícia lá e ela e outra menina estavam com droga e eu tive que ir na delegacia com ela aí eu fiquei nervosa né naquele desespero foi aí que eu vim pra cá e pro amor exigente.”*

*“É porque o pai e a mãe dela usavam droga né, aí nós sofremos muito também com o pai e a mãe dela, por isso que desde quando as crianças nasceram eu peguei a guarda dos dois né. O pai dela era o meu filho e desde os 14 anos ele usava droga, depois conheceu a mãe dela, engravidou e ela também usava o crack aí ficou morando em casa e 2013 ele se matou no portão em frente de casa, se enforcou, as crianças viram tudo, ele morto, eles até passaram em psicólogo. Ela via e o irmão dela também, o pai e a mãe usando ali e eles ficavam olhando e ela foi crescendo, crescendo, depois foi pra escola, conheceu um mocinho que usava e aí começou né, foi duro viu. Nós falava, dava conselho, mas ela falava é só maconha, não sei o que lá e aí foi, foi e foi no crack, porque o pai dela era crack, ela via os dois né usando, aí foi duro, depois*

*também os dois namorados que ela teve usavam droga, aí ela foi mais caindo no mundo da droga. E tem também a minha irmã mais nova que teve envolvimento com drogas, mas ela saiu.”*

Nos relatos dos familiares, se observa que as vivências dos adolescentes, desde a infância, foram permeadas por intenso sofrimento e vários processos de perdas, sobrecarga de responsabilidades, formas de violências e negligência, possivelmente estiveram implicados em alguns comportamentos na infância, como desobediência, dificuldades escolares, dificuldades na convivência com outras crianças e comportamentos não esperados para a idade. Pode-se ainda apontar que os processos de perdas se estendem e ainda perpassam a vida de muitos adolescentes e suas famílias e que possivelmente rebatem até hoje em diversas dimensões na vida destes adolescentes, como agressividade e revoltas, presente nas falas dos próprios adolescentes, também o uso de drogas.

No estudo de Eisenstein, Jorge e Lima (2009), os autores apontam que as situações geralmente vivenciadas pela população infantojuvenil que se encontra em situações de risco são a morte de pais ou familiares, presenciar assassinatos, sofrer violência intrafamiliar, separações, castigos ou ameaça de abusos e uso de drogas na família, como verificado, os participantes deste estudo, compartilham destas situações.

Evidencia-se nos discursos reações dos familiares que envolveram o choque, culpa, dentre outros sentimentos; além de mudanças na rotina e estrutura da família. Sobre a descoberta, vivida como um momento extremamente doloroso e inesperado para os familiares, estes expressam sentimentos de sofrimento, derrota e revolta, não sabendo como agir. Também foi possível identificar que alguns dos adolescentes já haviam tido contato muito íntimo com as drogas desde a infância, pois outros membros da família realizavam o consumo de drogas.

Esses resultados reforçam os achados da literatura em que os familiares referem sentimentos de angústia, desespero, vergonha, culpa e tristeza ao descobrirem que o adolescente está envolvido com o uso de drogas. Frente à nova situação colocada à família alguns estudos indicam que essa estranheza entre seus membros e os adolescentes torna-se comum a tentativa de evitar conflitos e fugir do problema (SILVA, et al., 2006; TEIXEIRA et al., 2014). Verificou-se também a não aceitação do consumo de drogas por alguns membros da família, sendo manifestada pelo abandono do lar, mudanças nos relacionamentos da família com o adolescente, vínculos

fragilizados e ainda nas falas dos familiares destaca-se que a falta de informação, de saber como lidar com o envolvimento do adolescente com as drogas, causou situações de violência por parte dos pais, como, por exemplo, prender o adolescente com corrente para que o mesmo não saísse de casa e fosse usar drogas.

A questão sobre o vínculo familiar é também pontuada no estudo de Souza, Kantorski e Mielke (2006), o qual investigou as redes de apoio de usuários dependentes de drogas e indicou que os vínculos com os familiares desses usuários tornaram-se fragilizados e alguns foram rompidos devido ao uso de drogas. Ainda sobre a família e o relacionamento com os adolescentes, no estudo de Fernandes e Matsukura (2015) os resultados apontaram presença de conflitos familiares e dificuldades no relacionamento entre adolescentes e a família, assim como verificado neste estudo. Ressalta-se mais uma vez necessidade de ações de cuidado a essas famílias que já se encontravam em situações de vulnerabilidade social, destacando a importância de elaboração de políticas públicas que garantam a elas seus direitos, informações, auxílio e apoio advindos de diversos setores como saúde, educação, assistência social, cultura, dentre outros.

Já em relação ao momento atual, sobre como está sendo lidar com o envolvimento do adolescente com as drogas, os discursos revelam diferentes perspectivas em relação a esta questão, alguns acreditam na recuperação, apoiam os adolescentes e estão em busca de auxílio para tentar compreender e a aprender a lidar com as situações colocadas a eles.

*“Ah é aquilo né a luta ainda continua né, mas a irmã dele fala que tem esperança que ele vai mudar, ela fala assim vamos ajudar ele, apoiar ele no que cabe a gente, para que quando ele sair de lá, ele comece a enxergar as coisas de forma diferente, vamos tratar isso assim que ele chegar da clínica, um tratamento diferente que vai fazer ele enxergar a realidade de mudança. Já os outros da família perguntam sempre e aí eu falo olha ele tá mais calmo, a gente tem um diálogo e aí eles falam olha a gente ainda continua orando por ele e eles continuam se preocupando, até mesmo o meu irmão que teve um atrito com ele, pergunta dele, já o pai dele não aceita, ele é alcóolatra e não aceita, ele também não gosta de se envolver.”*

*“Se eu falar pra você que eu aceito, eu não aceito, pode ser orgulho da minha parte, não acredito que meu filho tá usando droga, não consigo ver, mesmo eu vendo*

*ele com um cigarro de maconha, eu falo Senhor tenha misericórdia não é possível, parece mentira eu não consigo entender. A mesma coisa pro pai dele, ele chora comigo, é muito difícil pra gente ver nosso filho assim, mas o meu esposo, ele não procura assim conselho, eu venho né participar pra saber como lidar com os problemas, já ele acha que tem que ser assim da forma que ele acha, da maneira assim que ele foi criado, como ele subiu na vida né e nunca chegou a procurar essas coisas e naquele tempo ele não tinha nada né, chegou a catar caixa de papelão pra sobreviver e hoje ele vê que os filhos não precisam trabalhar, não precisam nada, tem de um tudo e foi procurar isso lá fora né, então é muito difícil.”*

*“Tá mais fácil com ela agora, porque quando ela vinha pra casa drogada, ela quebrou todos os vidros de casa, quebrou o braço da irmã dela, ela tentou me agredir grávida, falou que ia tirar meu filho pela boca né, foi uma fase difícil. Agora eu procuro conversar bastante com ela. Tem horas que ela diz aí mãe tô com vontade de fumar, aí eu falo filha não vai fazer isso não, faz mais tarde que aí você deita e dorme porque ela fala que não tá cheirando só tá fumando né, mas eu não sei, porque durante o dia ela pode ficar agressiva sabe então eu vou controlando ela, eu vou controlando do meu jeito você entendeu, porque a gente não pode julgar, então eu falo até que ponto eu tenho o direito de não querer? Sei que não é uma coisa boa, mas até que ponto eu devo ficar com essa mágoa no meu peito, porque tem dias que a mágoa no peito só passa no meu tratamento espiritual, aí eu vou na homeopatia, porque às vezes eu começo a ficar sem dormir, aí eu tomo pra passar e acalmar a minha ansiedade, foco no livro que eu tô escrevendo, começo a pensar em outras coisas, dá uma pausa pra mente e pro coração aí quando eu vejo aquele momento difícil passou.”*

*“Aí é difícil, a gente dá conselho pra ele, parece que ele nem escuta, você fala com ele, entra por aqui e sai por aqui, é duro, não tá nem aí né, ele falava eu vou usar droga que nem meu pai, até morrer, é muito difícil. Logo que ele saiu da clínica eu ia atrás dele lá no bequinho pra ele ir pra escola, no começo ele vinha, tomava banho e ia, aí eu ligava na escola e falava ele veio, mas aí tinha dia que ele dizia que não ia e quando ele disse que não ia, ele não ia mesmo e não foi mais pra escola.”*

*“Hoje em dia eu já não esquento muito porque a pessoa já tem aquele problema, ser agressiva, a gente não pode tá falando, falando demais. A gente dá*



*conselho né e confere pra ver se eles põem na cabeça, mas acho que agora eu já me sinto melhor, eu não tô mais fazendo igual primeiro que xingava, ficava nervoso, queria bater, porque a gente falava e ela se irritava com a gente então eu achava que era a educação que não tava normal, então hoje eu já sei que aquele problema, é um problema que afeta a memória né hoje eu já falo uma coisa, se responder eu deixo de lado. Não é questão de aceitar, mas ver de forma diferente que isso aí é vamos supor uma doença entendeu, não é que fumou hoje e amanhã deixa e pronto, requer muita paciência e conselho e também claro força de vontade né, porque também se não houver força de vontade.”*

Verifica-se que os familiares apontam não aceitarem o uso de drogas pelos adolescentes, porém, no momento atual compreendem melhor a situação e indicam vivenciá-la com menos sofrimento e angústia. Verifica-se também que há familiares que desenvolveram estratégias para conseguirem elaborar e conviver com essa realidade, pois, apesar de não aceitarem o uso, tentam fazer o controle e acordos com os adolescentes como, por exemplo, permitir que os adolescentes façam o uso da droga em casa, preferencialmente após o almoço, pois, assim se alimentam e não se envolvem em novas situações de risco, por meio de conselhos e orientações aos adolescentes.

Os familiares também atribuem essa nova forma de compreender a situação do uso de drogas através da ajuda e orientação recebida pelos profissionais do CAPSad, pois passaram a entender que o adolescente necessita de ajuda. Assim, é possível indicar que as ações no CAPSad, embora reduzidas em relação as possibilidades de ações que poderiam ser ofertadas aos familiares e adolescentes, parecem contribuir na vida desses familiares e para o exercício de cuidado que podem oferecer .

c) Eixo 4: CAPSad

Este eixo envolveu questões as quais dispunham sobre o conhecimento dos familiares em relação às atividades que os adolescentes participam no serviço, as atividades que os próprios familiares participam e as percepções sobre elas e também sobre o que serviço poderia auxiliar a família e os adolescentes.

Sobre o conhecimento dos familiares em relação às atividades realizadas pelos adolescentes no serviço, o discurso revela que os familiares sabem sobre a participação dos adolescentes nas seguintes atividades: participação no grupo de adolescentes e atendimento médico, e outros não sabem o que o adolescente realiza no serviço, como pode ser observado nos DSC's a seguir.

*“Sei, mas ele fala pouco do que ele faz e eu também nem pergunto às vezes. Ele fala que vem aqui e que faz as reuniões no grupo de terapia de jovens com a psicóloga e ela conversa com eles sobre negócios de droga, explica, ensina né e falam o que estão fazendo no cotidiano, no dia a dia, perguntam como foi a semana, mas ele fala que não gosta de vir e vinha mais porque achava a psicóloga a coisa mais linda do mundo. Outro dia ele falou mãe ela me dá atenção porque hoje ela me fez uma pergunta, assim: o que você tá esperando do futuro? Então ele me fala às vezes que isso aqui é só perda de tempo, ele acha que tem que vir aqui porque o conselho tutelar mandou ele vir e se ele não vier vão internar ele. E tem a consulta médica uma vez por mês né.”*

*“Não, assim eu não sei, porque o que ele conversa com a psicóloga ele não comenta né e eu também não faço pergunta nenhuma, mas eu acho assim na minha cabeça que ele vem pra desabafar, conversar, eu acho que é isso, que nem uma preparação pra ele ficar mais calmo, tirar o que ele tá guardando na cabeça. Teve uma vez não sei quem foi aí que foi com ele tomar um sorvete e eu ouvi ele comentando com o irmão que gostou né, que foi legal, que não sei o que.”*

A partir do discurso é possível verificar que os familiares apesar de saberem sobre as atividades realizadas pelos adolescentes no serviço, não aprofundam muito sobre essa questão com eles. Sabem que participam do grupo de adolescentes, coordenado pela psicóloga, e que os assuntos abordados no grupo são sobre o uso de drogas e também sobre o cotidiano, o que realizam no dia a dia. Também souberam dizer sobre a consulta médica, procedimento que os adolescentes também realizam, porém, uma vez ao mês.

A partir da fala dos familiares é possível identificar que há momentos em que os adolescentes expressam não gostar de ir ao serviço, vão até o CAPSad por acreditar e ceder às pressões de que se não participarem das atividades no serviço serão internados, porém, em outros momentos é possível observar, como já verificado na seção anterior, que sentem-se acolhidos e podem ser ouvidos neste espaço.

Aponta-se a ausência de envolvimento dos familiares nas atividades e ações desenvolvidas aos adolescentes no CAPSad, pois o serviço ainda possui dificuldades em implementar programas ou ações que envolvam a concepção de que os familiares devem participar e contribuir no cuidado destinado aos adolescentes.

Os resultados corroboram com os achados do estudo de Taño (2014), realizado com profissionais e familiares de quatro CAPS infantojuvenis do estado de São Paulo, o qual identificou que os familiares apesar de estarem inseridos em atividades nos serviços ainda não eram vistos como parceiros do cuidado. Revela-se a importância de oferecer formações e capacitações aos profissionais do CAPSad, para que passem a reconhecer os familiares como atores essenciais nesse processo de elaboração de ações de cuidado aos adolescentes.

Ainda verifica-se que em um dos discursos os familiares expressam não saber sobre o que o adolescente faz no serviço o que reforça sobre a exclusão ou ausência do envolvimento do familiar em relação às ações de cuidado destinadas aos adolescentes no CAPSad.

Sobre a participação dos familiares no serviço e suas percepções sobre as atividades que participam, estes relataram que participam do grupo de família e ressaltam pontos positivos do grupo, como sendo um espaço de apoio. Os discursos também indicam que os familiares deixaram de vir ao grupo por problemas e situações pessoais, como o trabalho ou doenças, outros não sabem o que dizer do grupo, e ainda familiares expõem críticas em relação ao grupo, como pode ser observado a seguir.

*“Sim, do grupo de família a cada quinze dias. Eu acho ótimo sabe, eu acho muito bom e importante nessa situação é uma ajuda, um apoio, uma orientação, dão conselho pra gente sobre os filhos da gente, explicam pra mim, a gente desabafa né, porque às vezes a gente vem tão carregada assim, às vezes da vontade de deixar tudo, de não trazer mais filho, de não procurar mais, de não vir mais nada, mas aí quando chega aqui, alguma palavra dá aquele ânimo, conforta assim e pra tudo se tem jeito né, eu gosto de vir aqui então é complicado falar, mas eu sempre falo, você tira assim o relato de outro, você tira conclusões muito boas e a psicóloga é tudo de bom, ela sabe coordenar o grupo como ninguém, ela sabe dar aquilo que você tá precisando, ela dá aquela palavra, ela sabe levantar você do chão assim com muita coisa boa, eu acho a psicóloga muito atenciosa muito boazinha, procura orientar sabe, eu gosto muito de todo mundo aqui a gente fazia até confraternização no finalzinho, um trazia um bolo, outro trazia um pão, cada semana um trazia um, uma experiência de uma servia pra outra, o que uma falava a outra falava olha eu já passei ou eu tô passando... a outra falava olha eu já tentei assim e deu certo.”*

*“Eu só participava de reunião não faltava em um grupo, aí depois eu parei também de vir devido às vezes tá meio frio e eu não gosto de frio e nessa frente aí não bate sol, a gente sai cedo pra ir pros lugares, e devido a alguns problemas que a gente tem, fiquei com dengue, e por causa do meu trabalho também eu não tô vindo. Mas se abrir um grupo e falarem pra mim olha mãe você quer vir a esse grupo? Eu venho... eu venho porque meu filho não tá cem por cento ainda e pra ele ter uma recaída a gente ainda tem aquele receio, aquele medo, então o que eu puder ter de informação e se uma pessoa chegar pra mim e falar olha você quer ser voluntária? Acho que eu gostaria até de ser voluntária.”*

*“Eu até agora não consegui ter proveito porque eu venho e quando cada mãe começa a falar eu fico mais perdida ainda com as atitudes sabe, porque eu acho que todas as mãe estão perdidas, não sabem como lidar, mesmo que tem mãe aí que tem filho que faz mais de anos. Além de achar um pouco cansativo do jeito que ela faz, eu não entendi direito, e é na mesa né, não concordo com muita coisa do grupo de família, porque ela fala, fala e fala e quando a gente expõe nossa opinião ela acha errado, é difícil praticar tudo o que ela fala, porque é o que eu falo às vezes ela não tá com um filho drogado dentro de casa pra saber da dependência química como que é a violência que eles tem, entendeu? Eles quebram tudo dentro de casa, vem pra cima da gente, eles tem uma força que parece que não sabe o que vai fazer com a gente, a ponto de matar e então assim é fácil dizer falar o que vai fazer, difícil é ali o dia a dia é muito difícil, por isso que tem coisas que eu não concordo com o grupo de família, porque a gente vem pedir um apoio e não ser criticada e a gente tá sendo muita crítica ali no grupo de apoio, a gente quer um apoio a gente quer ser ouvido e é isso que a gente não tá tendo no grupo de família e muita mãe por isso, não quer vir, vem por obrigação, por causa do juiz.”*

Por meio dos discursos é possível verificar que o grupo é a única ação voltada aos familiares de adolescentes e que alguns deles acreditam que as orientações e informações passadas pelos profissionais que coordenam o grupo são muito importantes e auxiliam para uma melhor e maior compreensão do uso de drogas. Os familiares reconhecem o grupo como um espaço de trocas de aprendizado e ainda como um momento reservado a eles, no qual podem desabafar e encontrar novas possibilidades de lidar com tal realidade. Verifica-se que, apesar das opções de intervenção aos familiares

serem mínimas, elas respondem positivamente na opinião de alguns familiares, portanto, este grupo demonstra ser muito importante para as famílias em relação às informações e orientações disponibilizadas pelos profissionais e também pelo apoio que sentem no mesmo.

Os resultados vão ao encontro dos achados do estudo de Azevedo e Miranda (2010), realizado com familiares de adultos, inseridos em um CAPSad de Natal/RN, o qual indicou que os familiares consideram extremamente importantes as informações recebidas nas reuniões e grupos destinados a eles, pois contribuem na aceitação e nas adaptações à nova situação colocada à família.

Já outros familiares deixaram de comparecer aos grupos devido a situações como o trabalho e doenças na família, por exemplo, e apontam o receio dos adolescentes recaírem e iniciarem o uso novamente. Aponta-se a importância de se facilitar o acesso aos familiares, realizando ações destinadas a eles em outros espaços, próximos da comunidade, como, por exemplo, as escolas, centros comunitários, unidades de saúde, dentre outros.

Há ainda familiares que apontam não estarem satisfeitos com o modo como o grupo é conduzido, pois acham a dinâmica do grupo cansativa, sentem-se perdidos, e apontam que no grupo não são ouvidos, eles apenas ouvem as orientações e não conseguem expor suas opiniões, pois indicam serem julgadas. Os familiares apontam que não conseguem participar efetivamente de uma atividade que é destinada a eles, sentem-se impotentes, pois não se sentem apoiados pelos profissionais do grupo.

Sobre as possibilidades de ajuda que o serviço pode oferecer à família e aos adolescentes, os discursos indicam que os familiares acreditam que o CAPSad oferece esse auxílio por meio de atividades desenvolvidas e pelo trabalho desempenhado pelos profissionais, principalmente pelo apoio e orientações proporcionadas a eles. Já outros não souberam expressar como o serviço poderia ajudá-los, como pode ser observado a seguir.

*“Eu não sei o que achar tipo assim, eu busco uma ajuda, muitas vezes eu vejo os meninos que vem aí e eles ficam ali na esquina e ficam fumando maconha antes de entrar aqui dentro e às vezes eu penso nossa ele não vai sarar nunca né se ele ficar junto com pessoas que tão fumando.”*

Alguns familiares ainda não conseguem identificar como o CAPSad poderia auxiliar a família e os adolescentes, pois possuem dúvidas em relação à efetividade das ações destinadas a eles, no entanto, estão em busca de auxílio. Aponta-se que há a necessidade do serviço aprimorar as ações destinadas aos adolescentes e seus familiares, no entanto, para que as possibilidades de intervenções sejam efetivas neste cuidado é necessário que o serviço além de realizar trabalhos intersetoriais, possa aderir à concepção de que os adolescentes e familiares devem ser protagonistas de suas ações de cuidado e possam contribuir no desenvolvimento e execução das mesmas.

*“Ajuda muito né porque eu já estive pior quando ela desistiu aí depois ela pediu ajuda por causa de umas cagadas, aí e me abriram as porta de novo. Então ajudou bastante e ajuda até agora porque dão orientações, sempre me falam alguma coisa e eu levo isso até a minha filha, ajudo ela através das orientações e dos conselhos, então ajudam dando tratamento pras pessoas que usam droga ajudam a gente a aprender, a ter mais diálogo com eles né, a entender melhor a droga e o álcool, dando apoio. Ajudaram também na internação dela, então ajudou em tudo, porque eu já não tô sozinha, se não fosse o CAPS eu estava sozinha porque não tem mais ninguém, eu senti mais ajuda aqui do que da família, então eu encontrei uma família no CAPS, se não fosse através daqui ela já estaria perdida nesse problema de droga e eu espero que eles continuem ajudando como ajudou psicologicamente também porque ela precisa de muitos conselhos.”*

*“É muito bom o atendimento aqui, eu gosto, porque me tratam bem e pra mim foi muito bom e pra muita gente tá sendo bom também, então eu queria te agradecer, eu acho que da maneira que vocês trabalham aqui, do meu ponto de vista é excelente eu gosto muito de todo mundo, da maneira que vocês tratam as pessoas pra mim tá tudo ótimo não tem que melhorar nada acho que vocês tão a par de tudo, tão me ajudando, porque graças aqui eu tô pensando melhor, conhecendo melhor. Sugestão assim é muito bom as famílias participarem dos grupos, é importante ajudar, apoiar a família, porque se a gente não se unir nos apoios nas ajudas que nem tem aqui, como que vamos ajudar o adolescente ou usuário que seja? Eu encontrei no CAPS uma família, porque a família do pai dele não ajuda, não apoia. Então eu fico feliz que tenha CAPS, que cada cidade tenha um, precisa de mais ajuda pros CAPS, mais funcionários, médicos, essas coisas né pras pessoas, porque é uma ajuda a mais, então eu só tenho*

*que elogiar, que esses programas continuem, mesmo com os cortes que a gente tá tendo, Deus queira que isso não aconteça porque isso é super importante pras famílias, imagina como era antes quando não tinha esses serviços? Então eu só tenho elogios mesmo.”*

Os familiares pontuam que as ações desenvolvidas no CAPSad auxiliam muito no dia a dia, pois depois que começaram a frequentar o serviço passaram a compreender melhor o uso de drogas, quais atitudes deveriam tomar frente às diferentes situações de risco que os adolescentes se envolvem e ainda destacam o apoio que receberam dos profissionais, pontuando que encontraram no serviço uma família. Os familiares ainda pontuam que o serviço auxilia com as internações que realiza aos adolescentes e como sugestão indicam a importância do serviço para as famílias, recomendando que todas as cidades possam contar com o CAPSad.

As famílias possuem uma perspectiva em relação à cura dos adolescentes e veem na internação uma medida resolutiva para o uso abusivo de drogas. As famílias também demarcam em seus discursos o quanto desejam que o problema do adolescente seja resolvido, já os adolescentes dizem o que fazem de bom, aquilo que gostam e apenas remetem o uso de drogas quando questionados.

Uma questão que também é revelada é o quanto a família figura em um lugar bastante importante tanto como fator de proteção quanto fator de risco. Porém, vale o alerta sobre o quanto considerações sobre a família como fator de risco tem levado a políticas bastante preocupantes de retirada de crianças da guarda de seus pais, e os rebatimentos destas estratégias no desinvestimento do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou compreender, sob a ótica dos adolescentes inseridos em um CAPSad, sobre a vivência dos mesmos neste equipamento e nos demais contextos de inserção pelos quais transitam e suas expectativas em relação ao dia a dia e ao futuro. Procurou também identificar, sob a ótica dos familiares dos adolescentes, como vivenciam o uso de drogas realizado pelos adolescentes e suas expectativas em relação ao CAPSad.

A partir da Observação Participante, foi possível ter uma maior aproximação com os adolescentes, possibilitando compreender em profundidade o cotidiano desses sujeitos no CAPSad e, considera-se que o recurso das entrevistas permitiu maior detalhamento e aprofundamento na compreensão da trajetória, inserção no serviço e cotidiano dos participantes.

Em relação às vivências dos adolescentes neste serviço foi possível identificar que a frequência dos adolescentes no CAPSad é instável, no entanto os adolescentes identificam o serviço como um espaço importante, de acolhimento, escuta e de ajuda, um dos poucos que podem contar no dia a dia. Não obstante, verificou-se que o repertório de ações de cuidado oferecidas aos adolescentes encontra-se fragilizado e é limitado por questões de diferentes ordens como falta de recursos humanos, ausência de oportunidades de discussão e formação, indisponibilidade para o cuidado de adolescentes, dentre outros.

Os resultados evidenciaram que estes adolescentes vivenciam um processo de exclusão social e desengajamento em diversas esferas, aqui destacados o contexto escolar e, em alguma medida, o contexto familiar e o território onde vivem. Os resultados deste estudo demonstram que as demandas dos adolescentes e de seus familiares não dialogam com as ofertas de cuidado.

O distanciamento do ambiente escolar também foi um resultado de destaque neste estudo, no qual discutiu-se a urgência de efetivações e parcerias concretas entre os serviços.

O estudo avança ao considerar o protagonismo dos adolescentes inseridos no CAPSad, sendo possível compreender, por meio de seus discursos, sobre seus ideais, desejos, projetos e planos para suas vidas.



A partir dos resultados ressaltou-se a necessidade de responsabilização do poder público em relação à garantia das ações de cuidado às crianças e adolescentes sob o princípio de prioridade absoluta.

Aponta-se também a necessidade de implantação de espaços de educação informal, de planejamento e desenvolvimento de estratégias de trabalho e geração de renda, dentre outros, visando oferecer maiores oportunidades de engajamento e participação social. Coloca-se a importância de uma reorganização dos CAPSad, buscando envolver práticas mais acolhedoras e sensíveis, focalizando a desburocratização dos processos que envolvem o cuidado dos adolescentes, distanciando-se de ações amparadas na punição como premissa.

A partir das discussões foram apresentadas outras sugestões de revisão e/ou ampliação das práticas desenvolvidas no CAPSad voltadas a esta população assim também como recomendações acerca da urgente necessidade de efetivação e expansão das políticas públicas tanto para o setor da saúde como para os demais setores que trazem importante interface com a adolescência em vulnerabilidade.

Compreende-se, dentre as limitações deste estudo, que a inserção em apenas um CAPSad não permite ampliar a discussão de alguns resultados, no entanto, tem-se clareza de que parte da realidade deste serviço se repete. Não obstante, tal opção permitiu tanto a inserção da pesquisadora no serviço quanto a aproximação cotidiana com os participantes.

Assim, considera-se que o destaque deste estudo foi dar voz aos adolescentes, a uma população que muito explicitamente está em um contexto de dupla exclusão, excluída dos CAPSi e dos CAPSad. O estudo possibilitou dar voz aos adolescentes ao identificar e compreender sobre as particularidades de seus cotidianos, segundo suas próprias perspectivas, dentro e fora do serviço e, ainda tornou esse cenário mais rico ao trazer a família para compor este diálogo.

## 7. REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FioCruz, 1994.

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

ALMEIDA, R.B.; et al. Crack, a pedra lançada no SUS: desafios para uma atenção necessária. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)**. Rio de Janeiro, v. 37, n. especial, p.49-60, dezembro 2013. Disponível em: <[http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2014/06/RSD\\_EspecialDrogas\\_REV2905\\_Web.pdf](http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2014/06/RSD_EspecialDrogas_REV2905_Web.pdf)> Acesso em 10 de dezembro de 2015.

ALVES, V. S.; LIMA, I. M. S. O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. **Revista de Direito Sanitário, Brasil**, v. 13, n. 3, p. 9-32, fevereiro, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56241/59451>>. Acesso em: 8 de dezembro de 2015.

AMOR EXIGENTE, 2016. Disponível em: <<http://amorexigente.com.br/>>. Acesso em: 29 de janeiro de 2016.

AMPARO, D.M.; Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. **Estudos de Psicologia. (Natal)**. Natal, v. 13, n.2, p. 165-174, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v13n2/09.pdf>> . Acesso em: 09 de janeiro de 2015.

ANDRADE, A.T.; SOUSA, M.L.T.; QUINDERÉ, P.H.D. Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas: concepções dos trabalhadores de saúde . **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. São João Del Rei, v. 8, n.2, dezembro 2013. Disponível em: <[http://www.ufsj.edu.br/portal2-visorio/File/revistalapip/Volume8%20n2/PPP%208\\_2%20AbstractArt\\_%204.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal2-visorio/File/revistalapip/Volume8%20n2/PPP%208_2%20AbstractArt_%204.pdf)>. Acesso em: 04 de janeiro de 2016.

ARAÚJO, N. B.; et al. Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. São Paulo, v. 61, n. 4, p.227-234, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n4/06.pdf>>. Acesso em : 18 de novembro de 2015.

ARECO, M.N; et al. Caracterização dos serviços que atendem adolescentes: interfaces entre saúde mental e drogadição. **Psicologia e Sociedade**. Belo Horizonte, v. 23, n.1, p. 103-113, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a12v23n1.pdf>>. Acesso em 25 de janeiro de 2016.

ASSIS, S.G. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciência e saúde coletiva**. São Paulo, v.8, n. 3, p. 669-679, 2003. Disponível

em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300002)>. Acesso em: 22 de janeiro de 2016.

AVANCI, J. Q. et al., Fatores Associados aos Problemas de Saúde Mental em Adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 23, n. 3, p. 287-294, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722007000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722007000300007)>. Acesso em: 16 de janeiro de 2016.

AZEVEDO, D.M.; MIRANDA, F.A.N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 56-63. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a09.pdf>> . Acesso em: 21 de dezembro de 2015.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: **A Instituição Negada** : Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 99-133.

BASTOS, I. T. **Os processos de trabalho na construção do cuidado: casos emblemáticos atendidos em Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas da Infância e Adolescência (CAPS ADi)**. Dissertação. 2013 227p. (Mestrado em Ciência) – Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, Universidade de São Paulo, USP, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-17042013-095240/pt-br.php>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2016.

BATISTA, L. S. S.; BATISTA, M.; CONSTANTINO, P. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas do caps ad em 2000 e 2009, Campos dos Goytacazes, RJ. **Ciências Online: Biologia e Saúde**. v.7, n.2, p. 23-38, 2012. Disponível em: [http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas\\_e\\_saude/article/viewFile/195/106](http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/viewFile/195/106)>. Acesso em 22 de janeiro de 2015.

BAUS, J.; KUPEK, E.; PIRES, M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n.1, p. 40-46, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102002000100007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102002000100007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 25 de dezembro de 2015.

BRAUN, L.M.; ZANON, L.L.D; HALPERN, S. A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência. **Revista da SPAGESP**, v. 15, n.2, p.122-140. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v15n2/v15n2a10.pdf>>. Acesso em: 19 de novembro de 2015.

CAVALCANTE, M.B.P.T.; ALVES, M.D.S.; BARROSO, M.G.T. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 555-559, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a24>>. Acesso em: 107 de janeiro de 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 336 de 16 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuário de álcool e outras drogas**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2003. 60 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf). Acesso em: 22 de dezembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, 2.ed. 2004. 66p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf). Acesso em: 20 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**., Brasília, 2004a, 86 p. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso em: 24 de outubro de 2015.

\_\_\_\_\_. **Resolução N°3/GSIPR/CH/CONAD**, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>. Acesso em 10 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para a política de Saúde Mental Infantojuvenil**. Brasília, 2005 a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05\\_0887\\_M.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf). Acesso em: 29 de dezembro de 2015

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas**. Brasília, 2005 b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 05 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Secretaria Nacional Antidrogas. **A Prevenção do Uso de Drogas e a Terapia Comunitária**. Brasília, 2006. 24p. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/327616.pdf>. Acesso em: 30 de dezembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização /. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Brasília, 2009, 52p. Disponível em: Acesso em: 20 de janeiro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html)>. Acesso em: 12 de dezembro de 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)>. Acesso em: 15 de outubro de 2015

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS**. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília, setembro 2010a, 48 p. Disponível em: [http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/31/documentos/consultorio\\_rua\\_sus.pdf](http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/31/documentos/consultorio_rua_sus.pdf)>. Acesso em: 07 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto Nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 08 de janeiro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília, 2011 a. p. 106. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_fronteras\\_reforma\\_psiquiatica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatica.pdf)>. Acesso em: 30 de outubro de 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011b**. 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. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 27 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2013. 16p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 14 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios**. Brasília, 2013a. 34p. Disponível em: < <http://www.mprn.mp.br/portal/transformando-destinos-arquivos/cartilhas-e-materiais->

para-estudo/livros-cardenos-e-revistas/3150-manual-de-construcao-do-caps-e-unidades-de-acolhimento/file>Acesso em: 20 de dezembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de direitos humanos. Secretaria nacional de promoção dos direitos da criança e do adolescente. Coordenação geral do sistema nacional de atendimento socioeducativo. **Levantamento anual dos/as adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa**. Brasília, 2014. 77p. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/pdf/levantamento-sinase-2012>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil : recomendações : de 2005 a 2012**. Brasília, 2014a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum\\_nacional\\_saude\\_mental\\_infantojuvenil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum_nacional_saude_mental_infantojuvenil.pdf)>. Acesso em: 07 de janeiro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília, 2014b. 57 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12**. Brasília, ano 10, nº 12, agosto de 2015. 48p.

CNES, **Cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde**.<<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

CAMPOS, A.C. **O CAPSad e o atendimento aos adolescentes usuários de drogas ilícitas em Juiz de Fora/MG. 2010**. 179p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2010/06/alessadra.pdf>>. Acesso em 10 de janeiro de 2016.

CARDOSO, R.L.D.; MALBERGIER, A. Problemas escolares e o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes. **Psicologia Escolar e Educacional**. Maringá, v.18,n. 1, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-85572014000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572014000100003)>. Acesso em: 09 de dezembro 2015.

CARLINI, E. L. A., et al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, 2010. Disponível em: <[http://www.antidrogas.com.br/downloads/vi\\_levantamento.pdf](http://www.antidrogas.com.br/downloads/vi_levantamento.pdf)>. Acesso em: 19 de dezembro de 2015.

CARLINI, E. A. A história da maconha no Brasil. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, v.55, n4, p. 314-317, 2006. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852006000400008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852006000400008&script=sci_arttext). Acesso em: 22 de dezembro de 2015.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C.; PEDRO DELGADO, G. G. A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio Grande do Sul, v. 30, n.4, p. 390-398, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>> . Acesso em: 20 de janeiro de 2016.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C.; PEDRO DELGADO, G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**. Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p. 17-40, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00017.pdf>>. Acesso em 05 de janeiro de 2016.

COUTO, M. C. V. **Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)**. 2012. 178 p. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

DELFINI, et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14 , supl.1, p. p. 1483-1492, outubro, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800021)> Acesso em: 12 de janeiro de 2016.

DESSEN, M.A.; POLONIA, A.C. A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, v.17, n.36, p. 21-32, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n36/v17n36a03.pdf>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2016.

DUARTE, M.L.C. **Familiares dos usuários de crack em um CAPS ad III: avaliação das necessidades de cuidado**. 2013. 207 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul , Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/78878/000901311.pdf?sequence=1>> . Acesso em: 15 de janeiro de 2016.

DIETZ, G., et al. As relações interpessoais e o consumo de drogas por adolescentes. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** , v. 7, n. 2, p. 85-91, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49577>>. Acesso em: 15 de outubro de 2015.

EISENSTEIN, E.; JORGE, E.; LIMA , L.B. Transtorno do estresse pós-traumático e suas repercussões clínicas durante a adolescência. **Revista Adolescência e Saúde**. Rio De Janeiro, v. 6, n. 3, setembro, 2009. Disponível em: Acesso em: <[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=13#](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=13#)> Acesso em 19 de janeiro de 2016.

ESPÍNOLA, L.L. **Práticas do cuidar de adolescentes usuários de drogas**. 2013. 127p. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – João Pessoa, Universidade Federal da Paraíba, 2013. Disponível em:

<http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/dissertacoes2013/lawrencitalimeiraespinola.pdf>>.  
Acesso em 29 de dezembro de 2015.

ELBREDER, M.F.; et al. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **Jornal de Psiquiatria**. São Paulo, vol. 57, n. 1, P.9-15, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a03.pdf>.>  
Acesso em: 10 de dezembro de 2015.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T. et al. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz. p.59-81. 2005.

FERNANDES, A.D.; MATSUKURA, T.S. Adolescentes no CAPSi: relações sociais e contextos de inserção. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v.26, n.2, p. 216-224, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/89320>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2016.

FERREIRA, T.H.F.; FARIAS, M.A. Adolescência através dos Séculos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 26 n. 2, pp. 227-234, junho 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a04v26n2.pdf>>. Acesso em 15 de janeiro de 2016.

FIORI, M.; TÓFOLI, F.L. Dossiê descriminalização STF 2º edição: argumentos pela criminalização e evidências científicas. **Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas**. 2015. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/Dossi---Descriminaliza---o-STF-2-pop1.pdf>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2016.

GALDURÓZ, J. C. F., et. al. **V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras 2004**. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, 2004. Disponível em: <<http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=644>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2016.

GARCIA, J.J.; PILLON, S.C.; SANTOS, M.A. Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, junho, p. 753-761, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/13.pdf>.> Acesso em 08 de novembro de 2015.

GOMES, N.A. **Critérios utilizados por trabalhadores para a inclusão de adolescentes em serviços públicos de saúde mental**. 2009. 166p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-08012010-141442/pt-br.php>>. Acesso em: 04 de janeiro de 2016.

GONÇALVES, T.S.; NUNES, M.R. Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad. **Revista Perquirere** (Centro Universitário de Pato de Minas) v.11, n.2, p. 169-178, dezembro 2014. Disponível em: <<http://perquirere.unipam.edu.br/documents/23456/612187/Perfil+dos++usu%C3%A1ri>



[os+do+centro+de+aten%C3%A7%C3%A3o+psicossocial+%C3%A1lcool+e++drogas+\\_+CAPS+AD.pdf](#)>. Acesso em: 29 de dezembro de 2016.

HORTA, R.L.; et al. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 775-783, abril 2007. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/csp/v23n4/04.pdf>>. Acesso em: 04 de dezembro de 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População residente por situação do domicílio e sexo, segundo os grupos de idade**. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo Demografico 2010/Caracteristicas Gerais Religiao Deficiencia/tab1\\_1.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religio_o_Deficiencia/tab1_1.pdf)>. Acesso em: 10 de janeiro de 2016.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2016. <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2016.

JAHN, G.M.; NARDI, F.L.; DELL'AGLIO, D.D. Adolescência e envolvimento em situações ilegais: Diferenças de gênero. In: COLAÇO, V.F.R.; CORDEIRO, A.C.F. **Adolescência e juventude: conhecer para proteger**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. p.169-198.

JESUS, B.F.; et al., Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 359-367, junho 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200021&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 de janeiro 2015.

JODELET, D. **As representações sociais**. Tradução: ULUP, L. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 7-44.

KESSLER, F., et al. Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. **Revista de Psiquiatria**. Rio Grande do Sul, v. 33, n. 41, p.33-41, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a05v25s1.pdf>>. Acesso em: 02 de dezembro de 2015.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. N. C. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo a metodologia do discurso do sujeito coletivo**. Série Pesquisa, v. 20. Brasília: Líber Livro, 2010.

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. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set., 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702007000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300007)>. Acesso em: 28 de dezembro de 2015.

MACHADO, A.C. O uso terapêutico do Estêncil Grafite com adolescentes na Oficina de Artes do CAPS-ad Cascavel. **Revista Educação, Artes e Inclusão**, v. 7, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.udesc.br/index.php/arteinclusao/article/view/3806/2611>>. Acesso em: 04 de janeiro de 2016.

MACHADO, L.V.; BOARINI, M.L. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. **Psicologia: ciência e profissão**. Brasília, v.33, n.3, p. 580-595, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006)>. Acesso em: 20/03/2016.

MAIA, J. M.D.; WILLIAMS, L.C.A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 91 – 103, 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v13n2/v13n2a02.pdf>. > Acesso em 09 de janeiro de 2016.

MALTA, D.C.; et al. Exposição ao álcool entre escolares e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 48, n. 1, p. 52-62, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000100052](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100052).> Acesso em 06 de janeiro de 2016.

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

MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: Maria Cristina Marquezine. (orgs.) **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Eduel, Londrina, p.11-25, 2003.

MARQUES, A.L.M.; MÂNGIA, E. F.; Organização e práticas assistenciais: estudo sobre centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 229-237, dezembro 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46390>> Acesso em: 10 de janeiro de 2015.

MARQUES, A. C. P.R.; CRUZ, M.S. O adolescente e o uso de drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.32, n6, supl. II , 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3794.pdf>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2015.

MÁRTINS, M. C. F. N.; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.44-57, set-dez 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/06.pdf>>. Acesso em 11 de setembro de 2015.

MATSUKURA, T.S. Dados do relatório técnico de pós doutorado sênior. 2013.

MATSUKURA, T.S.; FERNANDES, A.D.S.A.; CID, M.F.B. Saúde mental infantil em contextos de desvantagem socioeconômica: fatores de risco e proteção. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. São Carlos, v. 22, n. 2, p. 251-262, 2014. Disponível em: <<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2014.047>>. Acesso em 06 de janeiro de 2015.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 239-262, julho-setembro, 1993. Disponível em:

<[http://unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/quantitativo\\_qualitativo\\_oposicao\\_ou\\_complementariedade.pdf](http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/quantitativo_qualitativo_oposicao_ou_complementariedade.pdf)>. Acesso em: 10 de janeiro de 2015.

MIRANDA, P.S.; VARGAS, D. Satisfação de pacientes de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas com o atendimento do enfermeiro. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e drogas**. São Paulo, v.5n.2, p.1-15, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38694>. Acesso em 28 de dezembro de 2015.

MONCKTON, P.C.; PEDRÃO, L.J. Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 19, n. spe, p. 738-745, junho, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000700011&script=sci\\_abstract&tlng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000700011&script=sci_abstract&tlng=p)>. Acesso em: 03 de dezembro de 2015.

MONTEIRO, C. F. S., et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 90-95, 2011. Disponível : <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/13.pdf>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2015.

MOURA, F.G; SANTOS, J.E. O cuidado aos usuários de um centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: uma visão do sujeito coletivo. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**. São Paulo, v.7, n. 3, p. 126-132, dezembro 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49585>>. Acesso em 10 de janeiro de 2015.

MUYLART, C.J.; DELFINI, P.S.S.; REIS, A.O.A. Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. **Physis**. Rio de Janeiro, v.25, n.1., p.1-18, março 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00041.pdf>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2015.

NARDI, H.C.; RIGONI, R.Q. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.25, n.2. p. 382-392, fevereiro 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000200017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200017)>. Acesso em: 10/04/2016.

NERY, A. et al. **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA, coleção drogas: clínica e cultura, 2012. 438p.

NUNES, L.; JOLLUSKIN, G. O uso de drogas: breve análise histórica e social. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**, v.4, 2007, p. 230-237, 2007. Disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/449/1/230-237FCHS04-15.pdf>> . Acesso em: 10 de dezembro de 2015.

OLIVEIRA, M.F.A.P.B.; et al. Processos de trabalho e impasses institucionais em Saúde Mental. IN: REIS, A.O.A.; et al. (Orgs) **As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil**. São Paulo: Schoba, 2012. p.165-179.

OLIVEIRA, M.S.; et al. A percepção de Adolescentes usuários e não usuários de maconha sobre problemas de comportamento. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**. V.8, n. 3, p. 134-141, dezembro 2012a. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v8n3/pt\\_05.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v8n3/pt_05.pdf)>. Acesso em: 15 de janeiro de 2016.

OLIVEIRA, N.; et al. Caracterização da clientela atendida em Centro de Atenção Psicossocial - álcool e drogas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 14, n. 4, p. 748-756, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/200/pdf>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2015.

OLIVEIRA, R.T. Drogas, violência e assassinatos de jovens no Brasil vítimas ou algozes? In: Conselho Federal de Psicologia. **Mitos e Verdades Sobre a Justiça Infante Juvenil Brasileira: Por que Somos Contrários à Redução da Maioridade** MAGALHAES, J.L.Q.; Maria José GONTIJO, M.S.; OLIVEIRA, R.T. Brasília, 12-21p, 2015. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/cfp-lanca-livro-sobre-justica-infantojuvenil-na-proxima-quinta>>. Acesso em 13 de janeiro de 2016.

PAES, P. C. D.; ORLANDO, T. S. **Escola de Redução de Danos na fronteira do Brasil com o Paraguai**. Rio de Janeiro: Psicotropicus, 2013. 205 p. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/trabalho/GT06-2635--Int.pdf>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2016.

PADOVANI, A.S. **Vozes aprisionadas: sentidos e significados da internação para adolescentes autores de ato infracional**. 2013. 201 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2013. Disponível em: <<http://www.pospsi.ufba.br/Andrea%20Sandoval.pdf>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2015.

PAIVA, F.S.; RONZANI, T.M. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. **Revista Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 14, n. 1, p. 177-183, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a21v14n1>>. Acesso em: 29 de novembro de 2015.

PEREIRA, S.E.F.N.; SUDBRACK, M.F.O.; Drogadição e Atos Infracionais na Voz do Adolescente em Conflito com a Lei. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24 n. 2, p. 151-159, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n2/03.pdf>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2015.

PEREIRA, A. S.; WURFEL, R. F. O uso de maconha como estratégia de redução de danos em dependentes de crack. **Aletheia** n.34, abril 2011. <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141303942011000100013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942011000100013)>. Acesso em: 10 de janeiro de 2015.

POLETTI, M.; KOLLER, S. H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 25, n.3, p.405-416, setembro, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n3/a09v25n3>>. Acesso: 18 de dezembro de 2015.

PRATTA, E. M.M.; SANTOS, M. A. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 11, n. 3, p. 315-322, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n3/09.pdf>>. Acesso em: 05 de dezembro de 2015.

QUEIROZ, I.S. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v.21, n.4, dezembro 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932001000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400002)>. Acesso em: 10/03/2016.

QUEIROZ, D.T.; et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 15, n.2 p. 276-83, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>>. Acesso em: 09 de janeiro de 2016.

QUINDERÉ, P.H.; TÓFOLI, L. F. Análise do perfil epidemiológico dos clientes do centro de atenção psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS-ad) de Sobral-CE. **Sanare, Revista de Políticas Públicas**. Sobral, v.6, n.2, p.62-66, dezembro 2007. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/155/147>>. Acesso em 29 de dezembro de 2015.

RAUPP, L.; SAPIRO, C.M. Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v.26, n.4, p. 445-454, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2009000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2009000400005). Acesso em: 02 de dezembro de 2015.

RIBEIRO, P.R.M. **Saúde Mental no Brasil**. São Paulo: Arte e Ciência, 1999.

RIBEIRO, P.R.M.; História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, abril 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a04.pdf>. Acesso em 22 de dezembro de 2015.

RIBEIRO, E.L.; PAULA, C. S.; Política de saúde mental para crianças e adolescentes. In: **Políticas de saúde mental**. Baseado no curso políticas públicas de saúde mental do CAPS Luiz R. Cerqueira. p.322-346, 2013. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas\\_de\\_saude\\_mental\\_capa\\_e\\_miolo\\_site.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf)> Acesso em: 21 de janeiro de 2016.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. A proteção da infância e da sociedade: In: A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro : Editora PUC-Rio; São Paulo ( Loyola), 2004. p. 19-39.

RIGONI, M.S.; OLIVEIRA, M.S.; ANDRETTA, I. Consequências neuropsicológicas do uso da maconha em adolescentes e adultos. **Ciência e Cognição** v.8, p.118-126. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v08/m31684.pdf>> Acesso em: 10 de janeiro de 2016.

RONZANI, T.M.; NOTO, A.R.; SILVEIRA, P.S. *Reduzindo o estigma entre usuários de drogas : guia para profissionais e gestores*. Juiz de Fora, Editora UFJF, 2014. Disponível em:  
<[http://www.editoraufjf.com.br/ftpeditora/site/reduzindo\\_o\\_estigma\\_entre\\_usuarios\\_de\\_drogas.pdf](http://www.editoraufjf.com.br/ftpeditora/site/reduzindo_o_estigma_entre_usuarios_de_drogas.pdf)> Acesso em: 27 de novembro de 2015.

SALLES, M.M.; BARROS, S. Relações do cotidiano: a pessoa com transtorno mental e sua rede de suporte social. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.21, n. 2, p. 561-579, 2011. Disponível em: Acesso em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000200012&script=sci_arttext)>

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da Terapia Ocupacional no Brasil. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. São Carlos, v. 21, n. 2, p. 265-273, 2013. Disponível em: < <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2013.028>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2016.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da Terapia Ocupacional na literatura de língua inglesa. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. São Carlos, v. 23, n. 1, p. 197-210, 2015. Disponível em: <  
<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/download/813/438>>  
. Acesso em: 28 de janeiro de 2016.

SANCHEZ, Z.V.D.M.; NAPPO, S.A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo v..36, n..4, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-9102002000400007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-9102002000400007&script=sci_arttext)>. Acesso em: 30 de novembro de 2015.

SAPIENZA, S.; PEDROMÔNICO, M.R.M.; Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, agosto, 2005. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a07>>. Acesso em 09 de janeiro de 2015.

SARACENO. **Libertando Identidades**: da reabilitação psicossocial a cidadania possível . Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, Te Corá, 1999.

SCADUTO, A. A.; BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 605-614, 2009. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000200029](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200029)>. Acesso em: 30 de dezembro de 2015.

SCISLESKI, A.C.; MARASCHIN, C. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 13, n. 3, p. 457-465, setembro 2008. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a06.pdf>> . Acesso em: 10 de outubro de 2015.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 649-659, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300002)>. Acesso em: 19 de novembro de 2015.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300027)>. Acesso em: 07 de dezembro de 2015.

SILVA, B.L.C.; et al. | Participação da família no tratamento dos usuários do centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas. **Revista Brasileira Pesquisa e Saúde**. Vitória, v.14, n.4, p. 61-68, dezembro 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/5120/3846>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2016.

SILVA, C.C.; et al. **Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPSad**. Ciência e saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 737-745, março. 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000300737&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000300737&script=sci_abstract&tlng=es)>. Acesso em 20 de janeiro de 2016.

SILVA, C.R.; CARDINALLI, I.; LOPES, R.E. A utilização do blog e de recursos midiáticos na ampliação das formas de comunicação e participação social. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 131-142, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Carina/Downloads/960-3040-1-PB.pdf>. Acesso em: 26 de janeiro de 2016.

SILVEIRA, R.W.M.; REZENDE, D.; MOURA, W.A.; Pesquisa-intervenção em um CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v.3, n.2, p. 184-197, 2007. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S19832202010000200008&script=sci\\_abstract](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S19832202010000200008&script=sci_abstract)>. Acesso em: 09 de janeiro de 2016.

SOUSA, A.P. **Estudo comparativo das famílias monoparentais masculinas x monoparentais femininas: a influência do genitor no desenvolvimento familiar**. 2008, 171p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho, Franca, 2008. Disponível em: <<http://www.franca.unesp.br/Home/Posgraduacao/ServicoSocial/Dissertacoes/AnaPaula.pdf>>. Acesso em 14 de janeiro de 2016.

SOUZA, J.; KANTORSKILL, L.P.; MIELKE, F.B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPSad. **Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**. Ribeirão Preto, v. 2, n.1, fevereiro 2006. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762006000100003&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762006000100003&script=sci_arttext). Acesso em: 13 de janeiro de 2016.

SOUZA, I.C.W.; RONZANI, T.M. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 17, n.2, p. 237-246, maio, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722012000200007.>](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000200007.>) Acesso em: 13 de janeiro de 2015.

SOUZA, D.R. Redução de danos (RD): **Análise das concepções dos profissionais de um centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas (CAPSad)**. 2013. 108 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

TAÑO, B.L. **Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico**. 2014. 208 p. **Dissertação** (Mestrado em Terapia Ocupacional)- Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

TAÑO, B.L.; MATSUKURA, T.S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. São Carlos, v. 23, n.2, p. 439-447, 2015. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/865>>. Acesso em: 15 de dezembro de 2015

TEIXEIRA, L.L.; et al., O cotidiano familiar após a descoberta do filho dependente químico. **Revista de Enfermagem UFPE online**. Recife, v.8, supl. 2, p. 3639-346, outubro, 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5255/10620>> Acesso em: 10 de janeiro de 2016.

TOMM, E; ROSO, A. Adolescentes e crack: pelo caminho das pedras. **Fractal, Revista de Psicologia**., v. 25 – n. 3, p. 675-692, dezembro de 2013. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v25n3/a16v25n3.pdf>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2016.

UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report**, United Nations, New York, 2015, p.162. Disponível em: <[http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World\\_Drug\\_Report\\_2015.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf)>. Acesso em: 10 de novembro de 2015.

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. **A voz dos adolescentes**. Brasília. 2006b. 132p. Disponível em: < [http://www.unicef.org/brazil/pt/resources\\_10282.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10282.htm)>. Acesso em 30 de novembro de 2015.

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. **O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades**, Brasília, 2011.182 p. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sabrep11.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf). Acesso em 20 de novembro de 2011

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação Mundial da Infância 2011**- Adolescência uma fase de oportunidades. Nova Iorque, 2011 a. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sowcr11web.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf)Acesso em: 17 de janeiro de 2016.



UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. **O uso da internet por adolescentes**. 2013. 88p. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_uso\\_internet\\_adolescentes.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_uso_internet_adolescentes.pdf)>. Acesso em 16 de janeiro de 2016.

VALÉRIO, A.L.R. A redução de riscos e danos na saúde mental através do CAPSad. In: FILHO, A.N. **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. EDUFBA. Salvador, 2012. p.209-222.

VASTERS, G.P. **Trajetórias de adolescentes usuários de drogas de um serviço especializado: do primeiro uso ao tratamento**. 2009. 140 p. Dissertação (Mestrado em uso e abuso de álcool e drogas) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 19, n. 2, p.8, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_13.pdf)>. Acesso em: 30 de novembro de 2015.

VASTERS, G.P. **Redes De apoio social de adolescentes usuários de drogas atendidos em um serviço especializado ambulatorial em Ribeirão Preto /SP**. 2013, 161 p. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde Mental ) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

XAVIER, R.T.; MONTERIO, J.K. Tratamento de Pacientes Usuários de crack e outras drogas nos CAPSad. **Psicologia Revista São Paulo**, v. 22, n.1, p. 61-82, 2013. Acesso em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/16658>>. Disponível em: 10 de janeiro de 2015.

VIEIRA, J.K.F. et al., Concepção sobre drogas: relatos dos usuários do CAPS-ad, de Campina Grande, PB. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. São Paulo, v.6, n.2, p. 1-22, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38717/41570>>. Acesso em: 09 de janeiro de 2015.

VICENTIN, M. C. G., GRAMKOW, G., MATSUMOTO, A. E. Patologização da adolescência e alianças psi-jurídicas: algumas considerações sobre a internação psiquiátrica involuntária. **BIS, Boletim do Instituto de Saúde**, vol.12, n.3, p. 268-272, 2010. Disponível em: [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S15188122010000300010&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15188122010000300010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 de dezembro de 2015.

## **8. APÊNDICES**

### **A- FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO**

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

**Pesquisa: Adolescentes usuários de álcool e outras drogas: trajetórias, cotidianos e desafios.**

**Pesquisadora: Carina Curti Galhardi**

### **FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO**

1. SERVIÇO:
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
2. ANO DE FUNDAÇÃO:
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
3. NÚMERO DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE ATUAL :
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
4. QUAIS OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO (INCLUIR TODOS OS PROFISSIONAIS, NÃO SOMENTE A EQUIPE TÉCNICA)?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
5. QUAIS AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA INSTITUIÇÃO? (VER CRONOGRAMA DO SERVIÇO)?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
6. QUAL O NÚMERO GERAL DE USUÁRIOS DO SERVIÇO E DESTES QUANTOS SÃO ADOLESCENTES?

7. EM RELAÇÃO AOS ADOLESCENTES, COMO É ESTRUTURADA ATENÇÃO? QUAL O PERCURSO DELES AQUI NO SERVIÇO?

B- FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO ADOLESCENTE E REDE FAMILIAR

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

**Pesquisa: Adolescentes usuários de álcool e outras drogas: trajetórias, cotidianos e desafios.**

**Pesquisadora: Carina Curti Galhardi**

**FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO – ADOLESCENTE E REDE FAMILIAR**

ADOLESCENTE:

1. NOME:
  
2. DATA DE NASCIMENTO:
  
3. IDADE:
  
4. ESTADO CIVIL:
  
5. SEXO:
  
6. BREVE HISTÓRIO ESCOLAR:
  - 6.1 ESCOLARIDADE

6.2 FREQUENTA A ESCOLA? SIM  NÃO

6.3 SE NÃO HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ SEM FREQUENTAR A ESCOLA?

6.4 REPETÊNCIAS

6.5 MUDANÇAS DE ESCOLAS

7. RESIDE COM QUANTAS PESSOAS?

7.1 CITE QUEM SÃO ELAS (PAI, MÃE, AVÓS...)

8. VOCÊ TRABALHA? SIM  NÃO

8.1 SE SIM ONDE VOCÊ TRABALHA.. QUAL A SUA PROFISSÃO?

9. VOCÊ JÁ TEVE ALGUM ENVOLVIMENTO COM A JUSTIÇA? SIM   
NÃO

9.1 SE SIM, COMO FOI ESSE ENVOLVIMENTO?

FAMILIAR:

1. NOME:
2. IDADE:
3. PARENTESCO:
4. PROFISSÃO:
5. ESCOLARIDADE:
6. COMPOSIÇÃO FAMILIAR PRÓXIMA:

**C- ROTEIRO DE ENTREVISTA DO ADOLESCENTE****ROTEIRO DE ENTREVISTA DO ADOLESCENTE****NOME:****DATA:****COTIDIANO**

- 1- Em relação ao seu dia a dia, me conte como costuma ser o seu dia desde a hora em que você acorda até o momento em que você vai dormir?
  
- 2- Me conte como costuma ser o seu final de semana desde a hora em que você acorda até o momento em que vai dormir?
  
- 3- Quais coisas você gosta de fazer no seu dia a dia? (O que mais lhe dá prazer, lhe diverte). Fale sobre isso...
  
- 4- E quais coisas você não gosta de fazer? (O que mais aborrece, incomoda fazer) Fale sobre isso...
  
- 5- Há coisas que você gostaria de fazer em seu dia a dia, mas não faz? O que você deseja, o que você sonha?
  
- 6- Sobre a escola...
  - a) Se está na escola , me fale sobre como é para você estar na escola, o que é legal, e o que não é legal?
  - b) Caso não esteja na escola, me fale por que você não está mais na escola?
    - b1) O que você acha que dificulta você estar na escola?
    - b2) Você deseja retornar? Quais dificuldades você vê para isso?
  
- 7- Me fale um pouco sobre você. O que você pode me dizer sobre você, sobre o seu jeito de ser?)
  
- 8- Me fale (mais) sobre suas qualidades...
- 9- Me conte também (mais) sobre suas dificuldades...

10- Como você chegou ao CAPSad? Me conte um pouco sobre como tudo aconteceu....

11- Como você entende a droga na sua vida? Me conte um pouco sobre isso...

12- De tudo o que aconteceu, por que você acha que começou a usar drogas?

### **CAPSad**

1- Como foi para você quando chegou até o CAPSad?

a) Como você se sentiu, o que achou?

b) Você veio por vontade própria? Como foi?

2- Quais atividades você realiza no CAPSad? O que você mais gosta no CAPSad? O que menos gosta? Por quê?

3- Sua família também participa de atividades no CAPSad? Se sim, de quais atividades?

4- Alguma coisa mudou depois que você passou a frequentar o CAPSad? (O que mudou, o que não mudou)?

5- O que você acha do CAPSad (para você e para os outros usuários deste serviço)?

6- As atividades que você realiza aqui ajudam em alguma coisa no seu dia a dia?

7- Você acha que alguém no CAPSad reconhece a sua realidade (como você é, o que você vive, do que gosta, o que pensa, o que pode te ajudar)? Quem? Fale sobre essa questão.... Você tem sugestões para isso?



- 8- E fora do CAPSad... nos outros lugares que você frequenta (escola, com seus amigos, com sua família..), como é que você sente as pessoas com relação a você?

**Pensando na sua vida agora, no presente....**

1- Em relação aos seus amigos (como é sua relação com eles, as atividades que realizam juntos...)

2- Em relação à sua família... (pessoas que moram com você, seu relacionamento com elas...)

3- E na escola, como está agora? (atividades que gosta ou não de fazer, relacionamento com amigos, professores....) :se você estiver frequentando a escola.

4- Em relação a sua vida de (antes, no passado) quando você era criança e a de hoje, o que há de diferente ?

5- Quais as coisas boas na sua vida hoje? Fale sobre isso...

6- Quais as coisas difíceis na sua vida hoje? Fale sobre isso....

7- Na sua vida hoje quem são as pessoas importantes para você? Quem te ajuda quando você tem problemas? Me conte sobre isso....

8- Quais são seus planos para a sua vida agora?

**E pensando no futuro....**

1- Quais são seus planos para o futuro pensando daqui um ano? E como você pensa em alcançar isso?

2- E para daqui cinco anos, quais são seu planos? E como você pensa em alcançar isso?

**Neste meu estudo, como eu disse a você, eu pretendo conhecer e compreender o dia a dia de adolescentes como você, abordando o uso de drogas**

**mas todas as outras questões que fazem parte do seu dia a dia. Pensando nisso você gostaria de falar alguma coisa? Fique a vontade.**

**D- ROTEIRO DE ENTREVISTA DO FAMILIAR****ROTERO DE ENTREVISTA- MEMBRO DA FAMÍLIA**

NOME:

DATA:

**Cotidiano, família e drogas**

- 1- Me conte um pouco sobre o seu (filho ou familiar usuário) (como ele é, como está a vida, o que faz)?
  
- 2- Como foi no começo para a família lidar com o envolvimento do adolescente com as drogas?
  - a) Fale sobre isso....
  - b) E como é hoje em dia?
  
- 3- Antes do seu filho se envolver com drogas, você conhecia algo sobre o uso de drogas? Você pensava sobre isso? Me conte sobre isso...
  
- 4- Como é o relacionamento da família com o seu (filho ou familiar usuário) hoje em dia?
  
- 5- Como seu (filho ou familiar usuário) está em relação aos outros contextos/situações que ele frequenta?(escola, amigos, igreja, comunidade). Fale sobre isso.

**Em relação ao CAPSad**

- 1- Você sabe o que seu (filho ou familiar usuário) faz aqui no CAPSad? Fale sobre isso...

- 2- a) O que mudou depois que seu (filho ou familiar usuário) começou a frequentar o CAPSad? (O que? Porquê? Como? Fale sobre isso...)
  
- b) E para você (e sua família)? (O que? Porquê? Como? Fale sobre isso...)
  
- 3- Gostaria de saber no que você acha que este serviço pode ajudar a você, sua família e/ou seu filho?
  
- 4- Você gostaria de falar mais alguma coisa (sugestões, críticas, outros). Fique a vontade.

## E- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL – PPGTO

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO ADOLESCENTE**

NOME:

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SEXO: M  F 

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE: (DDD)- \_\_\_\_\_

**SOBRE A PESQUISA**

TÍTULO DO PROJETO: “Adolescentes usuários de álcool e outras drogas: trajetórias, cotidianos e desafios”.

PESQUISADORA: Carina Curti Galhardi, Terapeuta Ocupacional inscrita no conselho regional CREFITO 3-4481-LTTO, mestranda pelo programa de pós-graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar, orientada pela Prof. Dra. Thelma Simões Matsukura.

O adolescente sob sua responsabilidade e você estão sendo convidados a participar da pesquisa: ADOLESCENTES USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: TRAJETÓRIAS, COTIDIANOS E DESAFIOS.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender sobre o dia a dia de adolescentes que fazem uso de álcool e/ou outras drogas inseridos no CAPSad. Para este estudo é importante ouvir a opinião dos próprios adolescentes e de seus familiares, sobre o CAPSad e também sobre como tem sido o dia a dia e o que fazem em outros locais, como por exemplo, a escola ou o trabalho. Além disso, pretende-se compreender sobre as expectativas dos adolescentes e familiares e os planos para o futuro.

A pesquisadora acompanhará o adolescente no CAPSad em todas as atividades que ele realiza quando está no serviço e pedirá para o adolescente responder algumas perguntas sobre

o seu dia a dia, o que faz, sobre as pessoas que conhece, quem o ajuda e sobre o futuro. Já para entender melhor sobre o dia a dia do adolescente fora do CAPSad e os demais locais que ele frequenta, será combinado com o adolescente que ele use a fotografia para falar sobre o dia a dia fora do CAPSad e mostrar esses locais.

Em outro momento será combinado com você, que é o familiar, o dia e horário para conversarmos e você responder algumas perguntas sobre o CAPSad, os relacionamentos e o dia a dia familiar.

Gostaríamos de pedir sua autorização para a gravação das entrevistas, tanto a que faremos com o adolescente quanto a que faremos com você. É importante que você saiba que tanto a identidade do adolescente como a sua e da sua família serão mantidas em sigilo, ou seja, quando divulgarmos o estudo ninguém saberá quem nos deu as informações e tudo o que conversarmos só servirá para o estudo, inclusive as fotografias.

Os riscos ao aceitar participar desta pesquisa são pequenos, porém falar sobre alguns assuntos pode ser desagradável para o adolescente e para você e isto poderá ser dito a qualquer momento e vamos conversar a respeito e também poderemos parar a entrevista a qualquer momento que desejar. Além de ouvir você, se for necessário, podemos verificar juntos o que poderia ajudar.

Novamente asseguramos que sua identidade, a identidade do adolescente e da família serão mantidas em sigilo e os dados da pesquisa inclusive as fotografias, quando utilizados, não identificarão os participantes. A sua participação e a participação do adolescente não é obrigatória e tanto você como ele poderão desistir a qualquer

momento, sendo que a recusa não trará nenhum prejuízo na relação do adolescente com a pesquisadora e com o CAPSad e em sua relação com o serviço e a pesquisadora.

Você e o adolescente sob sua responsabilidade não terão despesas ao participar da pesquisa e não há pagamento ou outros benefícios em forma de dinheiro pela participação.

A sua participação é muito importante para que se conheça melhor a realidade de adolescentes usuários de álcool e/ou outras drogas não só para melhorar os serviços já existentes, como os CAPSad, como também para compreender o que ainda é necessário para ajudar os adolescentes e suas famílias.

Você receberá uma cópia deste termo no qual está o telefone e o endereço da pesquisadora para dúvidas e esclarecimentos em relação ao projeto a qualquer momento.

A pesquisadora principal é: Carina Curti Galhardi, situada no endereço: Rodovia Washington Luis, km 235 - São Carlos – São Paulo. CEP:13565-905. Departamento de Terapia Ocupacional – Laboratório de Saúde Mental – UFSCar- São Carlos. Celular: (16)99227-0631. E-mail: [carinacurti@hotmail.com](mailto:carinacurti@hotmail.com)

---

Nome e assinatura do pesquisador

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)**

Local e data: Araraquara, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Sujeito da pesquisa \*

## F- TERMO DE ASSENTIMENTO

## TERMO DE ASSENTIMENTO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL – PPGTO

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA**

NOME:

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SEXO: M  F 

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE: (DDD)- \_\_\_\_\_

**SOBRE A PESQUISA**

TÍTULO DO PROJETO: “Adolescentes usuários de álcool e outras drogas: trajetórias, cotidianos e desafios”.

PESQUISADORA: Carina Curti Galhardi, Terapeuta Ocupacional inscrita no conselho regional CREFITO 3-4481-LTTO, mestranda pelo programa de pós-graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar, orientada pela Prof. Dra. Thelma Simões Matsukura.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: ADOLESCENTES USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: TRAJETÓRIAS, COTIDIANOS E DESAFIOS.



Esta pesquisa tem como objetivo compreender sobre o dia a dia de adolescentes que fazem uso de álcool e/ou outras drogas inseridos no CAPSad. Para este estudo é importante ouvir a opinião dos próprios adolescentes e de seus familiares, sobre o CAPSad e também sobre como tem sido o dia a dia e o que fazem em outros locais, como por exemplo, a escola ou o trabalho. Além disso, pretende-se compreender sobre as expectativas dos adolescentes e familiares e os planos para o futuro.

A pesquisadora acompanhará você em todas as atividades que realiza no CAPSad e irá convidar você a responder algumas perguntas sobre o seu dia a dia, o que faz, sobre as pessoas que conhece, quem o ajuda e sobre o futuro. Já para entender melhor sobre o seu dia a dia fora do CAPSad e os demais locais que você frequenta, será combinado com você que use a fotografia para falar sobre o seu dia a dia fora do CAPSad e mostrar esses locais .

Seu familiar também será convidado a conversar com a pesquisadora para responder algumas perguntas sobre o CAPSad, os relacionamentos e o dia a dia familiar. Porém a pesquisadora conversará com você e seu familiar em momentos diferentes, separadamente, e ela combinará com você e com ele o dia e horário para as conversas.

Gostaríamos de pedir sua autorização para a gravação da entrevista. É importante que você saiba que tanto a sua identidade, de seu familiar e sua família serão mantidas em sigilo, ou seja, quando divulgarmos o estudo ninguém saberá quem nos deu as informações e tudo o que conversarmos só servirá para o estudo, inclusive as fotografias.

Os riscos ao aceitar participar desta pesquisa são pequenos, porém falar sobre alguns assuntos pode ser desconfortável e isto poderá ser dito a qualquer momento e vamos conversar a respeito e também poderemos parar a entrevista a qualquer momento que desejar. Além de ouvir você, se for necessário, podemos verificar juntos o que poderia ajudar.

Novamente asseguramos que a sua identidade, a identidade de seu familiar e de sua família serão mantidas em sigilo e os dados da pesquisa inclusive as fotografias, quando utilizados, não identificarão os participantes. A sua participação e a participação de seu familiar não é obrigatória e tanto você como ele poderão desistir a qualquer

momento, sendo que a recusa não trará nenhum prejuízo na relação do adolescente com a pesquisadora e com o CAPSad e em sua relação com o serviço e a pesquisadora.

Você e seu familiar não terão despesas ao participar da pesquisa e não há pagamento ou outros benefícios em forma de dinheiro pela participação.

A sua participação é muito importante para que se conheça melhor a realidade de adolescentes usuários de álcool e/ou outras drogas não só para melhorar os serviços já existentes, como os dos CAPSad, como também para compreender o que ainda é necessário para ajudar os adolescentes e suas famílias.

Você receberá uma cópia deste termo no qual está o telefone e o endereço da pesquisadora para dúvidas e esclarecimentos em relação ao projeto a qualquer momento.

A pesquisadora principal é: Carina Curti Galhardi, situada no endereço: Rodovia Washington Luis, km 235 - São Carlos – São Paulo. CEP:13565-905. Departamento de Terapia Ocupacional – Laboratório de Saúde Mental – UFSCar- São Carlos. Celular: (16)99227-0631. E-mail: [carinacurti@hotmail.com](mailto:carinacurti@hotmail.com)

---

Nome e assinatura do pesquisador

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

**O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)**

**Local e data: Araraquara, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015**

---

Sujeito da pesquisa \*

**9. ANEXOS.**  
**PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ADOLESCENTES USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: TRAJETÓRIAS, COTIDIANOS E DESAFIOS

**Pesquisador:** Carina Curti Galhardi

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 37304714.0.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional - PPGTO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 931.279

**Data da Relatoria:** 27/10/2014

**Apresentação do Projeto:**

Projeto bem documentado expondo o estado da arte e relacionando-o com o objetivo do estudo que visa compreender sobre o cotidiano de adolescentes usuários de álcool e/ou outras drogas sob a ótica dos próprios adolescentes.

**Objetivo da Pesquisa:**

adequados e de acordo com a literatura utilizada

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

bem documentados

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa com objetivos muito interessantes que visa entender o cotidiano de adolescentes usuários de álcool e/ou outras drogas, acrescentando desta maneira um melhor conhecimento neste campo específico, fornecendo assim elementos para reflexões, intervenções e elaboração de políticas públicas

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

adequados

**Recomendações:**

**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: 931.279

nada a declarar

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

aprovado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SAO CARLOS, 12 de Janeiro de 2015

---

Assinado por:  
Ricardo Carneiro Borra  
(Coordenador)

**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



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ADOLESCENTES USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: TRAJETÓRIAS, COTIDIANOS E DESAFIOS

**Pesquisador:** Carina Curti Galhardi

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 37304714.0.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional - PPGTO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.095.975

**Data da Relatoria:** 12/05/2015

**Apresentação do Projeto:**

Projeto bem documentado expondo o estado da arte e relacionando-o com o objetivo do estudo que visa compreender sobre o cotidiano de adolescentes usuários de álcool e/ou outras drogas sob a ótica dos próprios adolescentes.

**Objetivo da Pesquisa:**

Compreender sobre o cotidiano de adolescentes usuários de álcool e/ou outras drogas inseridos em um CAPSad, sob a ótica dos próprios adolescentes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Bem documentados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa com objetivos muito interessantes que visa entender o cotidiano de adolescentes usuários de álcool e/ou outras drogas, acrescentando desta maneira um melhor conhecimento neste campo específico, fornecendo assim elementos para reflexões, intervenções e elaboração de políticas públicas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados

**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: 1.095.975

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SAO CARLOS, 08 de Junho de 2015

---

Assinado por:  
Ricardo Carneiro Borra  
(Coordenador)

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