

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARILIA MASTROCOLLA DE ALMEIDA

A ADESÃO DE ADOLESCENTES AO TRATAMENTO
PARA O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: UM
BICHO DE SETE CABEÇAS?



SÃO PAULO
2010

Capa: Imagem retirada do Blog *Viver a Escrever*, Disponível em <http://viveraescrever.blogspot.com/2009/06/o-bicho-de-sete-cabecas.html>. Acesso em 14/01/2010.

MARILIA
MASTROCOLLA
DE ALMEIDA

A ADESÃO DE ADOLESCENTES AO TRATAMENTO
PARA USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
UM BICHO DE SETE CABEÇAS?

DOUTORADO
EEUSP 2010

MARILIA MASTROCOLLA DE ALMEIDA

**A ADESÃO DE ADOLESCENTES AO TRATAMENTO
PARA O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: UM
BICHO DE SETE CABEÇAS?**

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Área de concentração:
Cuidados em Saúde

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Márcia Aparecida Ferreira
de Oliveira

**SÃO PAULO
2010**

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

Assinatura: _____ Data
____/____/____

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

Almeida, Marília Mastrocolla de

A adesão de adolescentes ao tratamento para uso de álcool e
outras drogas: um bicho de sete cabeças? / Marília Mastrocolla
de Almeida. – São Paulo, 2010.

358 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade
de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Marcia Aparecida Ferreira de Oliveira

1. Adolescentes 2. Serviços de saúde mental 3. Transtornos
relacionados ao uso de substâncias I. Título

Nome: Marilia Mastrocolla de Almeida

Titulo: A adesão de adolescentes ao tratamento para uso de álcool e outras drogas: um bicho de sete cabeças?

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos adolescentes que participaram, heróis que fazem da luta contra um bicho de sete cabeças uma importante estratégia de cuidado

À super equipe do CAPSad Adolescer, amigos e companheiros de causa, a minha gratidão pela acolhida e pelo carinho com que me receberam em 2005/2006 como Terapeuta Ocupacional da equipe e em 2008 pela rica contribuição neste estudo. Para mim, um exemplo de trabalho, de equipe e de proposta.

À Marli (in memoriam) por tudo o que aprendi. Um exemplo de trabalhadora em saúde mental, terapeuta ocupacional e amiga. Sua ausência dói na alma mas sua presença estará sempre no meu coração.

AGRADECIMENTOS

À Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira com quem pude chegar, estar e sair, recebendo liberdade para pensar, criar e desejar e muita compreensão por todos os percalços vividos no período!

Aos Professores José Ricardo Ayres, Divane de Vargas, Rosalina Carvalho da Silva (Lina), Sandra Scivoletto e todos os demais que estiveram “juntos” comigo nessa jornada, pesquisadores com os quais aprendi tanto durante a elaboração deste estudo.

À coordenação de saúde mental da Prefeitura Municipal de Cuiabá (Amélia e Cida), pela possibilidade de continuar contribuindo com a questão, por meio deste estudo e pela oportunidade de experienciar um trabalho tão difícil mas tão importante.

À Solange (irmã de coração), Alencar, Sofia e Ulisses que me aguentaram um mês quando da época de coleta dos dados, dando apoio, retaguarda e sempre muito carinho.

Aos meus pais amados para quem não existem palavras que possam expressar a minha gratidão!

Ao meu avô pelo eterno apoio

Às minhas filhas amadas Cecília e Raquel, que tiveram muita paciência em aguentar uma mãe maluquinha, escrevendo e lendo sem parar!

Ao meu irmão Fernando e minha cunhada Jéssica pela paciência oriental!

Às minhas amigas e companheiras de pós-graduação, Adriana, Heloísa, Mariana, Paulinha e Maria Odete pelos momentos que compartilhamos os desesperos, as conquistas e as dúvidas dessa “loucura” deliciosa que é fazer pesquisa e tudo mais que vivemos durante o processo!!

Aos integrantes do GEAD pela oportunidade de participar de um grupo de pesquisa com a cara dos coordenadores, animado, descontraído, acolhedor e instigante.

Aos meus “velhos” e novos amigos queridos, pelos momentos de respiro!!

À Maria e à Ilma, minhas duas anjinhas da guarda!!

À equipe da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem pela paciência e orientação.

Em todo trabalho com jovens.... um mural de recados e reflexões

Olha, eu queria deixar uma frase, uma frase assim, uma coisa que eu estou sentindo nesse momento sabe, de estar sóbrio é muito bom, é muito gostoso, hoje eu sou uma pessoa mais calma, hoje eu sou uma pessoa mais equilibrada, hoje eu sou uma pessoa melhor com a minha família, hoje eu sou uma pessoa responsável e isso a gente vai conseguindo ficar sóbrio, como é bom estar sóbrio, como é bom, ter que acordar numa segunda feira e sentir né sem aquele peso na consciência de o que eu fiz ontem, o que as pessoas vão falar para mim hoje, graças a deus hoje eu não sinto isso mais né, hoje sou uma pessoa feliz, não é por causa que o álcool e a droga me deixavam feliz que hoje eu não sou uma pessoa, sou uma pessoa completamente feliz. Sou muito feliz pelo fato de não beber nem usar droga. Então acho que a mensagem que eu queria deixar né se algum jovem algum dia escutar né, sabe entre um jovem, ou qualquer pessoa que tem problema com álcool e droga né, que procure um centro de reabilitação, se tiver muito afetado ficar uns dias, uns meses para se desintoxicar e ai dar continuação na sua vida né. Eu achava que a minha vida ia ser só aquele CAPS e tal eu nunca ia conseguir, só naquele meio. Não é assim, no começo tem que ser assim sabe, no começo tem que ser recuperação, recuperação e recuperação. E as coisas depois vão vindo, vai conseguindo emprego consegue família, consegue moto, consegue carro, graças a deus eu já to até pagando minha motinho, daqui uns dias já sai já. Então sabe, tenha força, se agarre em alguma coisa que dá certo. (E2)

Eu acho que, tipo assim, acho dizer assim, pros adolescentes principalmente que, essa ai não é vida pra ninguém é, tipo assim, uma viagem passageira, tipo uma ilusão, tipo o filme matrix, é dois mundo, um mundo de ilusão, um mundo verdadeiro, então eu digo pra eles, fica no mundo verdadeiro, não fica no mundo de ilusão não, porque não leva a nada, leva a só dois lugares, que é o cemitério e a cadeia, que são dois lugares que ninguém quer ir. É o que eu digo, procura mesmo um lugar pra se tratar e procura mesmo porque é muito bom, bom demais. (E8)

Pra viver melhor a vida e largar as drogas pra ter um, na sociedade ser bem visto né, outras pessoas, outro olhar né, (E9)

Acho que uma frase que ficaria bem é viver bem é não usar drogas né.(E10)

Ah, só falar pras pessoas não perderem tempo usando droga, por que isso ai é uma falta de ai, é um tempo perdido, você nunca mais vai recuperar aquilo ali que você perdeu. Você perde, você não tem respeito, você não tem confiança mais da sua família, você perde o respeito na onde você passa, é motivo de falação. Então eu acho que você deve pensar duas, dez vezes antes de usar droga. Andar com esse tipo de pessoa, não digo conversar, porque você pode até ajudar um próximo a sair também com a conversa. Então eu não digo não conversar, mas nos aproximar um pouco, procurar pessoas legais pra sair, com outros proósitos, não pessoas assim que você sabe que faz aquilo e vai andar. Procura outras pessoas, vai pro cinema, vai pro shopping, passear, tomar um suco numa lanchonete. Acho que isso daí faz muita diferença, saber escolher seus amigos, suas amizades, também vai um pouquinho dali, então. Pense bem antes de escolher suas amizades, é isso que eu penso. (E15)

Almeida MM. A adesão de adolescentes ao tratamento para uso de álcool e outras drogas: um bicho de sete cabeças? [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMO

Introdução: Embora seja consenso que o tema uso de álcool e drogas por adolescentes é importante em razão dos resultados apresentados pelos levantamentos nacionais, não foi possível encontrar uma discussão detalhada e específica sobre a política de álcool e drogas para adolescentes no Brasil. Estudos nacionais e internacionais têm investigado diferentes estratégias de enfrentamento, porém há um consenso de que pouco se conhece sobre a efetividades das ações, sendo a adesão ao tratamento uma das grandes dificuldades. Não foram encontrados estudos que buscam a opinião dos adolescentes sobre o tratamento para o uso de álcool e outras drogas como uma forma de repensar a efetividade das ações e a adesão ao tratamento.

Objetivo geral: Compreender de forma compartilhada a opinião de adolescentes atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Adolescer de Cuiabá-MT e dos trabalhadores acerca da adesão ao tratamento para uso de álcool e outras drogas.

Metodologia: Estudo estratégico que busca compreender problemas que surgem em ações governamentais ou na sociedade. A abordagem teórico-metodológica é a Hermenêutica-dialética que trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, pela qual o ser humano é histórico e complementa-se pela comunicação. Para a coleta dos dados, foram realizadas entrevistas individuais com os adolescentes que permaneceram maior tempo em tratamento e interromperam voluntariamente e grupo focal com os mesmos e com a equipe técnica. Foram utilizados os conceitos de necessidades, necessidades de saúde e vulnerabilidade.

Resultados: Foram definidas sete formas de discutir a adesão. Fazendo uma analogia à expressão “bicho de sete cabeças”, os capítulos foram divididos em sete cabeças. A primeira cabeça se refere as razões apontadas para o uso de álcool e drogas, como um dos aspectos a ser considerado na proposta de tratamento; A segunda cabeça está relacionada com as dificuldades para buscar tratamento, destacando os fatores que podem interferir na adesão, como o grupo de pares e a estigmatização; A terceira cabeça discute o tratamento em si, destacando o vínculo com os profissionais; A quarta forma de diálogo se refere aos motivos para a interrupção do tratamento, como a influência do grupo de pares, a estigmatização e as questões econômicas; Na quinta cabeça estão as sugestões dos adolescentes para adesão ao tratamento, como as atividades na comunidade, o envolvimento do grupo de pares e da família no tratamento; A sexta cabeça discute o conceito de adesão e não adesão segundo os adolescentes e os trabalhadores, e as contradições e semelhanças entre eles; e como sétima e última cabeça, são apresentadas as considerações sobre a importância de trazer o sujeito adolescente para a formulação das políticas.

Conclusões: Os dados mostraram a importância de realizar o cuidado entendendo que uma proposta não deve ser produto de um saber exclusivamente instrumental científico-tecnológico, mas sim algo construído com os adolescentes e a partir deles, com suas próprias sabedorias práticas e instrumentais. Foi observado que as falas têm ressonância com os estudos e documentos oficiais recentes sobre essa temática, como também, oferecem novas forma de repensar o cuidado nessa área.

Palavras-chave: adolescentes, adesão do paciente, serviços de saúde mental, transtornos relacionados ao uso de substâncias

Almeida MM. Adolescent adherence to treatment for use of alcohol and other drugs: a seven-headed beast? (thesis). São Paulo: Nursing School, University of São Paulo; 2010.

ABSTRACT

Introduction: Although the importance of the theme regarding use of alcohol and drugs by adolescents is a consensus in reason of national survey results presented, it was not possible to find a detailed and specific discussion on the adolescent alcohol and drugs politics in Brazil. National and international studies have investigated different coping strategies, although there is an agreement that little is known on the efficiency of actions; the adherence to treatment being one of the main difficulties. No studies were found considering the adolescents' opinion on the treatment for use of alcohol and other drugs as a means to rethink the efficiency of actions and adherence to treatment. **General objective:** To comprehend in a shared manner, the opinion of the adolescents cared to by the Alcohol and Drugs Psychosocial Care Center Adolescer of Cuiabá-MT as well as the workers, regarding the adherence to treatment for the use of alcohol and other drugs and their aspects. **Methodology:** Strategic study which seeks to comprehend problems which appear in government actions or in society. The theoretical and methodological approach is the Hermeneutic-Dialectic that works with everyday life communication and common sense, for which the human being is historic for and complementing itself by communication. For the collection of data, individual interviews with the adolescents with longer permanence in treatment, who voluntarily interrupted care were undertaken as well as focus groups with the latter and the technical team. Concepts of necessities, health necessities and vulnerability were used. **Results:** Seven forms of discussing adherence were defined. Making an analogy with the expression "seven-headed beast", the chapters were divided into seven heads. The first head refers to the reasons appointed for the use of alcohol and drugs, as one of the aspects to be considered in the treatment proposal; The second head is related to the difficulties in seeking treatment, emphasizing factors which can interfere in adherence such as the peer group and stigmatization; The third head discusses the treatment in itself, highlighting the bond with the professionals; The fourth form of dialogue refers to the reasons for interruption of treatment, such as influence of the peer group, stigmatization and economic issues. The fifth head consists of the adolescents' suggestions for treatment adherence, such as community activities and family and peer group involvement in treatment; The sixth head discusses the concept of adherence and non adherence according to the adolescents and staff, and the contradictions and similarities between them; and as the seventh and last head, considerations on the importance of bringing the adolescent to the formulation of these politics are presented. **Conclusions:** Data showed the importance in providing care, understanding that a proposal should not be

the product of an exclusively scientific-technological instrumental knowledge, but something which is built in union with the adolescents and from their perspective, with their own practical and instrumental wisdom. It was observed that their speech has resonance with recent studies and official documents on this theme, as well as a means of offering new ways of rethinking care in this area.

Key words: adolescents, patient compliance, mental health services, disorders related to substance use

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa do Brasil, segundo as regiões, 2009.....	30
Figura 2- Mapa do Mato Grosso e cidades, 2009.....	46

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 - Dados comparativos sobre o uso na vida e dependência de drogas psicotrópicas entre a população em geral na região Centro-Oeste e no Brasil - 2005.....	35
Tabela 2 - Dados comparativos sobre uso na vida e dependência de drogas psicotrópicas na faixa etária dos 12 - 17 anos entre a região Centro-Oeste e o Brasil - 2005.....	36
Tabela 3 - Dados comparativos sobre o uso na vida de drogas psicotrópicas na faixa-etária de 12-17 anos na região centro-oeste, entre os levantamentos de 2001 e 2005 - 2005.....	37
Tabela 4 - Dados comparativos sobre os principais critérios de dependência apontados entre a população em geral e na faixa-etária dos 12 - 17 anos no Brasil - 2005.....	37
Tabela 5- Dados comparativos sobre a avaliação de alguns conceitos sobre drogas apontados pela população em geral nas regiões do Brasil - 2005....	38.
Tabela 6 - Dados comparativos sobre a avaliação de alguns conceitos sobre drogas apontados na faixa-etária dos 12-17 anos nas regiões do Brasil - 2005.....	39
Tabela 7 - Dados comparativos sobre a avaliação de alguns conceitos sobre drogas na população em geral da região Centro-Oeste entre os levantamentos de 2001 e 2005 - 2005.....	40
Tabela 8 - Dados comparativos sobre uso na vida de drogas psicotrópicas por estudantes nas regiões do Brasil - 2004.....	42
Tabela 9 - Dados comparativos sobre uso na vida de drogas psicotrópicas por estudantes nas regiões do Brasil segundo sexo - 2004.....	42
Tabela 10 - Dados comparativos sobre padrão de uso de drogas psicotrópicas por estudantes nas regiões do Brasil - 2004.....	43
Tabela 11- Dados comparativos entre os Levantamentos regionais de 2001 e 2005, segundo a categoria de usuários entre os estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá - 1995.....	47
Tabela 12 - Dados comparativos entre os Levantamentos regionais de 2001 e 2005, segundo a categoria de usuários por sexo, entre os estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá - 1995.....	48

Tabela 13 - Dados comparativos entre os Levantamentos regionais de 2001 e 2005, segundo a categoria de usuários por faixa-etária, entre os estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá - 1995.....	48
Tabela 14 - Dados comparativos entre os Levantamentos regionais de 2001 e 2005, segundo o tipo de droga utilizada por padrão de uso, entre os estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá - 1995...	49
Tabela 15 - Dados comparativos entre os Levantamentos regionais de 2001 e 2005, segundo o tipo de droga utilizada por faixa-etária, entre os estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá - 1995.....	50
Tabela 16 - Dados comparativos entre os Levantamentos regionais de 2001 e 2005, segundo o tipo de droga utilizada por sexo, entre os estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá - 1995.....	51
Tabela 17 - Dados comparativos entre os Levantamentos regionais de 2001 e 2005, segundo o tipo de droga utilizada por idade de início do uso, entre os estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá - 1995.....	52
Tabela 18 - Distribuição dos tipos de tratamentos oferecidos de acordo com a natureza da instituição - 2007.....	194
Quadro 1 - A vulnerabilidade individual, social e programática na abordagem psicossocial - 2010.....	114
Quadro 2- Pontos de intersecção entre as linhas teóricas.....	118
Quadro 3 - Distribuição dos motivos para não adesão ao tratamento segundo o tipo de demanda - 2010.....	279
Quadro 4 - Percepção dos trabalhadores do CAPSad acerca da adesão e não adesão - 2008.....	299
Quadro 5- Percepção dos adolescente acerca da adesão e não adesão - 2008.....	311

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sigla originada do inglês: Acquired Immunodeficiency Syndrome)
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial em álcool e drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas
CEDCA	Conselho Estadual do Direito da Criança e do Adolescente
CMDCA	Conselho Municipal do Direito da Criança e do Adolescente
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONANDA	Conselho Nacional do Direito da Criança e do Adolescente
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FEBEM	Fundação Estadual do Bem Estar do Menor
GEAD	Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas
GSIPR	Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (sigla originada do inglês: Human Immunodeficiency Virus)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NIDA	National Institute on Drug Abuse
NEPDA	Núcleo de Estudos e Prevenção das DST/Aids e uso indevido de drogas

OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEAD	Plano Emergencial de ampliação do acesso e prevenção em Álcool e outras Drogas
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PNDA	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1 - INTRODUÇÃO	
1.1 CAPÍTULO 1 - Dados epidemiológicos sobre o uso de álcool e droga...	28
1.1.1 Considerações sobre o uso de álcool e outras drogas no Centro-Oeste.	31
1.1.2 Considerações sobre o uso de álcool e outras drogas em Cuiabá.....	47
1.2 CAPÍTULO 2 A Política Nacional de Álcool e outras Drogas.....	58
1.2.1 Considerações sobre as políticas no Estado do Mato Grosso- Cuiabá..	71
1.3 CAPÍTULO 3- A adesão ao tratamento de álcool e outras drogas.....	84
2 - OBJETIVOS	96
3 - METODOLOGIA	
3.1 - Abordagem Teórico-metodológica.....	97
3.2 - Procedimentos para coleta dos dados.....	120
3.3 - Procedimentos para sistematização e análise dos dados.....	136
4 - RESULTADOS	139
4.1 1ª Cabeça - O encontro com.....	142
4.2 2ª Cabeça - A chegada.....	173
4.3 3ª Cabeça - O estar.....	192
4.4 4ª Cabeça - A saída.....	223
4.5 5ª Cabeça - O ficar.....	244
4.6 6ª Cabeça - Os encontros e desencontros entre.....	270
4.7 7ª Cabeça - O que considerar.....	322
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	326
APÊNDICE A- Roteiro para entrevista individual.....	352
APÊNDICE B - Termos de consentimento.....	353
APÊNDICE C - Carta de autorização institucional.....	355
APÊNDICE D- Tabelas e gráfico do roteiro.....	356
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	358

APRESENTAÇÃO

As questões que nortearam a proposição deste estudo resultam das minhas vivências práticas e teóricas durante a trajetória de trabalho de 1999 até o momento com adolescentes envolvidos direta e indiretamente com o uso de álcool e outras drogas.

Das vivências práticas destacam-se aquelas realizadas com adolescentes durante e após o cumprimento de medida sócioeducativa de internação em Unidades Educacionais, com aqueles inseridos na rede de atendimento de saúde para uso de álcool e outras drogas no município de Cuiabá-Mato Grosso e em um serviço de abrigo temporário para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, principalmente em situação de rua na região central de São Paulo.

A primeira delas resulta de um trabalho de promoção de saúde e cidadania junto aos adolescentes e jovens que se encontravam em situação de privação de liberdade na Unidade Educacional da Fundação Casa (antiga FEBEM) da cidade de Ribeirão Preto-SP de 1999 a 2001 e após a desinternação dos mesmos, no período de 2002 a 2004

Em 1999 ingressei no Núcleo de Estudos para Prevenção das DST/Aids e uso indevido de drogas (NEPDA), coordenado pela Prof^a Rosalina Carvalho da Silva, sediado no Departamento de Psicologia e Educação da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, em razão do trabalho realizado pelo grupo na unidade da Fundação Casa da cidade com os adolescentes que se encontravam em situação de privação de liberdade.

O ingresso nesse grupo foi muito importante para o direcionamento de minha vida profissional. A entrada em 1999 possibilitou-me a participação nas discussões tanto na área da infância e adolescência em situação de vulnerabilidade, como também sobre o adolescente em conflito com a lei e a relação com as DST/Aids e o uso de álcool e outras drogas. Após um período

de formação com os membros do grupo, comecei a coordenar grupos dentro da unidade cujo objetivo era discutir com os adolescentes, questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, a prevenção das DST/Aids, a capacidade de resolução de conflitos e habilidade sociais.

Nesse período uma das experiências marcantes resultou na publicação de um artigo na Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, no ano de 2004, intitulado: *“O jornal e o vídeo como meio de expressão de jovens internados na Unidade Educacional da FEBEM de Ribeirão Preto”* vol. 15, nº 1, p. 33 - 38.

Uma ação importante do grupo, em 2000, foi a elaboração em conjunto com os adolescentes internos na unidade, do material didático usado como disparador temático para os professores da rede municipal discutirem em sala de aula, temas relacionados ao uso de álcool e outras drogas com uma linguagem mais acessível e próxima da realidade de vida dos estudantes. Esse material teve tiragem inicial de 2000 exemplares e foi realizado com apoio da Secretaria Municipal da Saúde, programa DST/Aids de Ribeirão Preto. Nesse material, tenho participação como co-autora do *“Bolando uma idéia sobre Drogas: cocaína, crack e uso de múltiplas substâncias”* e *“Um rolê pensando no álcool”*, com acesso respectivamente nos links <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaudef/programas/aids/gib4/i16capa.htm> e <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaudef/programas/aids/gib3/i16capa.htm>.

Da experiência de trabalho com os adolescentes na Fundação Casa, também surgiram questionamentos sobre as estratégias de sobrevivência realizadas pelos jovens antes e depois da internação na unidade para conseguirem dinheiro ou terem acesso aos bens de consumo. Foi em 2000, a partir dos trabalhos de grupo nos quais os adolescentes explicavam a necessidade de um trabalho formal para não infracionar, que fui conhecer suas estratégias, adotadas na vida para conseguir dinheiro e ter acesso aos bens de consumo. Elas incluíam as atividades ilegais e quaisquer

experiências de trabalho formal, informal, em situação de rua, como aprendiz etc. Que apreendi por meio da realização de 104 entrevistas com os adolescentes para a realização do meu mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências, na área de Psicologia - Faculdade de Filosofia Ciências e Letras da Universidade de São Paulo.

Durante a fase de elaboração da Dissertação de Mestrado observei que a questão do uso de drogas permeia diferentes etapas da vida desses adolescentes, em momentos como uma estratégia para lidar com os conflitos emocionais decorrentes de questões sociais e relacionais, em outros como um modo de vivenciar a juventude e o prazer. Além disso, também funciona como um instrumento de sobrevivência e até mesmo uma estratégia de inclusão social não digna, porém acessível, por meio da participação no tráfico de drogas.

Por questões ligadas ao encerramento do financiamento institucional, as atividades na Fundação Casa e do NEPDA foram interrompidas e nos anos de 2001 e 2002 ingressei em trabalhos também na área da infância e adolescência, financiados pelo Governo Federal, como: Programa Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Programa de Erradicação do Trabalho Infantil. Ambos nos bairros periféricos de Ribeirão Preto, onde a questão do uso de álcool e drogas estava presente tanto no atendimento da família, como dos próprios adolescentes associados ao tráfico de drogas, uma vez que Ribeirão Preto está dentro da rota do tráfico de drogas.

De 2002 a 2004, à convite da Prefeitura Municipal, eu e mais duas pessoas, que também integraram o NEPDA e realizaram o trabalho na Fundação Casa, criamos um projeto para adolescentes egressos de medidas sócioeducativas. Com apoio do Governo Federal, mais especificamente da Secretaria Especial de Direitos Humanos - área do adolescente em conflito com a Lei, desenvolvemos o Projeto Atitude.

É importante destacar que para construirmos a proposta do Projeto Atitude, buscamos nas falas dos adolescentes, colhidas nos estudos de mestrado de membros do NEPDA, as possíveis formas de intervenção que

efetivamente eles consideravam importantes para ajudá-los a deixar a prática do ato infracional. O nome do projeto, inclusive, foi construído em conjunto com os adolescentes que, voluntariamente, buscaram o projeto como alternativa de reorganização de suas vidas, após a nossa visita à Fundação Casa, para expor o trabalho e convidá-los a participar assim que fossem desinternados.

A questão do uso de álcool e outras drogas foi trabalhada no Projeto Atitude por meio da realização de grupos de discussão fechados e abertos para a comunidade. Passamos também por situações diretamente ligadas ao tráfico de drogas local, buscando alternativas para desvincular os adolescentes do sistema, uma vez que atuávamos diretamente nos bairros.

A experiência do trabalho com adolescentes egressos de medidas sócioeducativas foi publicada no ano de 2003 nos Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, ano XI - vol. 11 - nº 2 - julho/dezembro/2003 - p. 106-110, com o artigo intitulado "*Grupo de Terapia Ocupacional com jovens após o cumprimento de medidas sócioeducativas: um espaço para produção de vida*".

Em 2005, mudei-me para Cuiabá - Mato Grosso e lá permaneci até dezembro de 2006, onde tive a oportunidade de atuar como terapeuta ocupacional tanto da unidade de internação para desintoxicação como no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Adolescer (CAPS Ad Adolescer), ambos os serviços oferecidos pela Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de Cuiabá - Mato Grosso e específicos para o atendimento de crianças e adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas.

Foi atuando diretamente no atendimento na rede de saúde dos adolescentes que estavam fazendo uso de álcool e outras drogas que as questões ficaram mais evidentes e específicas no que se refere ao lugar que os adolescentes estão ocupando no processo de enfrentamento dessa questão. Várias dúvidas foram surgindo: Como estão postas as diretrizes nacionais

com referência a esse tema? Existem práticas de atendimento que partam da visão do adolescente sobre essa questão? O que está sendo proposto como intervenção? Como o CAPS está efetivamente contribuindo nesse processo?

Um dos aspectos vivenciados que mais chamou a minha atenção foi o grande número de adolescentes que interrompiam o tratamento logo no início do processo. Essa questão se transformou no objeto central da minha atual pesquisa para obtenção do título de doutor pela Escola de Enfermagem, iniciada em 2007, com objetivo de dialogar com os adolescentes que permaneceram no mínimo três meses em tratamento no CAPSad de Cuiabá sobre a adesão ao serviço.

Nos anos de 2008 e 2009, de maio a maio, trabalhei no Projeto Quixote, Organização da Sociedade Civil de interesse Público ligada a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) que atende crianças, jovens e família em complexas situações de risco. Iniciei como técnica na área de ensino e pesquisa e em seguida como coordenadora do Centro de Referência da Criança e do Adolescente localizado no bairro do Bixiga, próximo a região central de São Paulo, onde pude vivenciar os desafios do abrigo temporário de crianças e adolescentes em situação de rua, principalmente nas ruas do centro de São Paulo, e suas questões relacionadas tanto ao uso de álcool e principalmente cola, crack e maconha, como também, suas necessidades de saúde como um todo. Dessa experiência, pude constatar as dificuldades para encaminhamento local, atendimento no território, referência e contra-referência na rede de atendimento e, novamente, a pouca adesão dessas crianças e adolescentes aos serviços de saúde e assistência social de uma forma geral.

Gostaria de enfatizar que toda a minha trajetória na área da infância e adolescência foi sempre composta pelo diálogo entre duas áreas, a atuação prática e a reflexão científica daquilo que se produz no território. Essa composição ensinou-me que o cuidado com o outro envolve não somente o saber técnico, mas um conjunto de saberes técnicos, científico e não técnicos e

nem científicos, pois é dessa intersecção que possibilita conhecer realidades e repensar ações.

Portanto, acredito que a realização de um estudo que busque conhecer as opiniões e as percepções dos adolescentes atendidos no CAPSAd Adolescer, acerca da adesão ao tratamento de álcool e outras drogas, poderá revelar ou não a intersecção entre o que se propõe como prática com o que o adolescente busca como suporte, incorporando assim, o que vem sendo produzido e reproduzido ao longo dos anos, podendo também levantar novas proposições que venham contribuir com esse processo.

Este estudo está inserido no projeto “Construção de políticas participativas na atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas” do Grupo de Pesquisa denominado “Grupo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas” (GEAD) cadastrado no Conselho Nacional de Pesquisa – CNPQ, na linha de pesquisa Políticas e Práticas em saúde mental e enfermagem e coordenado pela Prof^a Dr^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira e o Prof. Dr Divane de Vargas.

O GEAD iniciou suas atividades no início do ano de 2006 e, desde então, está composto por alunos de graduação e pós-graduação, Professores Universitários e Profissionais da área de Saúde. Tem como missão ampliar os conhecimentos sobre o consumo prejudicial de álcool e outras drogas, através de discussões, projetos, pesquisas e trabalhos relacionados com o tema. Atua na formação e capacitação de profissionais da saúde para pesquisa e o enfrentamento da problemática do uso de Álcool e outras Drogas.

Como resultado das discussões do grupo e desenvolvimento de trabalhos nas disciplinas oferecidas pela pós-graduação, participei da produção de alguns artigos científicos sobre o tema o uso de álcool e outras drogas como: - Pinho PH, Oliveira MAF, Vargas D, Almeida MM, Machado AL, Silva ALA, Colvero LA, Barros S. Reabilitação Psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43 (Esp 2):1261-6. ; - Pinho PH, Oliveira MAF, Almeida

MM. Reabilitação Psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? Rev Psiq Clin. 2008; 35(supl 1): 82-88 e; - Almeida MM , Oliveira MAF, Pinho PH. O tratamento de adolescentes usuários de álcool e outras drogas: uma questão a ser debatida com os adolescentes? Rev Psiq Clín. 2008; 35(supl 1): 76-81.

I NTRODUÇÃO

C APÍTULO 1

Dados epidemiológicos sobre o uso de álcool e drogas

O uso de álcool e outras drogas no Brasil é um tema cada vez mais presente no cotidiano da população seja nas diferentes mídias, nas escolas, na política, como também nas discussões em âmbito acadêmico- científico.

Sua dimensão social e de saúde pública está fazendo com que surjam novas indagações, estudos, propostas, políticas, recursos financeiros e novos paradigmas.

A importância do desenvolvimento permanente de estudos, pesquisas e avaliações que contribuam com o aumento do conhecimento sobre o uso de álcool e outras drogas, bem como avaliem a extensão e as tendências do seu consumo é um dos aspectos preconizados pela Política Nacional sobre Drogas (PNAD) (Carlini et al., 2006).

A necessidade de incorporar as pesquisas e avaliações que vêm sendo feitas no país e no exterior e que apontam as melhores estratégias, eficazes e custo efetivas sobre modelos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, é umas das diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde em 2009, por meio do Plano Emergencial de Ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas (PEAD) (Brasil, 2009a).

Levantamentos sobre os padrões de consumo de álcool e outras drogas, realizados no país nos últimos dez anos, vêm contribuindo com a elaboração das políticas públicas específicas (Carlini et al., 2006; Carvalho et al., 2007 ; Galduróz et al., 2004 ; Laranjeira et al., 2007 ; Noto et al., 2004).

Para Carlini et al (2006),

A única forma de se obter o diagnóstico do consumo de drogas em uma determinada população é por meio de três parâmetros essenciais:

1. Os levantamentos populacionais que fornecem dados quantitativos diretos do uso de drogas. Por exemplo: estudos de uso entre estudantes do ensino fundamental e médio, universitários, meninos de rua, pesquisas domiciliares, entre prisioneiros, prostitutas.
2. Os indicadores epidemiológicos que informam indiretamente o uso de drogas pela população estudada. Trata-se, também, de informações quantitativas, como, por exemplo, o número de internações hospitalares por dependência de drogas, atendimentos ambulatoriais, apreensões de drogas feitas pelas polícias, atendimentos de urgência por "overdose", mortes provocadas pelas drogas (dados do Instituto Médico Legal), indicadores de mercado de vendas de bebidas alcoólicas e de cigarros.
3. As pesquisas qualitativas que propiciam um aprofundamento das pesquisas quantitativas e fornecem subsídios para ações além da preventiva, também de tratamento (p.12).

Um das grandes contribuições desses estudos é a possibilidade do contato com as peculiaridades regionais, uma vez que o Brasil se caracteriza por diversidades tanto culturais, como também socioeconômicas e na determinação social do processo saúde-doença.

A questão do uso de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes foi abordada nos estudos citados e parte desses dados será apresentada a seguir com o propósito de contextualizar essa problemática em nosso país (Galduróz et al., 2004 ; Carlini et al., 2006).

Considerando que a proposta deste estudo é dialogar com adolescentes que residem na região Centro-Oeste, Mato Grosso - Cuiabá, sobre a adesão ao tratamento para uso de álcool e outras drogas, optou-se por apresentar alguns dados específicos da região.

Os dados populacionais em relação à contagem de habitantes no país, especificamente a população adolescente/jovem, foram utilizados uma vez que ,

O conhecimento detalhado dos aspectos demográficos, sociais, culturais, econômicos, de saúde, entre tantos outros, que dizem respeito a segmentos populacionais específicos, deve ser traduzido como o alicerce principal para o estabelecimento de políticas voltadas para atender às demandas destes contingentes, independentemente de estarem tais políticas vinculadas às esferas

públicas ou privadas (IBGE, 1999, p.09).

Especificamente sobre o tema álcool e drogas, os levantamentos nacionais escolhidos foram: *II Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005* (Carlini et al., 2006) e o *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* (Galduróz et al., 2004), ambos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID)¹.

1 Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina

Considerações sobre o uso de álcool e outras drogas no Centro-Oeste

Contextualizando

Segundos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2009a) a população estimada do Brasil é de 193.733.795 habitantes, sendo que a região Centro -Oeste, formada por quatro Estados (Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal), é a que apresenta menor número populacional do país, com 13.222.854 habitantes, 7,0% do total.



Figura 1 – Mapa do Brasil, segundo as regiões, 2009

Fonte: http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/mapas/brasil_regioes.htm

Separadamente, segundo dados populacionais de 2007, o Mato Grosso tem uma população de 2.854.642 habitantes, o que equivale a 21,5% da região Centro-Oeste, o Mato Grosso do Sul 2.265.274 habitantes (17,1%), Goiás com 5.647.035 habitantes (42,7%) e o Distrito Federal com 2.455.903 habitantes (18,5%) (IBGE 2009b).

Segundo informações da pesquisa realizada pelo PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 2008 (dados da PNAD 2001 a 2007 foram reponderados) sobre a população residente infanto-juvenil no Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás e o Distrito Federal, de 10-14 anos, era respectivamente de 9,44%, 10,07 %, 9,39 % e 9,32% e de 15 a 19 anos, respectivamente de 10,5%, 8,72 %, 8,61% e 8,65% (IBGE, 2009c).

De acordo com o relatório sobre a população jovem no Brasil (IBGE, 1999), a partir da série dos Censos Demográficos Brasileiros é possível avaliar a evolução do contingente de 15 a 24 anos de idade que, embora apresente uma tendência de crescimento, entrou em um processo de desaceleração a partir da década de 70 do século passado.

De acordo com os censos anteriores, em 1940, eram 8,2 milhões de jovens nesse grupo etário e após 30 anos, esse valor passou para 18,5 milhões. Entre 1980 e 1991 houve um aumento de 3,5 milhões, significando uma variação percentual de 13,9% em 11 anos. De 1991 a 1996, os respectivos censos populacionais enumeraram 28,6 e 31,1 milhões de pessoas de 15 a 24 anos de idade, o que significou um acréscimo de 2,5 milhões de jovens, representando um aumento de 8,8% em cinco anos.

Dessa forma, pode-se constatar que o segmento composto pelas pessoas de 15 a 24 anos de idade, o qual vinha apresentando taxas de crescimento declinantes desde a década de 70, experimenta uma elevação, nos primeiros anos da década de 90, comparativamente à que foi observada no intervalo intercensitário anterior (3,4% entre 1960 e 1970, 3,1%, no período de 1970-1980, 1,2%, nos anos 80 e 1,7% no período de 1991- 1996) (IBGE, 1999, p.14).

Essa variação foi mais intensa na faixa de 15 a 19 anos. As taxas de crescimento associadas a esse grupo, cuja tendência de declínio se iniciara nos anos 70 (2,9% ao ano), alcançando um mínimo na década seguinte (0,9% ao ano), foram impulsionadas ao longo dos primeiros cinco anos da década de 90, alcançando 2,2% de crescimento médio anual (IBGE, 1999).

Segundo as previsões do IBGE, o volume de jovens de 15 a 24 anos de idade permanecerá crescendo, muito embora com taxas declinantes já a partir de 2000-2005, chegando a alcançar valores negativos por volta de 2010,

percorrendo o mesmo caminho seguido pelo grupo de 0 a 14 anos (IBGE, 1999).

O relatório produzido pelo IBGE também apresenta a distribuição dos jovens de 15 a 24 anos de idade segundo as regiões.

A região Sudeste vem concentrando a maior parte destes jovens, porém esta participação vem sofrendo reduções. Já na região Nordeste, em 1980, a população jovem correspondia a 27,8% do total no Brasil, mas passados 16 anos, esta participação fica em torno de 30%. Embora a participação da população jovem venha se reduzindo gradativamente na região Nordeste, a partir de 1980, há uma retomada que perdura até 1996, muito provavelmente em função da uma maior retenção de população em combinação com um movimento migratório de retorno, uma vez que fenômeno inverso aparece na Região Sudeste que, tradicionalmente, recebe migrantes nordestinos (IBGE, 1999).

Apesar de serem baixas as concentrações de jovens nas regiões Norte e Centro-Oeste, foram nelas onde se verificou os aumentos relativos mais importantes, devido sobretudo ao componente migratório, pois estas regiões caracterizaram-se, durante o período analisado, como pólos de atração de migrantes. Os jovens residentes na região Norte experimentaram os mais significativos crescimentos médios anuais nos períodos de 1980-1991 e 1991-1996 (4,0% e 3,3% respectivamente) e, a região Centro-Oeste ocupou o segundo lugar, com taxas médias anuais de 2,6% e 2,2%, respectivamente, para os mesmos períodos (IBGE, 1999).

Na Região Sul, evidenciou-se a redução na participação dos jovens de 15 a 24 anos de idade a partir de 1970, quando se dá início ao processo de deslocamento da mão-de-obra, sobretudo rural, rumo aos estados das Regiões Centro-Oeste e Norte (IBGE, 1999).

Enquanto órgãos como o IBGE realizam censos que nos fornecem informações relevantes como a contagem populacional, as morbidades hospitalares, as relações da população com o mercado de trabalho e o ensino entre outras, o contexto sobre o uso de álcool e outras drogas por

adolescentes e jovens nas diferentes regiões do país, tem sido descrito em diferentes levantamentos nacionais realizados nos últimos 10 anos, principalmente pelo CEBRID, com o apoio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), como o *V Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio em 27 capitais brasileiras- 2004* e o *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005*.

O *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005* (Carlini et al., 2006), considerou um amostra de 7.939 entrevistas no Brasil todo, sendo que 673 foi o valor amostral da região Centro-Oeste, sendo que 12,9% dos entrevistados estavam entre a faixa etária dos 12 - 17 anos.

O principal objetivo desse levantamento foi estimar a prevalência do uso de drogas psicotrópicas, lícitas e ilícitas, além de esteróides anabolizantes. Foi também considerado objetivo importante realizar uma comparação dos dados de 2001 com os obtidos em 2005. Pretendeu-se também, estimar o número de pessoas dependentes de álcool e outras drogas; avaliar a percepção da população sobre as facilidades em se conseguir drogas, o tráfico de drogas, as pessoas sob efeito de álcool/drogas e os riscos graves de se usar certas drogas; verificar quantas pessoas submeteram-se a tratamento pelo uso de álcool/drogas e; as complicações diretas e indiretas decorrentes do abuso de álcool/drogas. Os resultados permitiram traçar o perfil do consumo de drogas no Brasil como um todo e por Região Geográfica.

Do conjunto de dados apresentados nesse levantamento, foram selecionados as seguintes informações:

- tipos de drogas utilizadas na vida e já com dependência pela população em geral nas cinco regiões;
- tipos de drogas usadas na vida e já com dependência por adolescentes entre 12 e 17 anos nas cinco regiões;

- uso de drogas na vida e dependência entre os levantamentos realizados em 2001 e 2005 com adolescentes entre 12 e 17 anos na região Centro-Oeste;
- critérios de dependência apontados pela população em geral e entre 12 e 17 anos de todas as regiões do país;
- avaliação de alguns conceitos sobre drogas citados pela população em geral nas cinco regiões;
- avaliação de alguns conceitos sobre drogas citados pela população entre 12 e 17 anos em todas as regiões do país;
- avaliação de alguns conceitos sobre drogas na população em geral, entre os levantamentos de 2001 e 2005 na região centro-oeste.

A Tabela² 1 mostra os tipos de drogas utilizadas na vida e já com dependência pela população em geral comparando as regiões do país. Optou-se por trazer dados da região Centro-oeste, comparando com os resultados no Brasil e tendo como referência o maior e o menor resultado e as respectivas regiões do país.

2 Todas as tabelas apresentadas na introdução foram adaptadas das originais, pois não contemplam todos os dados apresentados no documento de origem, mas sim aqueles de interesse para o presente estudo.

Tabela 1 - Dados comparativos sobre o uso na vida e dependência de drogas psicotrópicas entre a população em geral na região Centro-Oeste e no Brasil - 2005 ³

Uso na vida e dependência	Centro-Oeste n=673 (%)	Brasil n=7939 (%)	> prevalência (%)	< prevalência (%)
exceto álcool e tabaco	17	22,8	27,6 (nordeste)	14,4 (norte)
álcool	73,6	74,6	80,4 (sudeste)	53,9 (norte)
tabaco	42,9	44	49,3 (sul)	34,6 (nordeste)
maconha	7,8	8,8	10,3 (sudeste)	4,8 (norte)
solvente	7	6,1	8,4 (nordeste)	2,3 (norte)
cocaína	2,2	2,9	3,7 (sudeste)	1,2 (nordeste)
crack	0,3	0,7	1,1 (sul)	0,0 (norte)
estimulantes	2,6	3,2	3,8 (sudeste)	0,7 (norte)
Dependência de álcool	12,7	12,3	13,8 (nordeste)	8,7 (norte)
Dependência de tabaco	11,5	10,1	11,5 (centro-oeste)	8,1 (norte)
Dependência de maconha	0,6	1,2	1,5 (sudeste)	0,2 (norte)
Dependência de solvente	0,2	0,2	0,4 (nordeste)	0,0 (norte)
Dependência de benzodiazepínico	0,2	0,5	0,8 (sudeste)	0,0 (norte)
Dependência de estimulantes	0,2	0,2	0,3 (sul)	0,1 (sudeste)

Fonte: II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005.

As informações mais relevantes referem-se ao fato da região Centro-Oeste apresentar o maior percentual de dependentes de tabaco em comparação com as demais regiões e também um percentual maior de dependentes de álcool comparando com o valor nacional.

A Tabela 2 apresenta os tipos de drogas usadas na vida e já com dependência por adolescentes entre 12 e 17 anos na região do Centro-Oeste.

³ Valor amostral das regiões Norte (n = 601), Nordeste (n = 1680), Sudeste (n = 4107) e Sul (n = 878).

Tabela 2 - Dados comparativos sobre uso na vida e dependência de drogas psicotrópicas na faixa etária dos 12-17 anos entre a região Centro-Oeste e o Brasil - 2005⁴

Uso na vida e dependência	Centro-Oeste n=87 (%)	Brasil n=788 (%)	> prevalência (%)	< prevalência (%)
álcool	55	54,3	60,8 (sudeste)	25,5 (norte)
tabaco	18,4	15,2	21,3 (sul)	9,6 (nordeste)
maconha	3,6	4,1	7,0 (sul)	0,0 (norte)
solvente	4,6	3,4	4,6 (centro-oeste)	0,7 (norte)
cocaína	0,1	0,5	1,2 (sul)	0,0 (norte e nordeste)
crack	0,3	0,1	1,5 (sul)	0,0 (norte, nordeste e sudeste)
estimulantes	2,8	1,6	2,8 (centro-oeste)	0,0 (norte)
dependência de álcool	7,7	7	7,7 (centro-oeste)	2,9 (norte)
dependência de tabaco	2,5*	2,9	5,5 (norte)	0,5 (nordeste)

Fonte: II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005

Destaca-se que o Centro-Oeste apresenta valores maiores que os nacionais para uso de álcool, tabaco, solvente e estimulantes e, foi a região que apresentou maior percentual de adolescentes com dependência de álcool.

A Tabela 3 apresenta dados comparativos sobre uso na vida e dependência entre os levantamentos realizados em 2001 e 2005 com a mesma população e região.

4 Valor amostral das regiões Norte (n = 68), Nordeste (n = 169), Sudeste (n = 397) e Sul (n = 67).

Tabela 3 - Dados comparativos sobre o uso na vida de drogas psicotrópicas na faixa-etária de 12-17 an região centro-oeste, entre os levantamentos de 2001 e 2005- 2005

Uso na vida e dependência	2001 n=65 %	2005 n=87 %
uso na vida de álcool	33,3	55
dependência de álcool	1,8	7,7
uso na vida de tabaco	9,4	18,4
dependência de tabaco	0,0	2,5
uso na vida de maconha	5	7,8
uso na vida de cocaína	1,4	2,2
uso na vida de crack	0,4	0,3
uso na vida de solvente	4,6	7
uso na vida de estimulante	1,7	2,6
uso na vida de benzodiazepínico	2,7	3,6

Fonte: II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005

Fica evidente que na região Centro-Oeste houve um aumento tanto para o uso na vida da maioria das drogas investigadas, como para dependência.

A Tabela 4 apresentado a seguir, trás dados referentes aos critérios de dependência apontados pela população em geral e entre 12 e 17 anos de todas as regiões do país.

Tabela 4 - Dados comparativos sobre os principais critérios de dependência apontados entre a população em geral e na faixa-etária dos 12 - 17 anos no Brasil - 2005

Crítérios de dependência	Pop geral n=7939 %	12-17 anos n=788 %
desejo de diminuir ou parar o consumo	11,4	7,80
problemas pessoais	7,9	5,70
uso em maior quantidade ou frequência do que se pretendia	9,10	4,30
tolerância	7,10	4,20
riscos físicos	7,30	3,50
gastou grande parte do tempo para usar ou recobrar dos efeitos	5,80	2,60

Fonte: II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005

Foi observada uma diferença entre os dois grupos pois, para os

adolescentes, o critério “problemas pessoais” é o segundo mais citado, e o terceiro é o “uso em maior quantidade ou frequência do que pretendia”. Na população em geral ocorreu o inverso. Para ambos, o desejo de diminuir ou parar o consumo é o primeiro critério de dependência.

Na Tabela 5 são apresentados dados sobre a avaliação de alguns conceitos sobre drogas, investigados no levantamento e citados pela população em geral.

Tabela 5- Dados comparativos sobre a avaliação de alguns conceitos sobre drogas apontados pela população em geral nas regiões do Brasil (n = 7939) - 2005

Conceitos sobre drogas	Sul n=878 %	Sudeste n=4107 %	Norte n=601 %	Nordeste n=1680 %	Centro-oeste n=673 %
Facilidade de acesso à maconha	53,8	71,9	48,1	61,6	57,7
Facilidade de acesso à cocaína	44,8	64,6	29,1	29,3	41,7
Facilidade de acesso ao crack	42,3	54,5	18,1	30,5	27,9
Alguém se aproximou para vender drogas nos últimos 30 dias	5,2	5,3	4,0	4,5	6,7
Ter visto alguém bêbado na vizinhança nos últimos 30 dias	52,9	64,8	61,2	71,5	56,6
Ter visto alguém “doido” na vizinhança nos últimos 30 dias	38,2	38,6	19,9	39,6	30,6
Ter visto alguém vendendo drogas na vizinhança nos últimos 30 dias	17,3	19,6	11,3	18,6	18,2
Pessoas que receberam tratamento para uso de álcool e outra drogas*	3,3	2,4	4,0	4,0	2,2

Fonte: II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005

*predomínio masculino em todas as regiões com exceção da região sul.

Observa-se que a região Centro-Oeste, obteve maior percentual de entrevistados que citaram terem sido abordados por alguém vendendo drogas nos últimos 30 dias.

Em contrapartida, foi a região com o menor percentual de pessoas que citaram ter recebido tratamento para uso de álcool e outras drogas.

A Tabela 6 apresentada a seguir, fornece dados sobre a avaliação de alguns conceitos sobre drogas investigados no levantamento e citados pela

população entre 12 e 17 anos em todas as regiões do país.

Tabela 6 - Dados comparativos sobre a avaliação de alguns conceitos sobre drogas apontados na faixa-etária dos 12-17 anos nas regiões do Brasil (n = 788) - 2005

Conceitos sobre drogas	Sul n=67 %	Sudeste n=397 %	Norte n=68 %	Nordeste n=169 %	Centro-oeste n=87 %
Facilidade de acesso à maconha	42,3	66	38,1	54,3	38,9
Facilidade de acesso à cocaína	35,2	54,7	18,7	32,5	24,7
Facilidade de acesso ao crack	32,3	47,3	8,9	29,0	16,9
Alguém se aproximou para vender drogas nos últimos 30 dias	8,9	9,5	6,7	2,3	9,9
Ter visto alguém bêbado na vizinhança nos últimos 30 dias	57,8	59,2	51,0	65,4	44,2
Ter visto alguém "doido" na vizinhança nos últimos 30 dias	38,6	33,8	22,1	37,8	16,2
Ter visto alguém vendendo drogas na vizinhança nos últimos 30 dias	22,9	17,6	13,6	20,3	13,5
Pessoas que receberam tratamento para uso de álcool e outra drogas	1,7	0,0	1,5	3,2	2,6

Fonte: II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005

A região Centro-Oeste também se destacou pelo maior percentual de adolescentes que citaram terem sido abordados por alguém vendendo drogas nos últimos 30 dias. Outra observação importante, é que foi a segunda região que mais adolescentes referiram ter recebido tratamento para uso de álcool e outras drogas.

A Tabela 7 trás as mesmas variáveis, realizando uma comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005.

Tabela 7 - Dados comparativos sobre a avaliação de alguns conceitos sobre drogas na população em geral da região Centro-Oeste, entre os levantamentos de 2001 e 2005 - 2005

Conceitos sobre drogas	2001 n=65	2005 n=87
Facilidade de acesso à maconha	55,6	57,7
Facilidade de acesso à cocaína	32,6	41,7
Facilidade de acesso ao crack	24,8	27,9
Alguém se aproximou para vender drogas nos últimos 30 dias	3,9	6,7
Ter visto alguém bêbado na vizinhança nos últimos 30 dias	47,2	56,6
Ter visto alguém "doido" na vizinhança nos últimos 30 dias	25	30,6
Ter visto alguém vendendo drogas na vizinhança nos últimos 30 dias	8,6	18,2
Pessoas que receberam tratamento para uso de álcool e outra drogas*	5,2	2,2

Fonte: I e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2001 e 2005

*diminuição principalmente entre as mulheres de 2,5% para 0,8%.

Houve aumento em todas as variáveis investigadas, com exceção do percentual de pessoas que referiram ter recebido tratamento para o uso de álcool e outras drogas, principalmente para as mulheres.

Resumo das informações:

- O uso de drogas e dependência na população em geral tem aumentado comparando 2001 e 2005;
- O uso de drogas e dependência de adolescentes entre 12-17 anos tem aumentado comparando 2001 e 2005;
- Não há maior uso de algum tipo de droga específica na região centro-oeste quando comparada as demais regiões. A região centro-oeste está próxima do padrão de uso nacional;
- Há diferença entre os adolescentes da região centro-oeste e as demais, no que se refere a dependência de álcool, sendo até maior que o valor nacional.
- A região centro-oeste é a que mais a população em geral e com 12 a 17 anos relataram ter sido abordados por alguém que queria vender drogas.
- O centro-oeste é a região que menos a população em geral

- recebeu tratamento para uso de álcool e outras drogas;
- O centro-oeste é a segunda região que mais adolescentes de 12 a 17 anos receberam tratamento para uso de álcool e outras drogas;
- Houve uma diminuição dos número de pessoas que receberam tratamento de 2001 para 2005;⁵

Os dados apresentados no *V Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio em 27 capitais brasileiras*, realizado em 2004 (Galduróz et al., 2004), representam uma amostra constituída de 4.155 estudantes, sendo 7.829 da região Centro-Oeste.

O objetivo desse levantamento foi traçar o diagnóstico do consumo de drogas entre estudantes do ensino fundamental (a partir da 5ª série e do ensino médio nas 27 capitais brasileiras para: comparar a tendência do uso de drogas entre 5 Levantamentos realizados em 10 capitais nos anos de 1987, 1989, 1993, 1997 e 2004; comparar fatores de relacionamento familiar e aspectos pessoais, como religião, prática esportiva e trabalho associado ao uso pesado de drogas e; comparar os resultados do uso de drogas entre os estudantes do Brasil e os de outros países.

Para o presente estudo foram selecionados os seguintes dados:

- uso na vida de drogas conforme a região do país;
- uso na vida de drogas conforme a região do país, segundo sexo e;
- padrão de uso de drogas conforme a regiões do país.

A Tabela 8 apresenta os resultados sobre o uso na vida de alguns tipos de drogas por estudantes conforme a região do país.

⁵ As porcentagens de pessoas que já receberam tratamento no último ano, chegaram aos 2,9% no total, sendo de 4,7% ao sexo masculino e 1,6% ao feminino em 2005. Houve alguma diminuição em relação à 2001, cujo resultado foi 4,0%, sendo 5,6% para o sexo masculino e 2,5% ao feminino. A faixa etária onde aparecem as maiores porcentagens foi a de 18 anos de idade.

Tabela 8 - Dados comparativos sobre uso na vida de drogas psicotrópicas por estudantes nas regiões do Brasil - 2004

Uso na vida	Centro-Oeste n=7829 (%)	Sul n=5191 (%)	Sudeste n=9631 (%)	Nordeste n=15474 (%)	Norte n=1558 (%)	Brasil n=48155 (%)
álcool	65,5	67,8	68,7	66	58,2	65,2
tabaco	22,4	27,7	25,4	23,9	26,1	24,9
maconha	5	8,5	5,4	5,1	5,7	5,9
solvente	16,5	12,7	15,8	16,3	14,4	15,5
cocaína	2,1	1,7	1,8	1,2	2,9	2
crack	0,7	1,1	0,8	0,7	0,6	0,7
energético	15,2	16,6	14,1	9,8	8	12

Fonte: V Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio em 27 capitais brasileiras - 2004

Destaca-se o maior uso de solventes na região do Centro-Oeste em relação às demais e a segunda região com maior uso de cocaína.

Na Tabela 9, são apresentadas as mesmas variáveis, agora relacionadas ao sexo do entrevistado.

Tabela 9 - Dados comparativos sobre uso na vida de drogas psicotrópicas por estudantes nas regiões do Brasil segundo sexo - 2004

Uso na vida	Centro-Oeste (%)		Sul (%)		Sudeste (%)		Nordeste (%)		Norte (%)		Brasil (%)	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
álcool	67,6	65,3	70,3	66,2	71,2	66,2	66,4	65,9	58,3	59,1	66,3	64,5
tabaco	22,9	23,6	31,5	24,2	27,6	23	22,1	25,8	24,3	28,5	24,7	25,2
maconha	3,9	6,9	8,3	8,8	4,8	8,5	2,9	7,6	3,7	8,1	4,1	7,9
solvente	16,2	16,9	12,2	13,2	15	16,6	13,6	19,4	14,3	14,9	14,3	16,9
cocaína	1,5	2,9	1,6	2	1,4	3,3	0,6	1,9	1,8	4,2	1,3	2,8
crack	0,5	1	0,5	1,5	0,6	1	0,4	1	0,4	0,9	0,4	1,1
energético	13,2	18	13	19,9	16,6	12	7,1	13,1	5,7	10,6	9,4	14,9

Fonte: V Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio em 27 capitais brasileiras - 2004

Observa-se que na região do Centro-Oeste, há maior uso de solventes pelas meninas em relação às demais regiões.

Na Tabela 10 foi identificado o padrão de uso para vários tipos de drogas nas diferentes regiões do país.

Tabela 10 - Dados comparativos sobre padrão de uso de drogas psicotrópicas por estudantes nas regiões do Brasil - 2004

Padrão de uso	Norte n=1558 (%)	Centro- Oeste n=7829 (%)	Nordeste n=15474 (%)	Sul n=5191 (%)	Sudeste n=9631 (%)	Brasil n=48155 (%)
Uso na vida de álcool	52,2	65,5	66	67,8	68,7	65,2
Uso frequente de álcool	8,4	11,7	12,5	12,5	12,9	11,7
Uso na vida de tabaco	26,1	22,4	23,9	27,7	25,4	24,9
Uso frequente de tabaco	3,7	3,4	3,6	4,6	4,1	3,8
Uso na vida de solvente	14,4	16,5	16,3	12,7	15,8	15,5
Uso frequente de solvente	1,2	2,1	1,5	0,8	1,5	1,5
Uso na vida de maconha	5,7	5	5,1	8,5	6,6	5,9
Uso frequente de maconha	0,6	0,5	0,6	1,1	1,1	0,7
Uso na vida de anfetamina	3,4	4,6	3,6	4,1	3	3,7
Uso frequente de anfetamina	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5
Uso na vida de cocaína	2,9	2,1	1,2	1,7	2,3	2
Uso frequente de cocaína	0,3	0,3	0,1	0,1	0,3	0,2
Uso na vida de crack	0,6	0,7	0,7	1,1	0,8	0,7
Uso frequente de crack	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1
Uso na vida de barbitúrico	0,6	1	0,7	0,8	0,8	0,8
Uso frequente de barbitúrico	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1

Fonte: V Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio em 27 capitais brasileiras - 2004

As informações mais relevantes do Quadro 9 se referem ao fato da região Centro- Oeste apresentar maior uso na vida e frequente de solvente e anfetamina do que nas outras regiões.

Resumo das informações:

- O Centro-oeste é a região que apresenta maior uso na vida e uso frequente de solventes, barbitúricos e anfetaminas;
- O Centro-oeste é a segunda região que apresenta maior uso na vida de solventes e crack pelo sexo masculino;
- O Centro-oeste ocupa é a segunda região que apresenta maior uso de cocaína e energéticos;
- O Centro-oeste é a região que apresenta maior uso na vida de

- solventes pelo sexo feminino;
- O Centro-oeste é a segunda região que apresenta maior uso de energéticos e crack pelo sexo feminino;
 - O Centro-oeste é a região que apresenta maior uso frequente de cocaína junto com a região sul;
 - O Centro-oeste é a região que apresenta maior uso frequente de crack junto com as regiões sul e sudeste

Nos estudos citados anteriormente não há menção do uso de um derivado da cocaína nomeado pasta-base, comumente utilizado pelos adolescentes na região de Cuiabá.

Questões relacionadas ao uso de pasta-base estão diariamente presentes na mídia eletrônica regional, porém, nada se encontra em outros tipos de publicações, principalmente científica da região do Mato Grosso.

Paes (2006) realizou um levantamento em Campo Grande- MS sobre o uso de pasta base e as condições de saúde do usuário e sua relação com o Sistema Único de Saúde (SUS). A realização do estudo deveu-se aos problemas sociais na área da segurança pública, da educação e, sobretudo, da saúde pública gerados pelo uso dessa droga. Segundo o autor, não há pesquisas sobre o impacto do uso de pasta-base nas condições de saúde do usuário.

Na região de fronteira dos Estados do Acre, Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, essa é a droga ilícita, derivada da cocaína, que mais tem causado dependência entre amplos setores da população jovem, principalmente entre os economicamente desfavorecidos. Essa droga tem um custo muito baixo e causa uma rápida e intensa dependência nesses usuários, motivando sérios problemas de saúde junto aos grupos sócio comunitários onde vivem (Paes, 2006).

Segundo dados do Relatório Mundial sobre Drogas de 2009 (UNODC, 2009), em 2007 a maior parte do tráfico de cocaína no mundo foi interceptada nas Américas (88%), sendo que a América do Sul foi

responsável por 60% das apreensões. Os países citados como sendo os de maior origem da cocaína, foram Colômbia, Perú e Bolívia, nota-se todos localizados na fronteira com a região norte e centro-oeste do País.

O Brasil continua sendo usado como um país de trânsito – principalmente para a cocaína enviada para a Europa e os Estados Unidos. Nesse processo, seu mercado interno vem se tornando cada vez mais importante para o consumo de cocaína (UNODC, 2006, p.8).

A partir desse cenário apresentado, conclui-se que a região do Centro-Oeste tem características importantes quanto ao padrão de uso de álcool e outras drogas que podem influenciar na assistência. A primeira delas é a posição geográfica da região, na fronteira com países com grande tráfico de drogas, principalmente a cocaína, o que pode gerar um grande consumo dessa droga e seus derivados. A relação com o tráfico de drogas também pode ser percebida pelo fato de ter sido a região onde mais se relatou a abordagem por alguém, que queria vender drogas para a população geral e de 12 a 17 anos.

Em contrapartida, mesmo tendo o tráfico de drogas tão próximo e o consumo dos derivados da cocaína e dela em si, como também o alto consumo de solventes, é a região na qual se deu a menor oferta de tratamento para uso de álcool e outras drogas à população em geral, ocorrendo uma diminuição desse índice de 2001 para 2005.

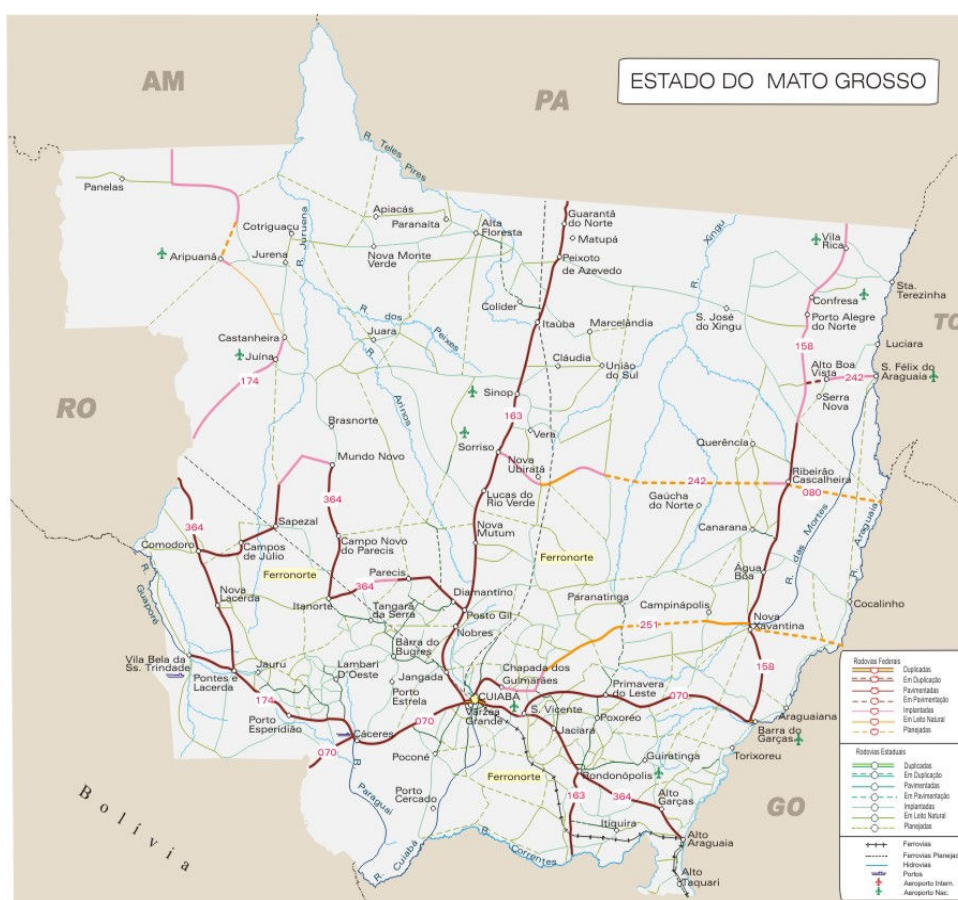
Nota-se que apenas dois dos levantamentos regionais consideraram o Estado do Mato-Grosso (2004 e 2005), demonstrando a relevância de estudos atualizados sobre o uso de álcool e outras drogas na região.

Considerações sobre o uso de álcool e outras drogas em Cuiabá

Contextualizando

Segundo o documento Contagem da População - 2007, produzido pelo IBGE (2007), a população estimada em Cuiabá, neste período, era de 526.830 habitantes, sendo que as populações entre 10 a 14 anos, 15 a 17 anos e 18 a 19 anos eram respectivamente de 51.170, 32.354 e 22.524 habitantes.

Figura 2- Mapa do Mato Grosso e cidades, 2009



Fonte: <http://www.transportes.gov.br/bit/estados/port/mt.htm>

Ainda são poucos os estudos que discutem o uso de álcool e outras drogas por adolescentes na região de Cuiabá.

De acordo com Souza (1996), no Mato Grosso, relatos informais, jornalísticos e judiciais são fonte de informação que apontam a existência de questões relacionadas ao uso de drogas entre jovens e crianças da região.

Em âmbito científico, quatro levantamentos locais foram realizados

nos últimos 15 anos, mais especificamente em 1996, 1997, 1998 e 2005 que investigaram o uso de álcool e outras drogas pela população adolescente.

O I e o II Levantamento epidemiológico sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de Cuiabá foram realizados respectivamente em 1996 e 1997 por Souza (1996) e Almeida (1997) devido a ausência de levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de drogas na população estudantil de Mato Grosso.

Ambos identificaram e analisaram as características demográficas e sociais da amostra (defasagem série/idade/ faltas às aulas e nível sócio-econômico), a frequência do uso de drogas (na vida, ano, mês, frequente e pesado), a distribuição da frequência na vida por estratos e a idade média do início do uso de drogas.

Serão apresentados a seguir dados comparativos entre os dois levantamentos.

Na Tabela 11 são apresentados os dados dos dois levantamentos sobre a categoria de usuários (uso na vida, no ano, no mês, frequente, pesado).

Tabela 11- Dados comparativos entre os Levantamentos regionais de 2001 e 2005, segundo a categoria de usuários entre os estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá - 1995

Categoria de usuário	I Levantamento n=1073 %	II Levantamento n=996 %
Não usuário	74,8	82,1
Usuário na vida	25,2	17,9
Usuário no ano	14,1	15,3
Usuário no mês	5,3	5,3
Usuário frequente	4	3,6
Usuário pesado	2,4	3,1

Fonte: I e II Levantamento epidemiológico sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de Cuiabá - 1996 e 1997

Destaca-se que 74,8% e 82,1% dos estudantes afirmaram nunca ter feito uso de drogas, excetuando-se o álcool e o tabaco. Daqueles que referiram ter feito uso de drogas na vida, observa-se um aumento para aqueles que relataram uso no mês e uso pesado.

Na Tabela 12 é possível observar o padrão de uso conforme o sexo.

Tabela 12 - Dados comparativos entre os Levantamentos regionais de 2001 e 2005, segundo a categoria de usuários por sexo, entre os estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá - 1995

Categoria de usuário	I Levantamento n=1073 %		II Levantamento n=996 %	
	M	F	M	F
Usuário na vida	18,8	17,5	27,2	24,1
Usuário no ano	15,4	15,4	14,4	14,5
Usuário no mês	6	5	6,3	4,8
Usuário frequente	4,8	2,7	4,4	3,8
Usuário pesado	3,8	3	2,3	2,4

Fonte: I e II Levantamento epidemiológico sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de Cuiabá - 1996 e 1997

Com relação ao dados apresentados na Tabela 12, constata-se que há um aumento para uso na vida em ambos os sexos. Separadamente, ocorreu aumento para uso no mês para o sexo masculino e uso frequente para o feminino.

Na Tabela 13 é possível observar a categoria de usuários segundo a faixa-etária.

Tabela 13 - Dados comparativos entre os Levantamentos regionais de 2001 e 2005, segundo a categoria de usuários por faixa-etária, entre os estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá - 1995

Categoria	I Levantamento n=1073 %				II Levantamento n=996 %			
	10 a 12	13 a 15	16 a 18	>18	10 a 12	13 a 15	16 a 18	>18
Usuário na vida	18,5	26,9	25,9	27,1	14,9	16,6	21,7	18,5
Usuário no ano	9,9	16,9	13,6	12,8	10,9	13,8	19,4	18,5
Usuário no mês	5,9	6,2	6,3	0,7	2,9	4,4	8	5,5
Usuário frequente	1,3	4,5	4,6	4,3	3,4	3,1	4,7	2,7
Usuário pesado	0,7	2,4	3	2,8	0	2,5	4,3	3,7

Fonte: I e II Levantamento epidemiológico sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de Cuiabá - 1996 e 1997

Observa-se que ocorreu um crescimento para as categorias usuário no ano, freqüente e pesado, com predomínio na faixa-etária dos 16 aos 18 anos.

Na Tabela 14 observa-se o padrão de uso segundo o tipo de droga

utilizada.

Tabela 14 - Dados comparativos entre os Levantamentos regionais de 2001 e 2005, segundo o tipo de droga utilizada por padrão de uso, entre os estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá - 1995

Drogas	I Levantamento n=1073 %					II Levantamento n=996 %				
	vida	ano	mês	freq	pesado	vida	ano	mês	freq	pesado
solvente	14,9	8,8	3	1,6	0,9	8,2	8,2	1,8	1,4	1
ansiolítico	6	6	1,2	0,8	0,9	4,1	4,2	0,9	0,4	0,1
anfetamina	4,8	3,1	0,4	1,2	0,6	4,6	4,4	1,1	0,1	0,8
maconha	3,8	2,2	1,1	0,6	0,4	4,7	4	1,8	0,5	0,4
barbitúrico	2,1	2,1	0,2	0,6	0,5	1,1	1,1	0,2	0,2	0,2
cocaína	1,8	1	0,4	0,4	0,2	1,7	1,5	1,1	0,6	0,5
anticolinérgico	0,6	0,6	-	0,3	0,1	0,5	0,5	0,2	-	-
álcool	78,6	78,6	23,6	20,7	10,1	66,6	66,6	25	13,9	7,4
tabaco	29	19,5	6,3	6,9	4,5	28,4	19,4	7,4	5,3	3,3

Fonte: I e II Levantamento epidemiológico sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de Cuiabá - 1996 e 1997

Os dados revelam que ocorreu um aumento no uso pesado de solvente, anfetamina, e cocaína, tendo essa última, um aumento também para o uso frequente, no mês e ano. O álcool e o tabaco também apresentaram aumento para o uso no mês.

Na Tabela 15 são apresentados os dados referentes ao tipo de drogas utilizadas pela faixas-etárias investigadas.

Tabela 15 - Dados comparativos entre os Levantamentos regionais de 2001 e 2005, segundo o tipo de droga utilizada por faixa-etária, entre os estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá - 1995

Drogas	I Levantamento n=1073 %				II Levantamento n=996 %			
	10 a 12	13 a 15	16 a 18	>18	10 a 12	13 a 15	16 a 18	>18
solvente	10,6	16,9	15,9	13,5	6,9	8,7	9,3	7,4
ansiolítico	4,6	5,7	6,3	7,1	0,9	3,3	5,3	7,4
anfetamina	1,9	4,3	5,6	7	3,9	3,6	5	8,3
maconha	-	2,1	6,6	5,7	2,4	3,9	7,3	4,6
barbitúrico	-	2,6	2,6	0,7	-	1,6	1,3	-
cocaína	-	1,2	2,6	2,1	0,4	0,2	3,6	2,7
anticolinérgico	-	0,2	1,3	0,7	0,9	0,2	-	-
álcool	58,2	77	86	90	48,2	63,7	77,5	83
tabaco	5,9	26,7	36,9	42,8	11,4	26,4	36,1	45,3

Fonte: I e II Levantamento epidemiológico sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de Cuiabá - 1996 e 1997

Observa-se que houve uma queda no consumo de solventes e álcool comparando os dois levantamentos, porém, houve uma aumento do consumo de maconha dos 10 aos 18 anos e de cocaína na faixa-etária entre 16 e 18 anos.

A Tabela 16 apresenta os tipos de drogas utilizados conforme o sexo.

Tabela 16 - Dados comparativos entre os Levantamentos regionais de 2001 e 2005, segundo o tipo de droga utilizada por sexo, entre os estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá - 1995

Categoria de usuário	I Levantamento n=1073 %		II Levantamento n=996 %	
	M	F	M	F
solvente	18,6	12,4	4,1	4
ansiolítico	4,6	6,9	0,9	3,2
anfetamina	3,2	5,8	1,4	3,1
maconha	6	1,9	2,9	1,6
barbitúrico	2,1	1,9	0,6	0,5
cocaína	1,6	1,6	1,1	0,5
anticolinérgicos	0,9	0,3	0,3	0,2
álcool	81,8	76,3	27,9	37,4
tabaco	30,9	28	12,8	15,2

Fonte: I e II Levantamento epidemiológico sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de Cuiabá - 1996 e 1997

Houve uma diminuição para todos os tipos de drogas para o sexo feminino, entre os dois levantamentos e mantém-se o padrão de uso maior entre os meninos para maconha, barbitúrico e solvente. No segundo levantamento, as meninas passaram a apresentar maior uso, em relação ao meninos, para tabaco e álcool.

A Tabela 17, se refere ao tipo de drogas utilizadas segundo a idade de início de uso.

Tabela 17 - Dados comparativos entre os Levantamentos regionais de 2001 e 2005, segundo o tipo de droga utilizada por idade de início do uso, entre os estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá - 1995

Idade de início do uso	I Levantamento n= 1073 %	II Levantamento n=996 %
álcool	12,1 ± 3,6	12,7 ± 3
tabaco	13 ± 3,2	13,1 ± 2,8
maconha	14,1 ± 2,2	13,2 ± 2,7
cocaína	15,2 ± 4	14 ± 2,8
solvente	13,4 ± 3,1	13 ± 3,5
barbitúricos	14 ± 4	12,4 ± 4,2
anticolinérgico	14,7 ± 1,2	-
ansiolítico	14,7 ± 5,2	16,2 ± 5,5
anfetamina	13,9 ± 3,9	14,6 ± 4,4

Fonte: I e II Levantamento epidemiológico sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de Cuiabá - 1996 e 1997

Os dados mostraram que no primeiro levantamento, a menor idade de início para o uso de drogas foi para o álcool, já no segundo levantamento foi para o uso de barbitúricos. Houve uma diminuição da idade de início para o uso de cocaína, maconha e solvente e um aumento de idade inicial para o consumo de ansiolítico, anfetamina, álcool e tabaco.

Resumo das informações⁶:

- 74,8% (I levantamento) e 82,1% (II levantamento) dos estudantes afirmaram nunca ter feito uso de drogas, excetuando-se o álcool e o tabaco. Daqueles que referiram ter feito uso de drogas na vida, observa-se um aumento para aqueles que relataram uso no mês e uso pesado.
- há um aumento para uso na vida de qualquer droga excetuando álcool e tabaco, em ambos os sexos. Separadamente, ocorreu aumento para uso no mês para o sexo masculino e uso frequente para o feminino;
- crescimento para todas as categorias de padrão de uso na faixa-

6 A apresentação dos principais resultados do II Levantamento foi publicada em forma de artigo por Souza e Martins (1998).

- etária dos 16 aos 18 anos;
- aumento no uso pesado de solvente, anfetamina, e cocaína, tendo essa última, um aumento também para o uso frequente, no mês e ano. O álcool e o tabaco também apresentaram aumento para o uso no mês;
 - queda no consumo de solventes e álcool comparando os dois levantamentos, porém, houve um aumento do consumo de maconha dos 10 aos 18 anos e de cocaína na faixa-etária entre 16 e 18 anos;
 - diminuição para todos os tipos de drogas para o sexo feminino, entre os dois levantamentos e mantém-se o padrão de uso maior entre os meninos para maconha, barbitúrico e solvente. No segundo levantamento, as meninas passaram a apresentar maior uso, em relação aos meninos, para tabaco, álcool;
 - no primeiro levantamento, a menor idade de início para o uso de drogas foi para o álcool, já no segundo levantamento foi para o uso de barbitúricos. Houve uma diminuição da idade de início para o uso de cocaína, maconha e solvente e um aumento de idade inicial para o consumo de ansiolítico, anfetamina, álcool e tabaco;

Souza (2006) se propôs a estimar a prevalência do consumo de álcool e alcoolismo entre 993 adolescentes trabalhadores e 1.725 não trabalhadores, incluídos na rede estadual de ensino de Cuiabá.

O estudo foi publicado por Souza, Areco, Silveira Filho (2005) e Souza e Silveira Filho (2007) cujos principais resultados foram:

- entre os adolescentes, exceto o tabaco e álcool, os trabalhadores apresentaram maior proporção de consumo para todas as substâncias em comparação aos não trabalhadores;
- as proporções e maiores chances de uso de álcool e tabaco se verificaram entre os trabalhadores;
- os trabalhadores fizeram uso inicial de drogas com idade média mais avançada do que os não-trabalhadores

- as prevalências de uso de bebidas alcoólicas na vida foi alta tanto para os trabalhadores (81,0%) como para os não-trabalhadores (65,8%);
- há maior proporção de consumo entre o sexo feminino que os indivíduos do sexo masculino;

O quarto levantamento realizado no município de Cuiabá foi o *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* (Galduróz et al., 2004), com uma amostra de 1273 estudantes de ambos os sexos e com predomínio na faixa-etária dos 13 aos 15 anos. Os resultados foram:

- Cuiabá foi a capital que apresentou, das 16 drogas pesquisadas para uso na vida, 11 com maior prevalência em estudantes do sexo feminino (crack, solvente, anfetaminas, ansiolíticos, anticolinérgico, barbitúricos, xarope, alucinógenos, orexígenos, tabaco e álcool). As demais capitais apresentaram maior prevalência em até sete tipos de drogas (anfetaminas, ansiolíticos, anticolinérgicos, barbitúricos, orexígenos, opiáceo, xaropes e álcool).
- Somente na amostra de Cuiabá houve maior porcentagem de estudantes do sexo feminino que fizeram uso de drogas psicotrópicas em geral, excetuando álcool e tabaco, para as categorias de *uso na vida, no ano, no mês e uso frequente*. Nas demais regiões, Campo Grande, *uso no mês e pesado*, Goiânia, *uso na ano* e Brasília, *uso frequente*.
- Excetuando-se álcool e tabaco, as drogas mais frequentemente usadas *na vida* pela ordem foram: solventes, energéticos, maconha, anfetamínicos, ansiolíticos e cocaína. Somente em Cuiabá o uso do crack ocupou a 6ª posição, nos demais ficou acima do 8º lugar.
- Entre as mulheres houve predomínio do uso de solventes, anfetamínicos, ansiolíticos, energético. Entre os homens houve predomínio de solvente, maconha, e energético para todas as regiões.
- Foi observado que há uma prevalência do consumo de álcool e drogas na faixa-etária dos 16 -18 anos tanto no padrão de consumo (na vida,

no ano, no mês, freqüente e pesado), como nos diferentes tipos de drogas. Em comparação com as demais capitais da região Centro-Oeste, Cuiabá, se assemelha a Brasília e Goiânia, no padrão de uso conforme faixa-etária (16-18 anos), porém se diferencia, quando analisada a questão de gênero, pois, Cuiabá é a capital onde as meninas estão apresentando maior consumo de drogas que os meninos em todos os níveis, com exceção do consumo pesado que é semelhante ao consumo dos meninos.

No ano de 2005, dois novos estudos foram realizados em Cuiabá na área de álcool e drogas com enfoque na assistência, tendo como cenário o Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad) para o atendimento de adultos.

Simon (2005) trouxe a discussão sobre o perfil da clientela encaminhada pela justiça ao CAPSad e Cutiaro (2005) estudou o padrão de consumo de drogas na vida dos atendidos no CAPSad.

Embora ambos tenham discutido o uso de drogas por uma clientela predominantemente adulta, dada a escassez de estudos na região, optou-se por apresentar alguns pontos relevantes para o presente estudo, uma vez que contribuem com dados regionais no âmbito da assistência e por incluírem na amostra adolescentes a partir dos 14 anos atendidos pelo serviço.

O estudo de Simon (2005) foi realizado por meio da leitura de fichas de acolhimento de todos os usuários atendidos pelo CAPSad devido encaminhamento da justiça, de janeiro a junho de 2004. Os resultados mostraram que dos 134 prontuários investigados: 95,5% eram de usuários do sexo masculino, sendo que 40% estavam entre 25 - 35 anos seguido por 29,1% entre 14 -24 anos.; 90,4% fizeram uso de álcool na vida, seguido por 51,9% tabaco e 51,9% maconha. Essas três drogas foram as primeiras a serem usadas e as que mais são utilizadas no momento da pesquisa. A idade de início do consumo de drogas se concentrou entre 13 e 17 anos (52,2%).

Simon (2005) investigou também o desfecho do tratamento desses usuários e concluiu que 27,6% iniciaram e concluíram o tratamento, 26,2%

deles iniciaram o tratamento e abandonaram, 23,1% não iniciaram, 9,7% foram liberados pela equipe, 6,0% iniciaram o tratamento e solicitaram alta, 3,7% estavam em tratamento no momento, 2,2% iniciaram o tratamento e interromperam por intercorrências e para 1,5% não constava informação.

Cutiaro (2005) também realizou um levantamento das informações por meio da leitura dos prontuários de 176 usuários do CAPSad. Os resultados foram os seguintes: 90,3% do sexo masculino; 72,7% com idades entre 21 e 40 anos e 10,8% com menos de 20 anos; 54,0% com uso de álcool e tabaco na vida e 34,1% maconha e cocaína; as primeiras drogas utilizadas na vida foram o álcool, tabaco e a maconha; 66,5% iniciaram o uso de drogas com idade entre 13 e 18 anos; 49,4% dos encaminhamentos para o tratamento foram via judicial.

O que pode ser observado nos estudos de Simon (2005) e Cutiaro (2005) é que a idade de início para o uso de álcool e outras drogas é a mesma apontadas pelos estudos com estudantes da rede municipal (Souza, 1996 ; Almeida, 1997). Outro ponto interessante é que a primeira droga ilícita utilizada também é a maconha, como nos demais estudos. Com relação ao tratamento, embora não existam estudos referentes à relação dos adolescentes com os serviços na região, a alta frequência de abandono do tratamento na população adulta se assemelha ao padrão dos adolescentes, segundo dados do relatório elaborado pela equipe técnica do CAPSad para adolescentes em Cuiabá no ano de 2006 (Moraes e Ráo et al., 2006).

CAPÍTULO 2

A Política Nacional de Álcool e outras Drogas

Considerando as realidades mostradas no capítulo anterior, em relação aos dados epidemiológicos sobre o uso de álcool e outras drogas por adolescentes no país e na região foco deste estudo, cabe a nós indagar: o que o país tem produzido em termos de políticas públicas para o cenário descrito? O que o Mato Grosso e sua capital têm proposto atualmente?

Dialogar sobre as políticas públicas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas na adolescência nos faz circular, primeiramente, por outros espaços de discussão como a construção das políticas de atendimento para criança e adolescente, mais especificamente para a saúde mental infanto-juvenil. Em segundo lugar, nos faz circular sobre a política nacional para o uso de álcool e outras drogas e as peculiaridades da política infanto-juvenil nessa área.

Na história das políticas para a infância e adolescência os princípios norteadores foram diretamente influenciados pelas questões políticas, econômicas e sociais vivenciadas pelo país em diferentes épocas.

No início do século XX, o Brasil foi marcado pelo processo de rompimento da velha ordem oligárquica e implementação da ordem econômica industrial capitalista, cujas conseqüências foram grandes transformações sociais como: o fim da escravidão, a chegada dos imigrantes, a aceleração do processo de urbanização e industrialização, o empobrecimento da população e conseqüentemente a concentração de crianças e jovens, nas ruas, principalmente nos grandes centros urbanos (Marcílio, 1998 ; Graciani, 1999).

Em meio a essa situação, foi no início do século XX que o Estado chamou para si a tarefa de inclusão dos indivíduos na sociedade por meio de políticas sociais especiais destinadas às crianças e jovens, com o discurso de reduzir a violência e a criminalidade (Marcílio, 1998).

Da década de 20 à década de 90 do século passado, foram 70 anos usando principalmente a prática de internação como forma de atendimento à criança e ao adolescente pobre, independentemente de se tratar de um regime político democrático ou autoritário. A ênfase esteve na contenção daqueles que eram considerados: “menores”, provenientes de famílias pobres, potencialmente perigosos, sendo instituída a relação pobreza e criminalidade (Passetti, 1999).

Mesmo com a visão de que a criança e o adolescente eram importantes para o futuro do país, a política de atenção à essa população seguia uma lógica higienista e normativo-jurídica, o que levou à institucionalização do cuidado e à criminalização da infância pobre (Brasil, 2005a).

Portanto, “as ações dirigidas à criança e aos adolescentes no Brasil atravessaram um século de história circunscritas a um ideário de proteção que, paradoxalmente, redundou na construção de um modelo de assistência com forte tendência à institucionalização e em uma concepção segmentada, não integradora, da população infanto-juvenil “ (Brasil, 2005a).

O início do processo de transformação desse cenário só foi possível no final da década de 1970, por meio de debates na sociedade que levaram à promulgação de importantes leis e artigos:

- Carta Constitucional de 1988 com o Artigo 227

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 1988a) e;

- Lei nº 8.069, de 13/07/1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente

(ECA) com os Artigo 3º e Artigo 4º respectivamente,

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 1990).

Um das principais conquistas com a chegada do ECA, foi o rompimento com a “doutrina da situação irregular”, imposta pelos antigos Códigos de Menores, passando para a “doutrina de proteção integral”, promovendo uma revolução conceitual que passou a definir toda criança e o adolescente como sujeitos de direitos e pessoas em situação peculiar de desenvolvimento. Nesse novo cenário, as políticas públicas passaram a ter como objetivo cumprir os direitos a eles assegurados e, a família, o Estado e a sociedade passaram a compartilhar dessa obrigação.

No entanto, mesmo que o ECA tenha vindo para romper com antigos paradigmas no sentido de universalizar os direitos da infância e da adolescência à cidadania, as ações e as práticas não se modificaram instantaneamente, sendo ainda necessário que cada ator social redimensione suas concepções e práticas tendo em vista o princípio de proteção integral à toda criança e adolescente (Murad, 2003).

Segundo Rizzini (2005), apesar dos avanços ocorridos nos últimos anos e da consciência sobre a gravidade do problema, ainda há muito a se fazer para implementar políticas e práticas que assegurem os direitos básicos de cidadania à população infanto-juvenil.

Esse processo histórico contempla o que foi vivenciado pelas ações em saúde mental infanto-juvenil, pois as transformações sociais ocorridas no início do século XX no Brasil também influenciaram a determinação da política de saúde mental infanto-juvenil e adulta no país.

Segundo Schechyman (2005), “as primeiras décadas do século 20 assinalam um crescente interesse pela situação da infância no mundo, pelas questões demográficas e pela saúde das populações. A criança passa a ser um problema do Estado.” (p.25).

De acordo com o relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987,

O desenvolvimento peculiar do capitalismo brasileiro, caracterizado por um modelo econômico altamente concentrador, que se acentuou após o golpe militar de 64, determinou para nosso país uma organização social traduzida por profundas desigualdades, fundamentada em uma notável concentração de renda e de propriedade na mão de uma minoria. Tal modelo acarretou a expulsão de enormes contingentes populacionais do campo para a periferia dos grandes centros urbanos, consolidando a formação de grandes latifúndios. A população rural, migra para os grandes centros em busca de novas oportunidades de trabalho o que acarretou em um imenso contingente humano de força de trabalho, uma grande demanda na procura de emprego, agravando, as condições de subemprego, desemprego e baixa remuneração da maioria da classe trabalhadora, o que levou a uma precariedade das condições materiais de vida da maioria da população brasileira (Brasil, 1988b, p.01).

O atendimento na área da saúde mental infanto-juvenil nesse período foi marcado pela expansão das instituições psiquiátricas, cujas ações tinham como meta “educativa” moldar as crianças para se tornarem futuros homens “higienizados” com comportamentos ajustados ao meio físico e social (Schechyman, 2005).

Ao mesmo tempo em que o início do século XX propagou a importância da assistência às crianças e adolescentes, principalmente porque eles representavam um futuro diferenciado para a nação brasileira, engendrou-se um conjunto de medidas, calcadas na lógica higienista e de inspiração normativojurídica, que expandiu sobremaneira a oferta de instituições fechadas para o cuidado de crianças e adolescentes, em sua maioria sob a tutela do campo filantrópico (Brasil, 2005a, p.7).

Foi, por meio de um amplo movimento pela redemocratização do País, no final da década de 1970, que foi possível dar visibilidade para essa questão e alternativas de superação e alteração do modelo (Brasil, 2005a). Com a promulgação da Carta Constitucional de 1988, e com o Estatuto da

Criança e do Adolescente (ECA), a saúde passa a ser uma prioridade, cita-se os artigos:

Artigo 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (Brasil, 1990).

Artigo 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (Brasil, 1990).

Artigo 11º É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1990).

Entretanto, a promulgação de textos legais não operaria mudanças sem que ocorresse uma transformação no modelo de assistência. Ele deixa de ser institucionalizante, voltando-se para a comunidade e para o cidadão, agora visto como sujeito de direito e responsabilidade e não mais como “doente” (Brasil, 2005a).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, apontou os efeitos perversos da institucionalização de crianças e jovens e a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) foi contundente sobre o tema, determinando que não fossem postergadas as ações político-assistenciais necessárias para que um novo tempo se instaurasse no que diz respeito ao cuidado e tratamento da população infanto-juvenil. A institucionalidade para todas as mudanças está materializada na Lei n.º 10.216, de 6/4/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 2005a, p. 9).

Essa prioridade se efetivou com a criação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, pela Portaria GM/MS n.º 1.608, de 3 de agosto de 2004, como um espaço de diálogo e construção sobre o tema, consolidando as redes de serviços, para que possam enfrentar os diferentes problemas apresentados pelas crianças e pelos adolescentes portadores de transtornos mentais (Brasil, 2005a).

Foi por meio desse espaço de debate coletivo que o tema uso de álcool e drogas por crianças e adolescentes foi se fortalecendo e novas alternativas de enfrentamento foram se constituindo.

No entanto, foi somente na VIII Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, com tema “Álcool e Outras Drogas: Atenção Integral e Inclusão”, realizada em março de 2009, que efetivaram as principais questões relacionadas ao uso e abuso de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes. Assim diz o documento síntese:

Ao contemplar essa problemática, pretendeu-se qualificar o debate sobre álcool e outras drogas, formular caminhos para ampliação da atenção aos usuários, e contribuir para que o tema seja abordado de forma mais competente e conseqüente pela sociedade brasileira. As noções centrais que orientaram a discussão foram a de vulnerabilidade da população em questão, a de iniquidade social, a complexidade implicada no consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes e a necessidade de considerar os contextos sócio-culturais e econômicos na abordagem do problema e na construção das alternativas para enfrentá-lo (Brasil, 2009b, p.1).

A reunião pautou-se em três grandes eixos de discussão: Eixo I - Diretrizes Gerais: pressupostos éticos e políticos; Eixo II - Como organizar a rede pública ampliada para garantir a atenção adequada? E Eixo III - Sistema Sócio-Educativo, Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Dentre as recomendações, o relatório final abordou desde questões relacionadas à visão sobre a criança e o adolescente usuário de álcool e outras drogas; como a organização da rede de assistência; a efetivação dos instrumentos de garantia dos direitos e; a garantia de atendimento aqueles que cumprem medida sócioeducativa (Brasil, 2009b).

O relatório final da VIII Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil (Brasil, 2009b) é o primeiro material oficial que aborda de forma detalhada vários aspectos relacionados ao uso de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes.

Embora, na Constituição Federal de 1988, já era possível encontrar menção à essa questão no parágrafo §3º, onde, dentre os vários aspectos relacionados à proteção especial, estão colocados os, “VII- programas de

prevenção e atendimento especializado à criança e ao adolescente dependente de entorpecentes e drogas afins” (Brasil, 1988a), ainda são escassos os documentos oficiais que discutem de forma detalhada a política específica para o uso de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes no Brasil.

O que foi possível encontrar, foram alguns documentos oficiais que enfatizam a importância de se trabalhar o uso de álcool e outras drogas a partir de diferentes referenciais.

No documento “Marco legal: saúde, um direito de adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem” foi encontrada uma citação a respeito,

O uso e o abuso de álcool e outras drogas, têm sido uma das principais causas desencadeadoras de situações de vulnerabilidade na adolescência e juventude a exemplo dos acidentes, suicídios, violência, gravidez não planejada e a transmissão de doenças por via sexual e endovenosa, nos casos das drogas injetáveis. Não fosse o consumo de drogas um problema suficientemente grave, temos ainda a problemática do tráfico, o qual representa, no Brasil e em outros países, uma séria ameaça à estabilidade social (Brasil, 2005b, pg. 10).

Sobre o modelo de enfrentamento de questões como a gravidez indesejada, a Aids e o uso de drogas, são propostas no documento, ações que não se restringem à assistência clínica individual e à simples informação ou repressão. Ele propõe a realização de discussões sobre as razões da adoção de um comportamento preventivo e o desenvolvimento de habilidades que permitam a resistência às pressões externas, a expressão de sentimentos, opiniões, dúvidas, inseguranças, medos e preconceitos, de forma a dar condições para o enfrentamento e a resolução de problemas e dificuldades do dia-a-dia (Brasil, 2005b).

Em julho de 2005, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção a Saúde/Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, disponibilizou pela *internet* um documento para consulta pública referente à criação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. No que se refere ao uso de álcool e outras drogas, o documento aborda a questão

como sendo um grande desafio a ser enfrentado pelos gestores e profissionais de saúde e não apresenta estratégias e políticas de enfrentamento.

O material “Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde” produzido pelo Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde em 2005 (Brasil, 2005c) ressalta que existem grupos de adolescentes e jovens em situações especiais de agravos, que devem ser priorizados na atenção à saúde. Dentre esses grupos, são destacados: os envolvidos com exploração sexual; os envolvidos com violência; os profissionais do sexo e de outras formas de trabalho perigoso, penoso, insalubre e noturno; os egressos de atividades laborais de risco; os moradores de rua e de acampamentos rurais; os institucionalizados; os que estejam cumprindo medidas sócioeducativas; os que apresentam alguma deficiência; os infectados com HIV.

De acordo com o material, esses grupos não vêm sendo adequadamente atendidos por despreparo dos serviços de saúde para o acolhimento dessa clientela, o que implica no desenvolvimento de estratégias diferenciadas como a criação de mecanismos de integração com as instituições que lidam com esses grupos (Brasil, 2005c).

É importante destacar que as crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas não foram citados como parte desse grupo.

Como dito anteriormente, foi somente no ano de 2009 que as crianças e os adolescentes com uso de álcool e outras drogas foram colocados como prioridade no “*Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas - PEAD 2009-2011*”, tendo como referências o ECA (Artigos 4º e 11º); os resultados dos estudos epidemiológicos que demonstram a expansão do consumo de algumas substâncias, especialmente cocaína, álcool e inalantes e; as recomendações para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (Brasil, 2009a).

Embora os primeiros passos tenham sido dados, no sentido de reconhecer as peculiaridades desse cenário quando se pensa na criança e no

adolescente, as Políticas Nacionais de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2004a; Brasil 2005c, Brasil 2007) ainda estão organizadas de forma homogênea, sem considerar as necessidades específicas dessa faixa-etária.

Nos últimos dez anos o país vem priorizando, antes de mais nada, a construção de uma política específica para o uso de álcool e outras drogas, tendo como maior desafio romper com um processo histórico de

elaboração pregressa de políticas fragmentadas, de pouca abrangência, por um viés predominantemente psiquiátrico ou médico, quando não associado à prática ilegal e/ou anti-social cuja oferta de "tratamento" segue um modelo de exclusão do sujeito de seu convívio social, de caráter fechado, visando exclusivamente a abstinência (Brasil, 2004a).

A história da criação das políticas específicas para essa área é recente, se considerarmos que em 1999 surgiram as primeiras iniciativas, como o Plano de Atendimento, que trazia a definição de metas e recursos específicos para a área e somente em 2002 iniciou-se a implantação de uma rede de serviços direcionada a esta finalidade (Brasil, 2009a).

O cenário à época mostrava que os vazios assistenciais do SUS eram preenchidos pela ação social, pelos abrigos e por instituições filantrópicas de orientação religiosa, especialmente as comunidades terapêuticas, cuja expansão se deu principalmente no período de 1980 a 1999 (Brasil, 2009a, pg.1).

Os principais limites da não priorização por parte do Ministério da Saúde, de uma política específica para o enfrentamento desta questão podiam ser percebidos:

a partir do impacto econômico e social que tem recaído para o Sistema Único de Saúde, seja por seus custos diretos, seja pela impossibilidade de respostas de outras pastas governamentais voltadas para o efeito positivo sobre a redução do consumo de drogas; isto também ocorre no que se refere ao resgate do usuário do ponto de vista da saúde (e senso comum tão-somente moralista legalista), e em estratégias de comunicação que reforçam senso comum de que todo o consumidor é marginal e perigoso para a sociedade (Brasil, 2004a, p.07).

O movimento de reformulação das políticas de atendimento se voltam para a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde, sociais e

culturais, articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica, ou seja, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários e com a finalidade de criar equipamentos substitutivos à internação hospitalar (Brasil, 2004a).

O tratamento sob essa ótica tem como principal objetivo:

minimizar o sofrimento apresentado inicialmente e sensibilizar o sujeito para o processo, onde a qualidade de vida é instrumento enquanto indicador de avaliação a ser explorado. Insere-se aqui objetivos mais extensos que a desintoxicação, padrão de consumo da substância e adesão. Inaugura-se uma preocupação quanto à melhora (ou não) de indicadores sociais (Barchizago, 2007, p.204).

Nessa perspectiva inserem-se, a partir de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Portaria/SNAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 e Portaria/GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002) como uma nova alternativa de atender os usuários de álcool e outras drogas em uma perspectiva diferenciada (Brasil, 1992; Brasil, 2002a).

De acordo com a Portaria/GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial constituem-se em serviços de atenção secundária e estão divididos em três modalidades (CAPS I, CAPS II e CAPS III), definidos por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional. Estão incluídos nestas modalidades, os CAPSi II (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil) para atendimento de crianças e adolescentes e o CAPSad II (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) para o atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (Brasil, 2002a).

O CAPSad II é responsável pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e outras drogas, portanto, atua como órgão regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território. A coordenação das atividades de supervisão de serviços a usuários de drogas e a capacitação das equipes de atenção básica para trabalhar o tema em questão, também são de responsabilidade do CAPSad II. As unidades de atendimento devem oferecer: atendimento

individual; atendimento grupal; oficinas terapêuticas; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família, atividades preventivas e educativas, orientação profissional, acolhimento/observação/repouso/desintoxicação e atividades comunitárias para inclusão social daqueles que não apresentam quadro severo de abstinência. Aos usuários do serviço será definido um projeto terapêutico individual, com a modalidade de tratamento (intensiva, semi-intensiva ou não intensiva) (Brasil, 2002a).

Em 30 de abril de 2002, em complemento à Portaria/GM/MS nº 336, o Ministério da Saúde elabora a Portaria nº 816/GM/MS, instituindo o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2002b), em decorrência:

- a- do aumento do consumo de álcool e outras drogas, entre crianças e adolescentes no País, confirmado por estudos e pesquisas;
- b- dos crescentes problemas relacionados ao uso de drogas pela população adulta e economicamente ativa;
- c- da necessidade de ampliar a oferta de atendimento a essa clientela na rede do SUS;
- d- da contribuição do uso indevido de drogas para o aumento dos número de casos de doenças como a Aids e as infecções causadas pelo vírus B-HBV e C-HCV da hepatite, em decorrência do compartilhamento de seringas por usuários de drogas injetáveis;
- e- da necessidade de reformulação e adequação do modelo de assistência oferecida pelo SUS a usuários de álcool e outras drogas, aperfeiçoando-a e qualificando-a;
- f- da necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenham ênfase na reabilitação e reinserção social de seus usuários;
- g- das conclusões e recomendações constantes do Relatório Final do Seminário Nacional sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e Outras Drogas na Rede do SUS, promovido pelo Ministério da Saúde, em agosto de 2001;
- h- da diretriz constante na Política Nacional Antidrogas de reconhecer a estratégia de redução de danos sociais e à saúde, amparada pelo artigo 196, da Constituição Federal, como intervenção preventiva que deve ser incluída entre as medidas a serem desenvolvidas, sem representar prejuízo a outras modalidades e estratégias de redução da demanda, e
- i- das deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, de dezembro de 2001, as quais recomendam que a atenção psicossocial a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede

assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Esse programa tem como objetivo articular as ações desenvolvidas pelas três esferas do governo destinadas a promover a atenção às pessoas com dependência e/ou uso de álcool e outras drogas. Além disso, busca organizar e implantar redes de serviços, aperfeiçoar as intervenções, atender usuários e familiares de forma integral e abrangente, promover articulação com instituições formadoras e capacitar e supervisionar as equipes de atenção básica.

No ano de 2004, o Ministério da Saúde elabora a Portaria nº 2.197/GM/MS em 14 de outubro, na qual redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 2004a).

No ano seguinte, o Conselho Nacional Antidrogas aprova a Política Nacional sobre Drogas, Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005 (Brasil, 2005c).

Em 2007, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) elabora a Política Nacional sobre o Álcool (Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007), com o objetivo de estabelecer os

princípios fundamentais à sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida causados pelo consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira (Brasil, 2007, p.01).

O Ministério da Saúde em 2009, apresenta o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas - PEAD 2009-2011, para intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde e tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas, de modo a prover uma resposta adequada, sensível ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da complexa clínica no âmbito de álcool e drogas, associando-se, no plano intersetorial, às demais políticas

geradoras de inclusão e cidadania (Brasil, 2009a).

Considerando a adesão do Brasil ao Programa “Mental Health Gap Action Program” (OMS, 2008), da Organização Mundial da Saúde, de 2008, que prevê estratégias para a redução da lacuna assistencial entre a demanda e a oferta de serviços para atenção em saúde mental em todos os países do mundo, especialmente os países em desenvolvimento e, o empenho na definição de políticas específicas para a área de álcool e drogas, pode-se dizer que o ano de 2009 está sendo um marco para a definição de uma política específica infanto-juvenil nessa área.

Porém, é importante frisar que essas políticas não podem ser reduzidas a implantação de serviços somente, pois “...englobam projetos de natureza ético-política e compreendem níveis diversos de relações entre o estado e a sociedade civil na sua constituição.” (Raupp, 2006, p.30) ou seja, da década de 20, do século passado, até o momento ainda, temos, como maior desafio, a construção de uma política voltada para a população de crianças e adolescentes que considere suas peculiaridades e necessidades e que siga os princípios estabelecidos pelo SUS, ou seja, a construção de uma rede pautada na intersetorialidade, na singularidade e na co-responsabilidade (Brasil, 2005).

Como afirma Raupp (2006), quando relaciona a política para a adolescência com a direcionada ao uso de álcool e outras drogas, “ressalvadas algumas especificidades, esse é um campo com inúmeras dificuldades no qual, até agora, não houve um direcionamento político-estratégico que embasasse as diferentes ações e propostas terapêuticas.” (p.34).

Portanto, o desafio de avançar na forma de enfrentar essa questão, depende de uma ação não apenas ampliada, mas sim, composta por diferentes saberes e aportes teóricos-técnicos. O que significa a definição de diretrizes, ações e metas de forma integrada e diversificada quanto às estratégias terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras

de saúde (Brasil, 2004a).

Considerações sobre as políticas no Estado do Mato Grosso- Cuiabá

A construção de estratégias substitutivas ao modelo de tratamento de pessoas com transtorno mental e uso de álcool e outras drogas, também está presente na história das políticas públicas do Estado do Mato Grosso (Oliveira, 2003).

O estudo realizado por Oliveira (2003) trouxe um importante relato sobre o processo de construção da política de saúde mental na região. A análise apresentada pela autora mostra que devido às condições geográficas, políticas e sociais do Estado, sua história teve peculiaridades que levaram a processos políticos diferenciados daqueles vividos por outras regiões do país.

Segundo Oliveira (2003) as diferenças internas entre a elite regional e o investimento desorganizado do governo nacional na região, fez com que ocorresse um crescimento populacional intenso e repentino, com a imigração de pessoas do nordeste, sudeste e sul e a desapropriação de terras indígenas. Os benefícios à investidores privados, com a “marcha para o oeste” e, o incentivo para o desenvolvimento da Amazônia, fez com que empresas se deslocassem para a região com o intuito de construir rodovias, mudança de rotas de rios etc. No entanto, sem a preocupação com as necessidades prioritárias da população, esses “desbravadores” pouco investiram em saúde, educação e transporte, o que causou um atraso no desenvolvimento de políticas da assistência, sendo uma delas a de saúde mental.

Enquanto que na região sudeste, em 1852, havia uma preocupação em criar hospitais para a internação das pessoas com transtorno mental, no Mato Grosso não havia uma proposta específica. Somente em 1905, ou seja, meio século depois, que o Mato Grosso criou a Enfermaria de Alienados na Santa Casa da Misericórdia, situação essa que perdurou até 1957 com a inauguração do primeiro e único Hospital Psiquiátrico público em Cuiabá (Oliveira, 2003).

Segundo a autora, devido ao “atraso” na região, por questões político-

econômicas, o Mato Grosso vivenciava, nas décadas de 70 e 80, do século passado, uma política de atendimento estritamente pública, com um hospital psiquiátrico público e ações preventivas na atenção primária como forma de atender a alta demanda por leitos, enquanto que nas demais localidades do país, se fortalecia a “indústria da loucura”, com a abertura de muitos leitos psiquiátricos em hospitais privados subvencionados pelo Estado (Oliveira, 2003).

Foi nesse período, mais especificamente no ano de 1975, que o Serviço de Saúde Mental do Estado do Mato Grosso foi iniciado, sendo um dos únicos órgãos da federação que ainda não dispunha de uma coordenação das atividades de saúde mental, fato esse contrário às tendências das políticas nacionais. Nesse ano também, o Mato Grosso definiu o Plano Integrado de Saúde Mental, segundo as recomendações do governo federal para a criação de ações em saúde mental em nível primário, secundário e terciário (Oliveira, 2003).

Em 1978, em decorrência do desmembramento do Estado do Mato Grosso em dois Estados, houve uma grande movimento de ocupação das fronteiras ao norte, impulsionadas pelo governo federal, que levou a um grande aumento populacional. Esse forte processo de migração e crescimento desorganizado das cidades, levou ao surgimento de problemas como: violência urbana, falta de saneamento básico, doenças mentais, dependência de álcool e outras drogas etc. Esse processo gerou a abertura de um hospital psiquiátrico privado com o intuito de absorver o aumento da demanda regional em 1989 (Oliveira, 2003).

A abertura de leitos em hospital privado nas décadas de 1980 fez Mato Grosso entrar na fase de “indústria da loucura” e, mesmo com parte da população trabalhadora na área contrária à abertura, esse hospital funcionou nos modelos “tradicionais” de atendimento, enquanto que no restante do país já havia um movimento de incorporação dos princípios da reforma psiquiátrica (Oliveira, 2003).

Em 1991 o Hospital Psiquiátrico público foi fechado por questões

políticas em razão das péssimas condições do atendimento, deixando a região somente com o atendimento do hospital privado (Oliveira, 2003).

Somente em 1993, houve a reabertura do complexo público de saúde mental que passou a compor um pronto-socorro, ambulatório, hospital-dia e internação para atender toda a demanda do Estado, porém, o número de vagas ainda era menor que o oferecido pela rede privada e as práticas ainda eram pautadas nos modelos contrários aos princípios da reforma psiquiátrica (Oliveira, 2003).

Nos dois anos seguintes, cursos de especialização, encontros de saúde mental e cursos de capacitação foram oferecidos para os trabalhadores da área, o que possibilitou a elaboração, em 1995, de uma nova proposta de política de saúde mental orientada pelas princípios da reforma psiquiátrica. Nesse mesmo ano, o Município de Cuiabá assumiu a Gestão Semi-Plena do SUS e definiu a Política de Saúde Mental Municipal (Oliveira, 2003).

No entanto, a aprovação de uma nova política de saúde mental para o município não significou uma mudança na assistência, uma vez que a gestão se pautava em princípios centralizadores, com atenção curativa e individual. Sem priorizar a saúde mental, a gestão no período optou por investir na desospitalização sem investir na rede básica (Oliveira, 2003).

Embora nas quatro conferências municipais de saúde mental (1993, 1995, 1997, 1999) tenham sido aprovadas propostas de implantação de uma política de saúde mental, o município não incorporou as estratégias de assistência, quando, em 1995, implantou somente o Ambulatório de Saúde mental e em 2000 outros dois atendimentos de psiquiatria nas policlínicas (unidade de saúde em nível secundário que consta de ambulatório e pronto-atendimento com leitos de repouso para várias especialidades médicas)⁷.

Segundo a pesquisadora, no ano de 2001, em Cuiabá, a rede pública de atendimento em saúde mental ficou constituída por serviços coordenados pelo Estado como: um hospital particular com leitos públicos, um centro de

7 No Plano Municipal de Saúde para 2001-2005 não constava qualquer planejamento de ações prioritárias na saúde mental (Oliveira, 2003).

atendimento público composto por ambulatorios, hospital-dia, CAPSad Adulto (inaugurado em 1998) e internação e; serviços coordenados pelo Município como os atendimentos médico psiquiátricos nas policlínicas e um ambulatório.

No entanto, como afirma Oliveira (2003), mesmo com uma rede ambulatorial, os dados de produção dos atendimentos de saúde mental ficavam evidenciados nas internações hospitalares e, por outro fator não menos importante, no alto índice de homicídios na região, que:

aponta(va) para condições sociais extremamente desfavoráveis e para a necessidade de que condições normalmente associadas, como alcoolismo, drogadição, violência doméstica, entre outras, sejam assumidas como componentes do processo do viver-adoecer-morrer, da população. E essas condições apontadas, estão fortemente vinculadas à saúde mental, ou seja, mereceriam que fossem priorizadas as ações de saúde mental no planejamento de ações de saúde para o município, o que, entretanto, não se observava (Oliveira, 2003, p.127).

Somente no final de 2001 foi inaugurado o primeiro CAPS I municipal e, em 2002 o CAPSi pelo Estado.

A questão específica sobre a implantação de serviços para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas apareceu na 2º Conferência Municipal, realizada em 1995 e, em 1999, na 4ª Conferência Municipal, a proposta de atendimento infanto-juvenil também na área de álcool e outras drogas.

A partir de 1998, o atendimento na área de álcool e drogas se deu, em âmbito estadual no CAPSad e internação, e no município pelo Ambulatório de saúde mental, sendo essa a primeira demanda no serviço. Os adolescentes usuários de álcool e outras drogas eram atendidos no CAPSad do estado.

Foi somente em 2004, com o Programa de Saúde Mental na Prefeitura Municipal de Cuiabá (Decreto nº 4232) que foram inaugurados novos serviços, sendo dois CAPS I municipais para transtorno mental (Portaria nº 188/GAB/SMS/2004); o serviço de dez residências terapêuticas (Portaria nº 177/GAB/SMS/2004); o CAPS Álcool e Drogas para crianças e adolescentes (Portaria nº 181/GAB/SMS/2004) e; o Centro de Desenvolvimento

Terapêutico Psicossocial para internação-desintoxicação de crianças e adolescentes com dependência de álcool e outras drogas (Portaria nº 190/GAB/SMS/2004).⁸ Nesse mesmo ano os leitos do hospital privado foram descredenciados do SUS (Oliveira e Conciani, 2009).

Portanto, segundo as autoras,

ocorre, aparentemente, um avanço significativo na efetivação da política nacional de reforma psiquiátrica no sentido de criação de CAPS e desospitalização. Observa-se também que, em decorrência da política de financiamento emanada do Ministério da Saúde, os gestores estaduais e municipais incorporaram a tendência de desospitalização na assistência psiquiátrica motivados pela garantia do financiamento privilegiado para as ações extrahospitalares (Oliveira e Conciani, 2009 p.321).

Considerando que a população alvo deste estudo é a adolescente, é importante trazer uma breve observação sobre as políticas públicas na área infanto-juvenil formuladas pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) de Cuiabá, uma vez que este órgão tem a função de formular políticas, propor ação de atendimento e acompanhar a execução, bem como a fiscalização dos recursos financeiros aplicados em projetos ou programas governamental e não governamental. Segundo o documento referente às diretrizes municipais para o período de 2005 a 2008 na área da saúde foram priorizadas as ações para enfrentamento de gravidez na adolescência, atendimento materno-infantil hospitalar e Programa de Saúde da Família (CMDCA, 2005).

No documento base para 2009 a 2012 o CMDCA (CMDCA, 2009) estabelece as seguintes diretrizes em relação a saúde: 1-Garantir atenção integral à saúde da criança, do adolescente e da família com ações integradas nos níveis de atenção primária, secundária e terciária conforme o princípio das políticas públicas do SUS; 2 - Elaboração de políticas públicas integradas com participação de todas as áreas intersetoriais, nas esferas públicas e privadas. 3 - Garantir o atendimento à Resolução CONANDA nº 41 de

⁸ É importante ressaltar que desde 1998, quando foi inaugurado o CAPS AD adulto pelo Estado do Mato Grosso, os adolescentes com histórico de uso de álcool e outras drogas, acima 14 anos, eram atendidos por esse serviço.

17/10/1995 que dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados.

Foram encontradas ações específicas para a assistência à criança e ao adolescente que faz uso de álcool e outras drogas apenas na Resolução N° 01/98 do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA) do Estado do Mato Grosso, para “*combater a situação de risco nos municípios de Cuiabá e Várzea Grande*” foi sugerido a :

- Implementação de ações emergenciais *coercitivas* de combate ao uso de drogas por crianças e adolescente. Executores: Setores da Segurança Pública;
- Criação de um Centro de Recuperação, para crianças e adolescentes envolvidos com uso de drogas, em Cuiabá e Várzea Grande, bem como, implementar programas educativos e preventivos para a questão. Executores: Secretarias de Estado e Municipal de Educação, Secretarias Municipais de Bem Estar Social, Fundação de Promoção Social - PROSOL, Secretarias de Estado e Municipais de Saúde e Organizações não governamentais;
- Implementação de Ação *repressiva*, visando o cumprimento do Artigo 81 do ECA - Estatuto da Criança e do adolescente, que proíbe, a venda à criança ou adolescente de: I - Armas, munições e explosivos, II - Bebidas alcoólicas, III - Produtos, cujos componentes possam causar dependências físicas ou psíquicas ainda que por utilização indevida, IV - Fogos de Estampidos e de artifícios, exceto aqueles que pelo seu reduzido potencial sejam incapazes de provocar qualquer dano físico em caso de utilização indevida. Executores: Juizado da Infância e Juventude das Comarcas de Cuiabá e Várzea Grande, Secretaria de Segurança Pública (CEDCA 1998).

Uma outra forma de obter informações sobre o uso de álcool e outras drogas por adolescentes no Mato Grosso, Cuiabá, são as notícias veiculadas nos meio de comunicação. Algumas notícias foram selecionadas, acessadas

em sites específicos na área e não específicos, como, Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), Tribunal de Justiça do Estado do Mato Grosso, Secretaria Estadual da Saúde do Mato Grosso e Centro Estadual do Direito da Criança e do Adolescente do Estado do Mato Grosso (CEDCA).

Serão apresentadas a seguir algumas informações sobre “realidades” vividas pela sociedade em Cuiabá e região.

Adolescência perdida para tráfico e prostituição em Várzea Grande

Meninas usando álcool e drogas escondem problema muito maior

A presença de adolescentes em bares e pontos de encontros noturnos em Várzea Grande, usando álcool e drogas, é apenas a ponta do iceberg que esconde uma rede de prostituição e tráfico que aterroriza famílias que estão perdendo suas filhas. O drama de mães que perambulam durante as madrugadas em busca das adolescentes já viciadas, aliciadas por traficantes e cafetões tem como último recurso um boletim de ocorrência na delegacia, onde o poder público é denunciado por não dar apoio e estrutura para que estas meninas deixem a situação de risco em que se encontram. Uma mãe desabafa: "Se eu amarrar minha filha em casa vou presa. Mas não encontro ajuda para evitar que ela deixe as ruas". Em menos de 2 horas em um destes pontos de encontro, na avenida Fillinto Müller, em Várzea Grande⁹, a reportagem observou dezenas de adolescentes usando álcool e sendo levadas por homens e rapazes em seus veículos. Enquanto isso, traficantes circulam vendendo drogas, sem se intimidarem com a ronda policial. Algumas das meninas vão vender o corpo em troca da droga, no final da noite, vestindo ainda o uniforme escolar. A mãe de J., 14, diz que há 1 ano luta sozinha para tentar resgatar a filha, viciada e prostituída. Perdeu a conta de quantas horas já ficou sentada nas portas de juizados da infância, conselhos tutelares, delegacias, postos policiais, enfim, em qualquer "órgão competente" que pudesse ajudá-la na luta para reaver a filha que a cada dia se afasta mais e adocece. Se sente impotente diante da força dos traficantes e das pessoas inescrupulosas que usam a jovem. "Nunca, nenhum órgão veio atrás de mim, perguntar o que poderia fazer para me ajudar. A única coisa que fizeram foi mandar minha filha para uma casa de recuperação de onde ela voltou tão dopada que achei que nunca mais ia voltar ao normal", desabafa a mãe R.L., 38. Ela diz que outra adolescente, amiga da filha, que tem a mesma idade, está grávida. A última notícia que teve foi de que ela fugiu de casa para fazer um aborto. Nesta luta

9 Várzea Grande é um município brasileiro do Estado do Mato Grosso que forma uma conurbação com a capital do estado Cuiabá, sendo as duas cidades separadas apenas pelo rio que empresta o seu nome à capital, o Rio Cuiabá (as duas somam mais de 750 mil habitantes). População quase que totalmente na área urbana, são 230 mil habitantes, de acordo com estimativas para 2007.

solitária que se arrasta por mais de 1 ano, a mãe disse que tem feito papel de investigadora. Mesmo sem condições, sai a procura da filha e acaba se deparando com outras jovens, como J., seminua, usando drogas, em postos de combustíveis e pontos de encontro. Cita o pátio do posto Concórdia, na avenida da FEB (já denunciado por A Gazeta), os bares próximo a Caixa D'Água da avenida Fillinto Müller e um bar no bairro Costa Verde como os principais pontos de cooptação de jovens para a prostituição e uso de drogas. Entre os cafetões as jovens apontam o "Patrãozinho", do camelódromo, o "Zezinho" do aeroporto e mototaxistas que distribuem drogas no município e que também usam as jovens viciadas. Os empresários que atuam na noite várzea-grandense reconhecem que estão impotentes diante do tráfico que arregimenta as adolescentes. Eles dizem que não têm como impedir a venda de drogas, inclusive dentro dos bares. Se sentem intimidados e sabem que onde estão as adolescentes, estão os traficantes. Um deles, que teme se identificar, lamenta que nada seja feito pelas autoridades, que sabem quem está por trás da rede de prostituição, mas não combatem efetivamente este tipo de crime. "Eu tenho um comércio familiar e não posso me expor contra estas pessoas que são poderosas". O subcomandante do Comando Regional 2, tenente-coronel José Robson Souza de Figueiredo, assegura que a Polícia Militar tem feito seu trabalho. São arrastões diários onde adolescentes armadas, com drogas ou em situação de risco são retiradas das ruas e encaminhadas aos conselhos tutelares. Mas segundo ele, a continuidade da ação com redes de proteção ou mesmo do trabalho social junto às famílias não é de responsabilidade da PM. Reconhece que o tráfico alimenta a criminalidade, como roubos, assassinatos e furtos, não apenas a prostituição. No município não existem programas ou unidades de apoio para estas meninas em situação de risco. As famílias não conseguem "prendê-las" em casa, já que os aliciadores estão sempre atraindo-as. O Centro de Referência Especializado da Assistência Social (Creas) é denunciado pela mãe de uma jovem de 14 anos, que "sumiu" de lá no dia 9 de outubro, depois de ser retirada das ruas. O órgão sequer avisou a família que só foi descobrir a fuga 5 dias depois. A mãe da adolescente usuária de drogas e prostituída busca apoio da Justiça para tentar resgatá-la das mãos de cafetinas e traficantes, mas não consegue ajuda. Esta semana a revelação da jovem, que disse pelo telefone que arranjou trabalho no exterior, levou a mãe ao desespero. É a certeza de que agora a filha está nas mãos de uma rede internacional de aliciadores que tem em Várzea Grande um de seus tentáculos. Teme que se a filha se for, nunca mais irá revê-la. Membros que atuam nos conselhos tutelares de Várzea Grande se dizem impotentes e desprestigiados. Não assumem denúncias pois dizem que serão alvos de perseguição política. Alegam que não existe apoio e nem interesse no município para conter o avanço da prostituição das meninas e adolescentes. Os conselheiros dizem que são cobrados pela comunidade mas não têm apoio do poder público para dar as respostas urgentes que o problema exige. O empenho deles para retirar as jovens das ruas é visto como um problema para a administração que não quer se comprometer com a causa. Creas - A coordenadora do Creas, Eva Nelson de Freitas, rebate as acusações e garante que o Creas tem atuado. Cita que de

janeiro a setembro deste ano foram 509 atendimentos e na sexta-feira (30) haviam 8 meninas com idades entre 8 e 12 anos no local, sobre a tutela do órgão. Mas assegura que o Creas com as assistentes sociais, psicólogos, educadores, cuidadores fica com as meninas no máximo 48 horas e que cabe aos Conselhos Tutelares atuarem junto as famílias e fazer um diagnóstico mais profundo de cada caso. O que o Creas faz, diz Eva, é buscar o encaminhamento das famílias para programas sociais e no caso das jovens dependentes químicas, o encaminhamento para Centros de Apoio Psicossocial (Caps) ou Organizações Não Governamentais (Ongs) que atuam no tratamento e desintoxicação. Mas a coordenadora reconhece que a estrutura hoje não atende a grande demanda de jovens, adolescentes usuárias de drogas e que estão expostas à prostituição nas ruas. Hoje não existe nenhum programa específico ou casa de apoio para estas jovens, mas apenas um projeto para o próximo ano, que vai depender do executivo municipal para implantação. Ressalta que o problema envolvendo as meninas, a droga e a prostituição não é restrito a Várzea Grande, mas está presente em todo País. Enquanto o debate sobre a quem cabe cuidar, resgatar, salvar das mãos de traficantes e cafetões as jovens da cidade não chega a um consenso, a sociedade vai continuar a se deparar com as cenas vistas pela reportagem, na noite de quinta-feira (29). Meninas franzinas, brancas, ruivas, morenas, gordas, maquiadas, embriagadas, drogadas, sozinhas e acompanhadas. Em troca de uma porção de drogas ou dinheiro sobem em motos, entram em carros e somem na noite. Ou ficam ali, na avenida, a poucos metros da igreja matriz do município, com um olhar perdido, como quem espera do céu pela ajuda que não conseguem aqui na terra (Ribas, 2009).

Atenção à Saúde do Adolescente discutida em Fórum Municipal

Foi realizado na manhã de hoje, no auditório da Escola de Saúde Pública Dr. Agrícola Paes de Barros, o I Fórum Municipal Intersetorial de Atendimento ao Adolescente em Uso e Abuso de Álcool e outras Drogas. Representando o secretário de Estado de Saúde, Marcos Machado, o secretário-adjunto da Ses-Secretaria de Estado de Saúde, Antonio Augusto de Carvalho, falou na abertura do evento. O objetivo do fórum foi promover o intercâmbio entre as instituições públicas e não-governamentais que realizam ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, defesa e desenvolvimento sócio-cultural ao adolescente, em Cuiabá. Além disso serviu para divulgar a iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá na implantação das ações e serviços de Atenção à Saúde do Adolescente em Uso e Abuso de Álcool e outras Drogas. Na palestra de abertura o secretário-adjunto mapeou o desenvolvimento da adolescência como uma fase de intensas mudanças biológicas, psicológicas, sociais e culturais. “É normalmente uma época predominada pela vontade de experimentar, conhecer e viver intensamente”, ele afirmou. Antonio Augusto de Carvalho lembrou da disposição para colaborar com projetos sociais, ambientais, culturais e de outros tipos que é comum nessa fase da vida dos jovens. Mas ressaltou a

tendência em aceitar e enfrentar riscos diretos como o de dirigir em alta velocidade, envolvimento em atos de violência e a prática de sexo inseguro, uso de álcool e drogas e outros peculiares à idade. O adjunto relacionou essa tendência com o aumento dos índices de mortalidade por causas externas, entre jovens, que chega a 73 por cento do total de mortes nessa faixa etária, principalmente de homicídios e acidentes de trânsito. O representante do Secretário de Saúde, na abertura do fórum, aproveitou a ocasião para apresentar o fator de proteção que a Ses está disponibilizando aos adolescentes, para proteção deles. Ele falou do trabalho que a área técnica de Saúde do Adolescente está desenvolvendo em prevenção do consumo de álcool e outras drogas, da prevenção às DST/HIV, da gravidez não planejada, a violência e a todos os agravos que interferem no bem estar dos adolescentes. Ele mencionou, também, a confecção de uma Cartilha de Orientação aos adolescentes e jovens sobre sua saúde e bem estar. A interiorização preconizada pelo secretário Marcos Machado também foi abordada pelo secretário-adjunto. “Os municípios que receberem a capacitação receberão, também, um kit educativo e os profissionais serão orientados a elaborarem projetos para trabalhos específicos com os adolescente”, explicou Carvalho. Antonio Augusto de Carvalho parabenizou a organização do evento por parte dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde e elogiou a Diretora Geral da Escola de Saúde Pública, Marta Maciel Metello Bumlai por ter cedido o espaço para a realização do fórum. Participaram do evento o Promotor da Infância e Juventude, José Antônio Borges Pereira, os secretários de Bem Estar Social, Carlos Alberto Araújo, de Educação, Carlos Maldonado, de Cuiabá e o representante do Conselho Estadual de Entorpecentes, José Antonio Vieira. (Pinto, 2004)

Tratamento de dependência de adolescentes internados é prioridade

Adolescentes dependentes de álcool e outras drogas, como pasta base de cocaína e crack, que se encontram internados no Centro Sócio-educativo de Cuiabá (antigo Pomeri), ganharão um intenso reforço na luta contra a dependência química. O atendimento imediato desses adolescentes deverá ser realizado por meio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) dentro de um mês na unidade. Para que essa instalação se tornasse possível, foi assinado o Termo de Cooperação Técnica nº 1/2009 entre as Secretarias Estaduais de Justiça e Segurança Pública (Sejusp), de Saúde (SES), de Educação (Seduc) e de Emprego, Trabalho, Cidadania e Assistência Social (Setecs), mediante prévio trabalho desenvolvido pelo Poder Judiciário Estadual. Essa parceria visa instrumentalizar uma equipe de saúde para desenvolver ações de saúde mental dentro do centro de internação. A expectativa é de que os atendimentos tenham início já no próximo mês. Para o juiz Jones Gattass Dias, responsável pela Vara da Infância e Juventude da Comarca de Várzea Grande, a medida representa um grande avanço. “As chances de se recuperar o menor serão bem maiores com o tratamento dentro da própria unidade”, asseverou o magistrado. Já a juíza Sinii Savana Bosse Figueiredo, da Segunda

Vara Especializada da Infância e Juventude da Comarca de Cuiabá, acredita que o trabalho do CAPS na unidade de internação resultará inclusive em melhoria no comportamento dos adolescentes. Conforme a magistrada, esse centro de atenção facilitará o trabalho de desintoxicação e o acompanhamento dos menores com relação às crises de abstinência. Cada secretaria nomeou um servidor para acompanhar a execução do termo de cooperação técnica firmado, documento esse que assegurou também a contratação de mais trabalhadores, inclusive um médico psiquiatra. A superintendente disse que, incluindo as internações provisórias, a clientela deverá atingir 156 menores. Destes, cerca de 20% tem algum transtorno psicológico ou dependência química. “Dentro de 30 dias estaremos com o projeto em andamento. Já realizamos uma reunião e faremos outra em breve. A diferença é que com a participação das outras secretarias teremos mais força para resolver os problemas”, pontuou a superintendente. Já a juíza Sini Figueiredo estima que aproximadamente 90% dos adolescentes internados têm ou tiveram algum tipo de envolvimento com drogas. “O CAPS não é a solução do problema, mas é o primeiro atendimento, que deve ser obrigatório em todas as unidades de internação”, enfatizou. Conforme o termo assinado, a Sejusp será a responsável pela disponibilização do espaço físico e de equipamentos, além de viabilizar as despesas com a implementação do projeto terapêutico e instituir uma comissão de avaliação e monitoramento da operacionalização do termo. À Secretaria de Saúde cabe planejar e executar programas de capacitação para a equipe na área de saúde mental, além de assessorar e acompanhar a equipe no desenvolvimento das ações de reabilitação psicossocial junto aos adolescentes. A SES também deverá promover a atualização do projeto terapêutico, além de oferecer material didático e instrucional para a realização das capacitações. Já a Seduc tem como responsabilidade disponibilizar livros didáticos e paradidáticos, jogos educativos e outros materiais pedagógicos, além de proporcionar formação continuada para os profissionais da educação que atuem na unidade. A secretaria também deve assegurar repasses financeiros que a unidade recebe regularmente e estabelecer um programa de qualificação e desenvolvimento específico para a equipe educacional. Por fim, a Setecs ficou responsável por apoiar as capacitações, disponibilizar vagas aos internos e familiares em cursos profissionalizantes, além de encaminhar para cadastro de programas sociais as famílias dos internos, bem como sua inserção no mercado de trabalho. TJMT atua na restituição de direitos de crianças e adolescentes. Toda criança sem registro paterno pode ter acesso a esse direito. Projeto em benefício de crianças abrigadas busca mais apoiadores. Adolescentes dependentes químicos receberão atendimento psicossocial. Magistrados discutem ações voltadas à Semana da Criança. (Tribunal da Justiça do Mato Grosso, 2009)

Drogas e álcool atingem mais jovens entre 14 e 16 anos de Cuiabá

Os adolescentes mais atingidos pelo abuso e consumo da bebida alcoólica e demais drogas estão classificados entre as idades de 14 e 16 anos, conforme a avaliação do médico psiquiatra do Centro de Desenvolvimento Terapêutico para Adolescentes de Cuiabá, Josemar Honório Barreto. Ele trabalha com desintoxicação e prevenção há mais de 20 anos e, apesar de não haver registros sobre esse dado, ele dá o exemplo de um adolescente de 15 anos, em tratamento este ano, que relatou ter começado aos sete anos com o uso da maconha. Esta é uma visão prática que é atestada pelos especialistas da Saúde e que, segundo o médico, as dependências são distintas, conforme a classe social. Portanto, os da média e alta consomem a cocaína e o êxtase os de baixa renda, o crack, a maconha e a pasta-base e o menino de rua, a cola de sapateiro. É bem fácil saber se a pessoa consumiu a cocaína. Se ela estiver na boate, por exemplo, agitada e tomando muita água, pode ter certeza que usou a cocaína. Ela desidrata e dá muita sede, além de dar parada cardiorrespiratória, complementou. Para discutir essa problemática foi realizado, no dia 23/07, o I Fórum Municipal Intersectorial de Atendimento ao Adolescente em Uso e Abuso de Álcool e Outras Drogas. A reunião foi para integrar as políticas de cada instituição pública e não-governamental, que realizam ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, defesa e desenvolvimento sociocultural ao adolescente da capital, e identificar como é que está o perfil do adolescente. Também divulgar e saber que tipo de tratamento e serviço está sendo oferecido. A Secretaria Municipal de Saúde - SMS não tinha um trabalho específico para o tratamento de adolescentes com dependência química e do álcool. Agora existe o Centro de Atenção Psicossocial - Caps ao adolescente em uso e abuso de álcool e outras drogas, implantada em junho desse ano, que funciona em sistema de ambulatório e em período diurno. Além do Centro de Desenvolvimento Terapêutico e Psicossocial, implantado recentemente, que é o tratamento intensivo de recuperação. Esse tratamento é realizado após a desintoxicação e o atendimento do Caps (Folha de São Paulo, 2004).

Dadas as peculiaridades regionais, principalmente no que se refere a localização geográfica e as transformações sociais e econômicas, o Mato-Grosso e Cuiabá, passaram por momentos diferentes do país no que se refere a construção da política de saúde mental. A definição recente de uma política de saúde mental municipal não significou necessariamente mudança de paradigma. O investimento na rede extra hospitalar pareceu representar para o governo, muito mais a lógica do recurso, do que da política em si. Mesmo com todos os esforços dos conselhos municipais de

saúde, através das conferências e fóruns de saúde mental, pouco foi incorporado e a mudança na política de saúde mental da região se deu de forma desorganizada no que se refere a efetivação em si de um novo modelo de atenção cujo olhar estivesse voltado para o fortalecimento da rede social efetiva (Oliveira e Conciani, 2009)

Um outro aspecto importante a ser destacado é que o olhar direcionado para as ações voltadas para o reordenamento da política de atendimento na área da infância e da adolescência, pareceu não priorizar a questão do uso do álcool e outras drogas, embora tão presente na mídia regional, e todos os demais aspectos envolvidos, como tráfico de drogas, uma vez que as diretrizes dos conselhos não destacaram essa questão, ou então apresentaram um enfoque mais coercitivo, no âmbito da segurança pública.

CAPÍTULO 3

A adesão ao tratamento de álcool e outras drogas

Embora seja consenso de que a questão do uso de álcool e drogas por crianças e adolescentes tenha grande importância em razão do cenário mostrado pelos levantamentos nacionais apresentados nos capítulos anteriores, são recentes os materiais que discutem a questão da adesão dos mesmos aos tratamentos para o uso de substâncias psicoativas.

Segundo os resultados do levantamento realizado por Deslandes (2003) sobre as principais tendências da produção científica de autores brasileiros da área de saúde sobre o uso de drogas, entre 1990 a 2000:

- a) Os adolescentes usuários/dependentes de drogas e aqueles em tratamento constituíram um foco de interesse de uma pequena parcela da literatura analisada;
- b) Somente um autor foi citado como aquele que discutiu o abandono de tratamento ambulatorial para dependência de drogas sem delimitar uma idade específica.

Kaminer e Szobot (2004), referem que existe pouco conhecimento sobre a efetividade de diferentes tipos de tratamento para adolescentes, em relação ao conhecimento disponível na área do tratamento para adulto.

Os autores ressaltam que mesmo para aqueles conhecidamente efetivos, ainda nos deparamos com as maiores taxas de abandono e menor sucesso terapêutico em comparação com os os tratamentos para transtorno mental (Kaminer e Szobot, 2004).

De acordo com Kaminer (2001), estudos regionais nos Estados Unidos da América mostram que, de 7 a 10% dos adolescentes necessitam de algum tipo de tratamento para uso de álcool ou outras drogas, porém, somente uma

pequena parcela desse grupo é atendida, aqueles com uso severo, com comorbidades psiquiátricas, ou com problemas com a lei. Para o autor, isso acontece devido aos limites de recursos disponíveis e destinados para essa questão, como também pela inexistência de programas específicos para essa faixa-etária e pela falta de consenso sobre as estratégias de tratamento mais adequadas.

Embora sejam poucos os estudos no Brasil, específicos sobre essa situação, dos que se propuseram a realizar uma reflexão sobre a adesão ao tratamento para o uso de álcool e drogas e as possíveis estratégias de enfrentamento, grandes contribuições podem ser destacadas.

Pinsky et al. (1995) propuseram a realização de um estudo para investigar os motivos para o abandono do tratamento apresentados por adultos atendidos na unidade para tratamento de dependência de álcool e outras drogas do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo e pessoas próximas a eles entre os anos de 1990 e 1993.

Segundo os autores, o abandono do tratamento é um dos problemas enfrentados por profissionais que atuam na área. Citam autores que discutiram essa questão nas décadas de 70, 80 e 90, do século passado, onde apresentam dados que sugerem maior abandono nos tratamentos ambulatoriais do que em regime de internação (Pinsky et al., 1995).

A maioria dessas pesquisas tenta identificar as características “pré-tratamento” dos pacientes que poderiam estar relacionadas com a interrupção do programa. Essas características incluem variáveis sócio-demográficas, experiência anterior de tratamento, características psicológicas do paciente, tipos de drogas, gravidade da dependência, histórico escolar e de trabalho (p.01).

Apesar do grande número de pesquisas naquela época sobre essa questão, os autores comentam que é pequena a relação existente entre o abandono do tratamento e fatores como desemprego, múltiplas dependências, idade, problemas psicológicos e etc (Pinsky et al., 1995). Os motivos mais citados tanto pelos usuários dos serviços, como pelas pessoas próximas a eles foram os fatores ambientais, as recaídas ou piores e a melhora (Pinsky et al., 1995, p.02).

No entanto, os autores enfatizam que a investigação junto aos próprios usuários dos serviços sobre a questão da não adesão ao tratamento ainda é uma estratégia pouco explorada (Pinsky et al., 1995).

Marques, Buscatti e Formigoni (1995) entrevistaram 155 pessoas que buscaram voluntariamente a mesma Unidade de Dependência de Drogas no período de 1993 à 1995, com os objetivos de observar a frequência de abandono nas diferentes fases do tratamento; analisar o perfil dos pacientes que abandonaram o tratamento e; estudar os fatores preditores do abandono.

Dos resultados obtidos, destacam-se as baixas taxas de abandono na fase prévia ao tratamento, logo após o seu início e no período de tratamento. Poucos interromperam antes de iniciar a avaliação, assim como após a primeira consulta, muito provavelmente porque a expectativa e a confiança eram altas em relação ao serviço e ao tratamento oferecido. Na etapa final do tratamento, o abandono foi 30%, maior que os demais, em qualquer fase do tratamento. A recaída foi um fator que apresentou tendência a se mostrar preditivo de abandono (Marques, Buscatti e Formigoni, 1995).

A partir do levantamento bibliográfico de periódicos nacionais publicados nas bases de dados Scielo e LILACS com os descritores: “Adesão AND tratamento AND Adolescentes” e “Tratamento AND Adolescentes AND álcool e drogas/abuso substâncias psicoativas”¹⁰, foi possível observar que a produção científica sobre os adolescentes e o uso de álcool e drogas parece estar crescendo nos últimos anos, considerando que 72% dos periódicos encontrados foram publicados entre 2002 e 2007 (Almeida, Oliveira, Pinho, 2007).

Com os descritores “Adesão AND tratamento AND Adolescentes” foram encontrados dois periódicos cujo tema era álcool e outras drogas e 16 com outros temas (HIV; Obesidade; Doenças crônicas; Gestantes;

¹⁰ Trabalho apresentado no 1º Seminário Internacional da Rede de Pesquisa sobre Drogas, 2007.

Tratamento Odontológico; Pneumologia; Serviços de Saúde; Psicoterapia), o que pode sugerir que essa discussão está, atualmente, mais presente em outras situações que não o tratamento para o uso de álcool e outras drogas.

Os temas foram separados em sete categorias segundo os objetivos dos estudos e foi possível observar que há um número maior de estudos que relacionam a adesão à procedimentos específicos como a terapia nutricional, quimioterapia, suplementação oral e a revelação do diagnóstico nos casos de Aids. Artigos que descrevem a população atendida e relatam questões sobre a relação profissional-adolescente também foram encontrados em maior número. Em menor número destacaram-se os estudos que discutem a adesão segundo os fatores no desenvolvimento e ambiente, a relação adolescentes x serviço de saúde, a repercussão da doença na adolescência, a adesão medida por frequência de atendimento e a revisão bibliográfica de possíveis fatores que influenciam o tratamento do adolescente.

As categorias fatores no desenvolvimento e ambiente e a revisão bibliográfica foram as que contemplaram artigos com tema na área de álcool e outras drogas.

Com os descritores “Tratamento AND Adolescentes AND álcool e drogas/abuso substâncias psicoativas” não houve predomínio de uma categoria específica. Neste levantamento foram encontrados 16 periódicos subdivididos nos seguintes temas: A- padrões de consumo B- procedimentos/técnicas C- caracterização população atendida/risco D- influência da família no tratamento.

No material analisado, alguns autores defendem que a adesão de adolescentes ao tratamento por uso de álcool e outras drogas é uma dificuldade encontrada nos programas e é determinada por fatores extrínsecos, ligados aos procedimentos terapêuticos, à equipe e ao *setting* (Silva et al., 2003).

A necessidade do acompanhamento familiar para o resultado satisfatório do tratamento de adolescentes usuários de álcool e outras drogas foi investigada por Schenker e Minayo (2004) por meio de uma revisão

bibliográfica sobre o tema. Segundo as autoras, os estudos investigados contribuíram para o entendimento de como a família está implicada no desenvolvimento saudável e não saudável dos adolescentes, uma vez que, em conjunto com a escola e os grupos de amigos, exerce grande influência na manifestação do uso de drogas.

No artigo produzido por Andretta e Oliveira (2005), as autoras complementam questões já discutidas nos parágrafos anteriores, apresentando as opiniões de alguns autores, brasileiros e estrangeiros, sobre os fatores que interferem na adesão dos adolescentes ao tratamento. Os autores, por elas investigados, apontam que os jovens raramente buscam o tratamento por conta própria e apresentam dificuldade de relacionar seus problemas ao uso de álcool e outras drogas por estarem em uma fase de mudanças físicas e psicológicas.

Não foi encontrado algum estudo que investigasse o tema adesão ao tratamento para uso de álcool e outras drogas na perspectiva dos adolescentes.

O que foi encontrado, foi a compreensão sobre a não adesão de adolescentes em outros programas de saúde, considerando a opinião dos mesmos sobre o tema em questão.

A adesão dessa população ao Programa de Saúde da Família, foi o objeto de investigação de Muza e Costa (2002). Segundo as autoras, os adolescentes colocaram que “O contexto social não atende às necessidades materiais, mina as relações afetivas e impede uma adequada expressão de papel dos pais” (p.327), eles apontam para a necessidade de atuarem como agentes de transformação dessa realidade.

A visão da importância da pessoa como parte atuante na definição de estratégias para o processo de transformação de sua vida, foi incorporada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), quando entende que a adesão é o comportamento de uma pessoa correspondente às recomendações *acordadas* com o profissional da saúde: ao tomar remédios, seguir uma dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida (OMS, 2003).

Caraciolo (2007a) comenta essa definição da OMS destacando que a adesão sob essa perspectiva tornou-se mais ampla do que somente o grau de obediência demonstrado pela pessoa ao seguir um determinado tratamento, pois agrega em sua definição, o princípio da autonomia, ao exigir que haja uma concordância do paciente com as recomendações de saúde, ou seja, uma participação ativa nos cuidados com a própria saúde. A mesma autora complementa dizendo que nessa visão, a adesão é resultado do comportamento do paciente. Comportamento esse influenciado por diversos fatores associados ao seu contexto de vida.

Um dos pontos levantados pela autora é a necessidade de se investigar e identificar as questões subjetivas que estão envolvidas na não-adesão, para que possam ser trabalhadas de formas diferenciadas, com abordagens diversificadas (Caraciolo, 2007a).

Ainda segundo Caraciolo (2007a), para que sejam desenvolvidas novas estratégias para melhorar a adesão fazem-se necessárias investigações e entendimentos dos fatores que influenciam a sua construção. Porém, em situações de maior vulnerabilidade, como a infância e adolescência e uso de álcool e outras drogas, devem ser criadas estratégias específicas e uma organização diferenciada dos serviços, que auxiliem na superação de barreiras e otimizem o potencial de adesão por meio do fortalecimento do indivíduo.

Galano (2007) trás essa discussão no âmbito da adesão ao tratamento de crianças e adolescentes com Aids e coloca que, além de serem consideradas as dimensões objetivas da questão (trabalho junto aos familiares, cuidadores e/ou responsáveis), “torna-se premente pensar a adesão na perspectiva da subjetividade da criança, lembrando que esses pequenos pacientes também têm algo a dizer sobre o que pensam, sentem e observam em relação aos acontecimentos e experiências de suas vidas” (p.99).

Para a autora, “...é fundamental entender a adesão como um processo que implica numa longa trajetória, e, portanto, não deve ser trabalhada

exclusivamente nos momentos em que se observa falência terapêutica ou interrupção do tratamento” (p.100). Ela deve ser entendida como um desafio composto por múltiplos fatores e que requer considerações aprofundadas (Galano, 2007).

Nesse sentido, refletir sobre conceitos e a relação destes com as práticas, poderá auxiliar na superação de algumas concepções enraizadas nas práticas e balizadas por pressupostos teóricos contraditórios (Ayres, 2004a).

Segundo os resultados do levantamento de artigos científicos internacionais entre 1997 a 2007 (Almeida, Oliveira, Pinho, 2008), na base de dados ADOLEC¹¹, sobre o tratamento de adolescentes usuários de álcool e outras drogas, foi possível observar que nos seis periódicos analisados, há uma tentativa de adequar os programas às características dos adolescentes e não simplesmente aplicar as propostas utilizadas no tratamento de adultos para o atendimento dessa faixa-etária.

Dos seis artigos analisados, dois consideraram a opinião/satisfação dos adolescentes em relação ao programa. Desses dois artigos, um único apresenta dados qualitativos como forma de discussão dos resultados, relatando de forma literal, a opinião dos adolescentes sobre o programa, sem se apoiar em escalas pré-determinadas. Já, os demais artigos, utilizaram análises quantitativas, com escalas de medição de variáveis diversas que, estatisticamente comprovadas, demonstravam as efetividades das ações.

Para Pinsky et al. (1995), uma das maneiras pouco exploradas de pesquisar essa questão é investigar junto aos próprios usuários do serviço os motivos para a não adesão ao tratamento.

No entanto, como aponta Scivoletto (1998), ainda são mais freqüentes os estudos epidemiológicos, com metodologias quantitativas sobre uso de drogas na adolescência, do que sobre a característica destes jovens que buscam tratamento ou que descrevem o tipo de tratamento, sua efetividade e

11 Base de dados que contém referências bibliográficas da literatura internacional da área de saúde de adolescentes e jovens e extrai periódicos das bases de dados MEDLINE e LILACS.

a evolução.

A utilização de indicadores e estudos epidemiológicos é segundo Ayres (1993), um mecanismo utilizado para ordenar finalidades e instrumentos para ação. Além disso, esse instrumento auxilia também na construção do próprio objeto do programa, uma vez que permite recortar no conjunto da população, um grupo com características específicas dos perfis relativos à saúde. Porém, para o autor, será necessário trabalhar com indicadores que considerem as características sociais da adolescência. Neste caso então, é fundamental a compreensão de que,

(a) não existe uma perspectiva única, nem privilegiada, para a formulação de juízos a cerca de necessidades de saúde de adolescentes, mas de que esses juízos são cambiantes e dependentes dos sujeitos que os formulam; b) de que os adolescentes de uma dada comunidade não constituem uma massa homogênea de interesses, mas um conjunto de individualidades em interações não isentas de conflitos e contradições; e c) de que os critérios técnicos nunca recobrem a totalidade dos significados e interesses da saúde para os adolescentes (Ayres e França Júnior, p.67, 2000).

Ayres (1993) aponta que uma das grandes dificuldades em definir necessidades em saúde de adolescentes deve-se ao fato de que não há questões puramente biológicas vinculadas às necessidades de saúde socialmente expressas. O autor exemplifica fazendo uma correlação com as pessoas idosas, em que a problemática da desqualificação para o processo produtivo, se superpõe ao desgaste físico, mental e as doenças crônico-degenerativas.

É importante destacar que, como refere Ayres (1993) e Oliveira e Egry (1997), as discussões em âmbito científico relacionadas com a adolescência são recentes, mais especificamente na segunda metade do século XX.

Como exemplo, foi em 1977, diante da relevância alcançada pelas questões relativas à adolescência, que a OMS publicou o primeiro informe técnico sobre os problemas e necessidades de saúde dos adolescentes (Oliveira e Egry, 1997).

Segundo Abramo (1997), “na academia, depois de anos de quase total ausência, os jovens voltam a ser tema de investigação e reflexão, (...)no entanto, a maior parte da reflexão é ainda destinada a discutir os sistemas e as instituições presentes na vida dos jovens...ou mesmo, as estruturas sociais que conformam situações “problemáticas” para os jovens, poucas delas enfocando o modo como os próprios jovens vivem e elaboram essas situações” (p.25).

Porém, para que esse processo aconteça, é importante que os adolescentes tenham condições de:

realizar um diálogo simétrico com os profissionais da saúde, livres de ruídos opressores da autoridade, quanto da demagogia. Esse ideal do diálogo livre de opressão coloca a necessidade de o ‘sujeito-serviço’ expandir suas condições de compreender, julgar e negociar verdades, valores e motivações que movem o ‘sujeito-serviço’, construindo uma racionalidade viva na assistência à saúde; uma racionalidade capaz de solidariedade, movimento, liberdade; uma racionalidade capaz de desejar, negar-se, abrir-se ao novo; recriar (Ayres e França Júnior, 2000).

Para os autores, é importante reconhecer que não basta somente *ouvir o adolescente* ou *criar espaços para participação*, mas sim aprender a dizer utilizando-se de linguagens não exclusivamente tecnocientíficas (Ayres e França Júnior, 2000).

Estudos que buscam ouvir a opinião dos adolescentes e jovens sobre diversos aspectos ligados a cultura, lazer, saúde, educação, participação política entre outros, são recentes no país (UNICEF 2006 ; UNICEF, 2007).

Com o objetivo de elaborar uma metodologia adequada aos programas de saúde do Rio de Janeiro, Bursztyn e Ribeiro (2005) realizaram um levantamento das metodologias preexistentes de avaliação participativa, considerando que a aplicação de metodologias participativas de avaliação e planejamento em saúde tem sido uma maneira de provocar mudanças sociais. Dos resultados apresentados, após a aplicação da metodologia elaborada pelas autoras, destacou-se a percepção, por parte dos profissionais da equipe, de que as parcerias são pontos fortes do programa e a participação dos adolescentes e a equipe multiprofissional como pontos

fracos (Bursztyn e Ribeiro, 2005).

O levantamento realizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 2006, intitulado “A Voz dos Adolescentes” foi o primeiro de âmbito nacional a ouvir a opinião dos adolescentes brasileiros, por meio de entrevistas e discussões em grupos focais, de todos os níveis de renda, regiões geográficas, níveis de escolaridade, diferentes etnias e características culturais, tendo como perspectiva, contribuir para a construção de espaços de participação e de políticas públicas que assegurem aos adolescentes “uma vivência intensa e equilibrada dessa fase da vida para, a partir de sua importante contribuição, construir um mundo melhor”. O levantamento investigou temas como, questões relacionadas à família, escola, trabalho, lazer, exclusão digital, sonhos e expectativas, sexualidade, uso de preservativo, gravidez, drogas, pobreza, violência, diálogo em casa, respeito, instituição de referência e participação, direitos e participação, ECA e, garantir direitos x cumprir normas.

A amostra foi de 5.280 meninos e meninas entre 12 e 17 anos (49%) e entre 15 e 17 anos (51%), no Brasil, valor representativo para o total de 20,7 milhões de indivíduos incluídos nessa faixa etária, segundo os dados preliminares do Censo 2001, realizado pelo IBGE (UNICEF, 2006).

Os resultados referentes à participação social mostrou que 65% dos adolescentes entrevistados nunca participou de “...associações comunitárias, grêmios escolares, discussões sobre problemas no bairro, organização de festas e gincanas” (p.124). Entre os que relataram algum envolvimento, a frequência foi maior nos grêmios escolares e na organização de gincanas (ambas com 13% das citações) (UNICEF, 2006).

O segundo levantamento realizado pela UNICEF, “Adolescentes e Jovens do Brasil: participação social e política”, entrevistou 3.010 jovens adolescentes moradores de capitais e do interior de todas as regiões, pessoas de diferentes níveis de escolaridade, renda e etnia, que estão ou não inseridos no mercado de trabalho, que vivem com os pais ou parentes, moram sozinhos, com amigos ou com o(a) companheiro(a). Na segunda etapa do

levantamento, usando a metodologia de grupo focal, participaram 42 jovens adolescentes de oito capitais e duas cidades do interior; e dez grupos de discussão, incluindo jovens que exercem algum tipo de liderança.

Na área da saúde, foram abordados temas referentes aos problemas de saúde que mais afetam os jovens, nível de satisfação com as políticas de saúde e contribuição pessoal para melhorar a área da saúde.

De acordo com os resultados, “os jovens adolescentes brasileiros parecem estar mais conscientes sobre suas vulnerabilidades e sobre a importância de aumentar seu autocuidado e sua autoproteção” (UNICEF, 2007, p.44). Porém, o número de entrevistados que demonstram insatisfação com as políticas de saúde (54%) leva a uma reflexão sobre a capacidade do sistema público de saúde prover um atendimento adequado a essa parcela da população.

Foi observado que a dependência de drogas (28%) e a Aids (26%) são citados como sendo os principais problemas de saúde. As doenças sexualmente transmissíveis (9%) e o alcoolismo (7%) também são mencionados.

Com relação às maiores demandas no campo da saúde, os entrevistados sugeriram medidas que podem ser divididas em quatro categorias principais: 1) infra-estrutura, no que se refere a construção de novas unidades, melhoria nos equipamentos já existentes; 2) investimentos nos profissionais de saúde; 3) queda no preço dos medicamentos e; 4) prevenção, por meio de medidas relacionadas às áreas de saneamento básico e educação.

O relatório conclui que “a partir de uma lógica similar à apresentada na área de educação, os jovens adolescentes parecem não vislumbrar a possibilidade de interação mais intensa com os profissionais de saúde, o que indica um desafio a ser superado pela política de atenção à saúde do adolescente e do jovem” (UNICEF, 2007, p.46).

Ainda, para a UNICEF (2007), outra observação, foi que muitos jovens e adolescentes não sabiam exatamente como poderiam contribuir para

melhorar a área de saúde. Um total de 26% respondeu não saber ou não opinou sobre a questão. As propostas que aparecem com maior destaque são: palestras de conscientização (11%); orientar amigos, jovens e outras pessoas (9%); e fazer campanhas e cartazes (8%), 7% responderam que não há nada que possam fazer. Entre as proposições pessoais dos entrevistados para melhorar a saúde do país, há uma tendência mobilizadora que sugere ações voltadas para a educação de pares, orientação, aconselhamento e diálogo.

Portanto, considerando que,

- o cenário nacional quanto ao uso de álcool e outras drogas com adolescentes e jovens vem mudando no decorrer dos anos, apresentando aumento do consumo e gerando consequências sociais graves;
- a região do Mato Grosso, mais especificamente Cuiabá apresenta peculiaridades que a diferem quanto ao padrão de uso de alguns tipos de drogas e por sexo que podem influenciar na organização da rede de atendimento;
- Cuiabá possui um dos poucos CAPSad no país, específicos para o atendimento de crianças e adolescentes, como uma proposta direcionada para essa população;
- questões relacionadas às políticas nacionais para o uso de álcool e outras drogas para crianças e adolescentes e a saúde mental infanto-juvenil são foco da atenção da sociedade como um todo, incluindo governo, comunidade científica e a população em geral;
- a adesão ao tratamento para uso de drogas é algo que vem sendo estudado, porém, são poucos os estudos que discutem a adesão ao tratamento por adolescente, e ausência de estudos que considerem a opinião dos mesmos sobre a questão,
- a construção de políticas participativas que contemplem a opinião dos adolescentes e jovens pode provocar mudanças importantes na realidade atual, pretende-se:

OBJETIVO GERAL

Compreender de forma compartilhada a opinião de adolescentes atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Adolescer de Cuiabá-MT e dos trabalhadores, acerca da adesão ao tratamento para uso de álcool e outras drogas e seus entornos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar os adolescentes entrevistados que interromperam o tratamento voluntariamente após três meses, atendidos no CAPSad Adolescer de 2004 (ano de abertura) a 2008 no que se refere a: dados sócio-demográficos, tipo de droga utilizada, adesão ao tratamento (início, término, motivos para interrupção, fase do tratamento);
- b) Identificar as opiniões e percepções dos adolescentes entrevistados sobre : os motivos para o uso de drogas entre adolescentes; as razões que dificultam a busca por tratamento; o processo de tratamento; os aspectos que interferem na interrupção voluntária do tratamento e; as estratégias para à adesão ao tratamento de álcool e drogas.
- c) Identificar a percepção dos adolescentes e trabalhadores do CAPSad Adolescer acerca do significado da adesão e não adesão ao tratamento.
- d) Buscar novas formas de lidar com essa realidade, tendo como parâmetro a participação dos atores envolvidos no processo.

METODOLOGIA

Abordagem teórico-metodológica

Nos capítulos anteriores foram abordados diferentes aspectos relacionados com o uso de álcool e drogas na adolescência.

Por meio dos levantamentos nacionais foi possível conhecer parte “das realidades” do uso de álcool e drogas nesse período da vida, especificamente na região do Mato Grosso-Cuiabá. Em seguida, discutiu-se sobre as políticas de atendimento para o usuário de álcool e drogas, tentando pensar mais especificamente no sujeito adolescente. Nessa parte, o processo histórico e as mudanças sociais e conceituais foram considerados como aspectos relacionados à construção das políticas sociais. Na última parte buscou-se relacionar parte da literatura que tem discutido sobre o atendimento ao adolescente usuário de álcool e drogas, dando ênfase a relação adesão ao tratamento e a construção de ações de saúde com a participação daqueles a quem se destina.

Considerando que a proposta é refletir sobre problemas e políticas de um determinado setor da saúde, este é um estudo que pode ser definido como estratégico e está direcionado para a compreensão de problemas concretos, focais que surgem em ações governamentais ou na sociedade (Minayo, 2006).

Propõe-se aqui, uma pesquisa qualitativa, cujo cenário de investigação são as experiências do senso comum, interpretadas e re-interpretadas pelos sujeitos que o vivenciam (Minayo, 2006). Como diz Thompson (1995), “como pessoas, nós estamos imersos em conjuntos de relações sociais e estamos constantemente envolvidos em comentá-las, representá-las a nós mesmos e aos outros, em verbalizá-las, em recriá-las e transformá-las através de ações, símbolos e palavras” (p.19).

Nesse processo de interpretação da realidade, o encontro *pesquisador e pesquisado* é marcado por uma reflexão individual e conjunta. Ambos são responsáveis por interpretar o campo social. Porém, quando o primeiro realiza uma reinterpretação desse campo pré-interpretado, ele estará; “...projetando um significado possível que pode divergir do significado construído pelos sujeitos que constituem o mundo sócio-histórico” (Thompson, 1995. p.376), uma vez que o mesmo também se encontra imerso neste ou em outro campo e por isso está em constante processo de construção de significados. O autor salienta que no processo de interpretação/reinterpretação pode ser gerado um conflito, o qual deve ser entendido como uma ação construtiva, por ser capaz de criar um potencial crítico da interpretação.

A abordagem metodológica escolhida é a Hermenêutica-dialética pois

trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, dentro dos seguintes pressupostos: o ser humano como ser histórico e finito complementa-se por meio da comunicação; sua linguagem também é limitada, ocupando um ponto no tempo e no espaço; por isso, é preciso compreender¹² seu contexto e sua cultura (Minayo, 2006, p.166).

A autora apresenta os dois conceitos separadamente para depois explicá-los como uma única abordagem.

A hermenêutica se fundamenta em dois princípios: a experiência cultural que traz os resultados dos consensos que se transformam em estruturas, vivências, significados e símbolos; e que nem tudo na vida social é inteligível e nem a linguagem é uma estrutura completa da vida social, portanto, é importante apoiar-se nas análises de contexto e da práxis (Minayo, 2006).

Do ponto de vista metodológico a hermenêutica possui cinco parâmetros: a) esclarecer o contexto de diferentes atores e de suas propostas;

12 “Compreensão é, em princípio, entendimento, e compreender significa uns se entenderem com os outros. Assim, umas das idéias centrais que fundamentam a hermenêutica é a de que os seres humanos na maioria das vezes entendem-se ou fazem um movimento interior e relacional para se porem em acordo” (Minayo, 2002).

b) acreditar na existência de racionalidade e responsabilidade nas diferentes linguagens como veículo de comunicação; c) colocar os fatos, os relatos e as observações no contexto dos atores; d) observar e compartilhar; e) produzir um relato dos fatos em que os atores sociais se sintam contemplados (Minayo, 2006).

Já a dialética, considerada a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia, “busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles” (Minayo, p.167, 2006).

Do ponto de vista metodológico a dialética necessita: de instrumentos de crítica e apreensão das contradições da linguagem; de compreender que a análise dos significados se dá a partir das práticas sociais; de valorizar os processos dinâmicos de criação de consensos e contradições, inclusive aquelas existentes entre o pesquisador e o interlocutor, e, de ressaltar os aspectos histórico das falas, relações e ações (Minayo, 2006).

A articulação entre a hermenêutica e a dialética se dá pelas seguintes razões: ambas consideram a característica da linguagem, das relações e das práticas; para ambas o observador não pode ser imparcial; ambas criticam o tecnicismo em favor do processo intersubjetivo de compreensão e de crítica; ambas ultrapassam as tarefas de serem unicamente ferramentas para o pensamento; ambas estão referidas à práxis estruturada pela tradição, pela linguagem, pelo poder e pelo trabalho (Minayo, 2006).

Nessa articulação, “...enquanto a hermenêutica enfatiza o significado do que é consensual, da mediação, do acordo e da unidade de sentido, a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso, a ruptura de sentido e, portanto, para a crítica” (Minayo, 2006, p.168)

A utilização da Hermenêutica Dialética “*no modo de operar o cuidado*” em saúde,

implica assumir que a objetualidade, inerente a qualquer ação de saúde, não deve ser produto de um saber exclusivamente instrumental, provido pelo arsenal científico-tecnológico de um profissional ou serviço que se aplica sobre um substrato passivo, o

usuário ou a população. A objetualidade deve se produzir no encontro entre sujeitos autênticos que buscam soluções convenientes, sob o ponto de vista de ambos, para a prevenção, superação e/ou recuperação de processos de adoecimento (Ayres, 2007, p.52).

Ainda segundo o autor, o objeto não é o indivíduo ou a população, mas sim, algo que é construído com eles e a partir deles, e complementa

cada qual com suas próprias sabedorias práticas e instrumentais, profissionais/serviços e usuários/população constituem-se como sujeitos das ações de saúde, pela compreensão dos desafios práticos que os põe uns diante dos outros e pela necessidade de responderem com autonomia e responsabilidade mútua, segundo as possibilidades configuradas no contexto deste encontro (Ayres, 2007, p.53).

Encontro esse que tem como principal meio para promover o “engendramento de sujeitos” (p.68), a linguagem. Porém, a linguagem só se configura a partir de um “...ato criador, de sujeitos e seus mundos na e pela linguagem, que nos faz experimentar o que somos no encontro com o que não somos”, o diálogo (Ayres, 2001).

O autor chama a atenção para a necessidade da revisão sobre o significado de “estabelecer um diálogo com a população atendida”, ignorando assim, que uma forma de diálogo já existe, mas, que por ser ignorada, é interpretada como um fracasso do serviço em comunicar, ou da pessoa em compreensão e aderir à proposta (Ayres, 2001).

Como afirma Habermas (1987), “...à arte de convencer e do persuadir, a hermenêutica filosófica deve, por outro lado, a experiência característica de que no médium da comunicação de linguagem corrente não só são trocadas comunicações, mas também são formadas e modificadas atitudes que orientam a ação” (p.30).

Para Habermas (apud Ayres, 2001, p.68), para um discurso se tornar um diálogo precisa-se de alcançar três níveis de intersubjetividade: 1) a aceitação de que o projeto de mundo e de vida de um discurso é correto do ponto de vista ético, moral e político; 2) os fatos presentes nos discursos são tidos como verdadeiros por ambas as partes; 3) ser capaz de expressar autenticamente aquilo que se expressa subjetivamente no discurso.

Partindo do princípio de que as opiniões dos participantes acerca da adesão ao tratamento, pudessem estar relacionadas com as necessidades individual e/ou coletiva e as diferentes dimensões do processo de vulnerabilidade, optou-se por linhas teóricas que discutem esse dois conceitos.

A discussão sobre necessidades, em especial a revisão realizada por Heller (1996) sobre a Teoria das Necessidades em Marx, elaborada pela autora em 1974, foi escolhida por trazer o conceito de necessidade como processo histórico e manifestado a partir de diversos contextos sociais, tendo como princípio, a busca da liberdade e autonomia. Nessa mesma linha, optou-se por trazer um pouco da discussão sobre necessidades no âmbito da saúde, uma vez que, o estudo discute problemas e políticas de um determinado setor da saúde.

Considerando que a questão maior são os meandros dos tratamentos para uso de álcool e drogas por adolescentes, a discussão sobre vulnerabilidade na saúde, proposta por Ayres et al. (2003a), foi escolhida em razão da compreensão da exposição das pessoas ao adoecimento “...como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos” (Ayres et al, 2003a, p.123).

Serão apresentados a seguir alguns pontos de cada conceito, considerados relevantes para a discussão dos dados.

Necessidades

Para Heller (1996), necessidade é uma categoria social e individual e se situa entre o desejo e a carência (sociopolítica). Os desejos são pessoais e podem ser inconscientes e plurais. Já as carências, são abstrações

sóciopolíticas. O desejo se manifesta (direta ou indiretamente) na relação psico-emocional e subjetiva com as necessidades. Os sentimentos combinados e conscientes podem assinalar uma falta, como fome, curiosidade, ansiedade, amor entre outros (Heller e Fehér, 2002). Já as carências, descrevem um tipo de necessidade que a sociedade atribui aos seus membros (ou alguns deles). Enquanto que as necessidades sociopolíticas são abstrações que se referem a certos tipos ou conjunto de necessidades, que podem ser atribuídas a grupos específicos com uma identidade específica que os difere de outros. A atribuição de uma necessidade vem sempre acompanhada de uma forma de recolocação, de redefinição e de reagrupamento das diferenças de identidades. Portanto, a distribuição das necessidades é complexa porque a sociedade precisa distribuir os tipos de necessidades e o que as satisfazem, algo também abstrato.

Nas sociedades atuais, as necessidades e as formas de satisfação não são distribuídas ao nascimento como nas sociedades pré modernas, segundo o status social de onde vem a criança, mas sim distribuídas conforme o decorrer da vida e dos caminhos trilhados por essa criança. O que determina o tipo de distribuição na sociedade atual é a característica quantitativa dessa distribuição, ou seja, o que deve ser distribuído se diferencia conforme o poder de riqueza do indivíduo, o que Heller (1996) chama de nível de vida. Essa nova forma de distribuição, permite a mobilidade social e a possibilidade do indivíduo ou grupo de indivíduos definir como vai administrar essa riqueza, ou seja, para a satisfação de quais necessidades elas serão direcionadas.

No entanto, segundo Heller e Fehér (2002), as necessidades humanas ao mesmo tempo em que se apresentam e se expressam de forma subjetiva como sentimentos e motivações, também são interpretadas por meio do entendimento dado pelas instituições, mediante normas, leis, políticas.

A vantagem em ver a modernidade na perspectiva das necessidades, é a possibilidade de combinar esses dois discursos : o da filosofia social com o da filosofia existencial, ou seja “a criação, distribuição, percepção e satisfação

social das necessidades, e igualmente tematizar a relação *subjetiva* do indivíduo com o sistema de necessidades, isto é, as aspirações, alegrias, sofrimentos e esperanças das pessoas *qua* pessoas, suas ligações umas com as outras, suas vulnerabilidades, anseios, felicidades e infelicidades” (Heller e Fehér, 2002, p.30).

Segundo Heller (1996), para se analisar a legitimidade e limitações da crítica das necessidades é necessário fazer uma discussão da dicotomia entre necessidades verdadeiras e falsas / reais e irrealis. Heller (1996) defende que essa dicotomia não pode existir, pois elas se manifestam historicamente e cada necessidade particular também está expressa na história. Um dos maiores problemas de pensar necessidades a partir desse ponto de vista é que a determinação do que são necessidades verdadeiras ou falsas / reais ou imaginárias pode ser fruto de uma estrutura de poder que permite a satisfação daquela que considera real, oprimindo as demais. Para Heller (1996), todas as necessidades sentidas pelos seres humanos como reais devem ser consideradas reais e reconhecidas. Fazer uma divisão entre verdadeiras ou falsas acarreta não somente o não reconhecimento da necessidade, como sua demanda passa a ser considerada irrelevante.

A autora discute que além da dicotomia entre real e irreal, a discussão perpassa também pelo debate sobre necessidades boas ou más. Tem-se como premissa que, a partir de normas do sistema social, algumas necessidades foram previamente definidas como más e outras como boas, e da mesma forma sua satisfação. Todas as necessidades reconhecidas como boas são igualmente boas. Nessa discussão a autora refere o quanto a criação de critérios que determinem se uma necessidade é boa ou menos boa pode acabar resultando em um sistema de ditadura sobre as necessidades. Para a autora o estabelecimento ético com relação à condição boa ou má de uma necessidade deve passar pelo critério de que devam ser excluídas todas aquelas em que para a satisfação dessa necessidade um homem deve ser um meio para outro (desejo de posse, de dominação, ambição, exploração e opressão), o que a autora chama de necessidades quantitativas alienadas

(Heller, 1996).

A terceira e última discussão trazida pela autora se refere a como deve-se definir a ordem de satisfação das necessidades reconhecidamente boas. Como é colocado “aquilo que os indivíduos têm consciência de que é sua necessidade, é realmente sua necessidade.” (Heller, 1996, p.68). Mas questiona, será o indivíduo autorizado a desejar outras necessidades? A autora exemplifica esse debate por meio da questão sobre o que é mais importante? A necessidade de comida ou de atividade recreativa? A necessidade de amizade ou de higiene? Para a autora, o fundamental é que a possibilidade de opções entre necessidades não signifique a ordenação dessas necessidades em alguma ordem consecutiva. A proposta então é criar um sistema de necessidades.

Nesse caso, é a forma de vida a que se refere o sistema de necessidades, ou seja, as opções tomadas dentro de um sistema de necessidades que significam a preferência de uma ou mais formas de vida frente à outras. Preferência essa, guiada por um sistema de valores que estão inseridos em relações de contradições e conflitos de interesse (Heller, 1996).

Heller e Fehér (2002) destacam que as aspirações, normas, valores sociais e padrões de satisfação das necessidades podem mudar de sociedade para sociedade e de cultura para cultura.

Uma das grandes dificuldades no caso, é quando as necessidades são impostas à pessoa ou grupo de pessoas sem que elas sejam percebidas como sendo as que realmente fazem sentido para elas. Isso pode se dar da seguinte forma: pode-se colocar em dúvida se as necessidades que emergiram da pessoa são necessidades reais/autênticas, ou então, verbalizando que existem outras necessidades que não são conscientes, alterando assim, o conjunto de necessidades identificadas (Heller, 1996).

Heller (1996) coloca que ambas as situações descritas no parágrafo anterior são formas de manipulação e podem ser realizadas por meio das ações institucionais proibitivas ou as que ignoram as necessidades advindas de situações de privação.

O movimento de superação desse cenário, seria a coexistência social, ou seja, a educação recíproca, na sua forma individual e coletiva. O Estado e as instituições democráticas passam a receber uma retroalimentação de necessidades já transformadas, que gerarão novas necessidades com maior possibilidade de reconhecimento e satisfação (Heller, 1996).

Segundo a autora, a sociedade civil, composta principalmente por “demandadores de necessidades e objetos de satisfação”, constituem um importante veículo para a justiça social quando pressiona o Estado, como fonte última de distribuição. Isso se dá por meio da utilização, pela sociedade civil, da linguagem dos “direitos”¹³ para demandar a satisfação das necessidades, que permitem ao indivíduo escolher o que ele deseja fazer. Para Heller e Fehér (2002), a primeira exigência para reivindicar a legitimidade de uma necessidade é ter consciência da origem da insatisfação.

Nesse caso, nem o Estado democrático e seu sistema de instituições, podem ser as fontes para a elaboração das necessidades e novas formas de vida, mas sim estabelecer uma estrutura para tudo isso. Todo esse processo se dará pela democracia como trabalho, onde é possível que todos os indivíduos participem das decisões sociais e descentralizadas de poder, para que seja possível implementar as normas de reconhecer e satisfazer as necessidades de acordo com as prioridades combinadas democraticamente

Necessidade em saúde

Mendes-Gonçalves (1992) diz, “ as necessidades aparecem como aquilo que precisa 'necessariamente' ser satisfeito para que esse ser continue sendo um ser” (p.19).

Tendo como referências as discussões realizadas por Agnes Heller e Marx, para o autor, as necessidades são históricas (necessidades que estão

13 Segundo Heller (1996), entre os direitos das pessoas na sociedade moderna a liberdade pessoal e autonomia são as mais valorizadas, e por essa razão, há uma intolerância com relação a interferência de outro na determinação do que deva ser a felicidade.

presentes para a reprodução do homem em um certo período e em uma certa sociedade, e em momentos em um determinado grupo) ; são objetualizadas (são criadas a partir da relação com objetos resultantes dos processos de trabalho) ; são conscientes e; são de indivíduos (sócio-historicamente determinados e em constante relação sócio-histórica com outros indivíduos).

As necessidades de saúde também são sócio-históricas, conscientes, objetualizadas, individuais, como as demais necessidades. Como descreve Merhy (1997), “o conjunto dos trabalhos em saúde produzem um produto, os atos em saúde, e que estes são considerados como capazes de intervir no mundo do que é denominado de 'problemas de saúde', provocando um alteração do mesmo em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito do usuário final” (p.4).

Todo processo de trabalho em saúde, como um cuidado, tem que produzir um procedimento, entendido como atos de saúde. Porém, esse atos de saúde, podem variar conforme o modo de “cuidar”, que nem sempre pode proporcionar produção da saúde (Merhy, 1999). “As produções de atos de saúde podem ser simplesmente centradas em procedimentos e não nas necessidades de saúde dos usuários” (p.307).

Nesse caso, como pontua o autor, nem sempre o resultado é alcançado, ou seja, nem sempre os atos em saúde possibilitam aos usuários ganhos de autonomia¹⁴ no gerenciamento de sua saúde (Merhy, 1997). Isso pode estar acontecendo uma vez que, no campo da saúde, as necessidades são apresentadas como se fossem igualmente de todos, não sendo consideradas as desigualdades sociais e a inadequada distribuição de recursos, ou seja, negando o modo de vida das pessoas (Mandu e Almeida, 1999).

Mendes-Gonçalves (1992) alerta para esse fato ao explicitar a importância de não confundir o fato das necessidades serem produzidas e

14 Autonomia como “a construção de maiores capacidade de análises e de co-responsabilização pelo cuidado consigo, com os outros, com o ambiente; enfim, com a vida” (Campos, Barros e Castro, 2004, p.747).

determinadas sócio-historicamente, com a ideia de “necessidade social”, que significa um “sistema de necessidades geral, por cima dos indivíduos travestida em necessidades gerais” (p.21), fato esse descrito pelo autor como presente no campo das práticas de saúde, “a problemática envolvida em opções que, defendidas por um presumível 'interesse geral', passam por cima das necessidades conscientes dos indivíduos e justificam-se antes e depois, por seus resultados técnicos” (p.21).

Para Campos (2004), os projetos de atenção à saúde são resultados de um embate entre as necessidades da população que usa um determinado serviço de saúde, dos trabalhadores do serviço, dos gestores, da política pública, dos autores dos programas, dos órgãos financiadores entre outras.

O encontro entre o usuário, portador de uma dada necessidade de saúde, com um trabalhador, portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas, envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes. Um ao “carregar” a representação de um dado “problema” como “problema de saúde/necessidade de saúde”, procura obter neste encontro, no mínimo, uma relação de compromisso que tenha como base a “sinceridade”, a “responsabilização” e a “confiança na intervenção, como uma possível solução”; o outro, também está procurando neste relação algumas coisas, também tem necessidades, mas esta procura não necessariamente tem algo a ver com o que o outro espera (Merhy, 2007, p.76).

Nesse sentido, as necessidades representadas e vivenciadas pela população “...tanto reiteram necessidades criadas pelos serviços, como também instauram novas necessidades interpretadas de modo próprio, segundo condições sociais vividas” (Mandu e Almeida, 1999,p.58).

Um aspecto importante é perceber que os processos de “aceitação” de um “problema de saúde/necessidades de saúde” são variados e definidos a partir de critérios (Merhy, 2007), ou seja, as necessidades expressadas pela população precisam ser “aceitas” pelos serviços, que a partir de critérios as define como sendo “necessidades reais/verdadeiras”.

são esses critérios que dão um certo sentido e concretude ao conceito de “necessidades de saúde” que o serviço opera, que o serviço utiliza. É aqui que se vê se o “problema de saúde/necessidades” representado pelo usuário vai ser ou não base para se construir uma relação com ele (Merhy, 2007, p.78).

Para Mandu e Almeida (1999), no campo da saúde, as necessidades consideradas pelos serviços são as compreendidas como carência, “O que nos alerta, portanto, para o fato de que as necessidades em saúde precisam ser vistas também do ponto de vista da autodeterminação¹⁵, da valorização dos potenciais humanos – como a liberdade e a autonomia (demandas essas nem sempre trazidas explicitamente pela população aos serviços de saúde)” (p.58).

Segundo o levantamento bibliográfico realizado por Campos e Bataiero (2007), sobre a produção científica brasileira publicada a partir da legalização do SUS, sobre necessidades em saúde, são mais frequentes os estudos em âmbito hospitalar; o conceito *necessidades* é referido como sendo o mesmo para todos os indivíduos; não há uma conceituação teórica sobre o termo necessidade, sendo esse definido pelo senso comum; atenção centrada na doença, como uma visão funcionalista e classificatória ; conceito de necessidades como um conceito operacional, ou seja, um conceito utilizado para determinar o objeto de atenção à saúde (Campos e Bataiero. 2007).

Para que haja uma superação desse cenário, as necessidades humanas precisam ser definidas para além das condições sócio-econômicas e às carências que delas resultam, mas sim, devem ser consideradas as necessidades que “derivam de uma visão mais ampla da vida humana, considerada enquanto essência-existência. Em síntese, pode-se dizer que as necessidades humanas não só abrangem as dimensões físicas, psíquica, afetiva, sociocultural, mas também a dimensão política da vida” (Mandu e Almeida, 1999, p.57).

Tendo como referência os princípios do SUS, de que para ter saúde não basta somente interferir na doença, responder às necessidades em saúde nessa perspectiva, seria implementar ações que incidam nos determinantes de saúde e, não somente nas doenças (Campos e Bataiero. 2007).

15 Necessidade de autodeterminação, não são carências e estão relacionadas com as relações humanas baseadas na igualdade e no livre e mútuo reconhecimento das pessoas, segundo Agnes Heller e e Fehér (2002).

Nesse sentido, o conceito seria uma necessidade de saúde ampliada, para além das ações curativas, mas identificadas com os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença no sentido de levar ao aprimoramento da essência humana (Campos e Bataiero. 2007).

Sposati e Lobo (1992) sugerem que, para que sejam atendidas as necessidades de saúde, historicamente determinadas, é necessária a participação popular na elaboração da ideia-projeto para atender a uma ou mais necessidades.

Mendes-Gonçalves (1992) propõe critérios como caminhos para a discussão e implantação de mudanças nas práticas: um espaço de configuração das necessidades que supere a dicotomia corpo-indivíduo e sim como social e em relação; a necessidade de ultrapassar o plano da individualidade abstrata e partir para a visão da trans-individualidade; a necessidade de significar enriquecimento (participação ativa e consciente) ; a necessidade de alcançar planos inclusivos de realização da vida individual e social historicamente construída e o enriquecimento da humanidade; quando as necessidades superarem a dicotomia individual e social, de forma consciente.

Na área da saúde mental, as discussões sobre necessidades do usuário como prioridade, ainda é recente (Mota, 2007). Segundo levantamento bibliográfico realizado pela autora, ainda são escassos os estudos que discutem a organização dos serviços de saúde mental que se apoiam na lógica das satisfação das necessidades de saúde. Dos poucos estudos encontrados sobre o tema, não havia menção se as necessidades dos sujeitos são guias para o processo de trabalho e se ação de saúde produz respostas concretas na vida dos sujeitos (Mota, 2007). Especificamente na atenção ao usuário de álcool e outras drogas, também é escassa a produção de estudos que avaliam a satisfação dos mesmos em relação aos atendimentos recebidos nos serviços especializados (Miranda e Vargas, 2009).

Também são recentes os estudos sobre necessidades de saúde da

população adolescente. O levantamento bibliográfico realizado por Amarante e Soares (2007), mostrou que somente a partir de 1990, as necessidades de saúde dos adolescentes foram legalmente reconhecidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelo Sistema Único de Saúde. Segundo as autoras, a frequência de publicações permaneceu regular desde 1990 até 2004. Os subtemas mais publicados foram: propostas de ação para melhoria de saúde dos jovens, seguido de drogas, DST e Aids e violência, e se distanciando mais, direito dos jovens à saúde e à participação. Enquanto as publicações sobre o tema ECA decresceram nos quinquênios 90-94, 95-99 e 00-04, as publicações sobre política pública em geral têm aumentado. Já o tema política pública *de saúde* teve sua publicação reduzida no 3º quinquênio (00-04) em 50% com relação ao 1º (90-94) e em 40% com relação ao 2º (95-99). No que se refere ao tema em particular das políticas públicas de saúde, pode-se afirmar que os subtemas mais publicados foram: propostas de ação para melhoria da saúde dos jovens; drogas, DST e Aids e violência. Já a avaliação de programas de saúde do adolescente ficou entre os três subtemas menos publicados.

Vulnerabilidade

Segundo Munõz Sánches e Bertolozzi (2007) e Buso (2001), o conceito de vulnerabilidades tem sido empregado nos últimos anos com diferentes formas de interpretação.

Na área dos direitos humanos, o termo vulnerabilidade social foi empregado como uma forma de abranger a complexidade do fenômeno da pobreza da população e as políticas sociais, não mais tendo como únicos indicadores a renda e a carência, mas sim as diversas modalidades de desvantagem social de toda a população. Com essa ampliação na forma de compreender o fenômeno da pobreza, passou-se a analisar “a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e o acesso da estrutura de oportunidades sociais,

econômicas, culturais, que proveem do Estado, do mercado e da sociedade” (Abramovay et al., 2002, p.29).

De acordo com Buso (2001), o conceito de vulnerabilidade veio ampliar os conceitos de marginalidade (nos anos 60 e 70 na América Latina) e exclusão social (anos 80 e 90 na Europa). Em decorrência do aumento dos estudos sobre políticas, planos e programas contra a pobreza, surgiu, na metade da década de 90, do século passado, o interesse de organismos internacionais e cientistas pelo conceito de vulnerabilidade, procurando oferecer um corpo coerente e sistemático de conceitos e relações que poderiam dar conta dos fenômeno da pobreza, da desigualdade, desvantagem e bem estar dos indivíduos.

Para Buso (2001), a complexidade da noção de vulnerabilidade se expressa em diferentes níveis de análise e nas dimensões de desenvolvimento das condições de vida social, no que se refere à vida econômica, política, cultural, ambiental, que em termos práticos, ocorrem simultaneamente. A importância dessas distinções, possibilita a observação dos diferentes impactos causados pelas políticas públicas.

A importância desse novo conceito, além de trazer a discussão para os níveis micro, médio e macro, introduz a necessidade de se conhecer os recursos “ativos” (recursos internos) das pessoas e comunidades para enfrentarem as dificuldades, como os recursos físicos, financeiros, humano e social (Buso, 2001).

Especificamente na área da saúde, o conceito de vulnerabilidade foi empregado e adaptado inicialmente como uma forma de interpretar a epidemia do HIV/Aids (Munõz Sánches e Bertolozzi, 2007; Ayres et al., 2003a, Paiva, 2007), uma vez que onde há maior prevalência de HIV, tem-se mais violações dos direitos humanos (Paiva, 2007).

No entanto, a utilização desse conceito nas práticas se deu somente como resultado de um processo de transformação tanto do padrão de acometimento da doença, como na forma de intervenção no decorrer das décadas de 80 e 90 do século XX.

Segundo Ayres et al., (2003a), o primeiro conceito utilizado, com o aparecimento das primeiras pessoas com HIV/Aids, foi o de risco, mais especificamente, grupos de risco, que no caso eram os homossexuais. De 1981 a 1984, o risco passou, de categoria analítica do raciocínio causal para um conceito de grupo que, divulgado pela mídia, influenciou estratégias de prevenção com características preconceituosas e excludentes, que propunham o isolamento e a abstinência sexual de determinados grupos como forma de enfrentamento da questão (Ayres et al., 2003a). Entre 1985 a 1988, em razão das características de expansão da doença, não se restringindo a grupos específicos, e também, em razão das pressões e críticas surgidas em torno desse modelo excludente de intervenção, novas estratégias foram sendo criadas, norteadas pelos conceitos de *redução de risco*, como, o controle de banco de sangue, práticas de sexo seguro entre outras e também, o conceito de *redução de danos* para os usuários de drogas injetáveis (Ayres et al., 2003a). Segundo o autor, do conceito “grupo de risco”, passa-se então para “comportamento de risco”, possibilitando a diminuição do estigma criado nos grupos definidos anteriormente como sendo de risco, a universalização do problema e o envolvimento individual com a prevenção. Porém, a visão principal de comportamento ressoou na idéia de culpabilização individual, uma vez que o comportamento do indivíduo se tornou o foco da atenção (Ayres et al., 2003a). Em 1989, uma nova característica da doença foi se formando atingindo outros setores da sociedade como as mulheres, os negros e os jovens e, novas críticas surgiram ao modelo, principalmente no que se refere a necessidade de se entender que as ações de prevenção ao vírus não dependiam exclusivamente das informações e desejo individual mas que fosse necessário considerar os recursos de natureza cultural, econômica, política e jurídica devidamente distribuídos segundo gênero, etnia, faixa-etária etc. (Ayres et al., 2003a), foi nesse novo momento que o conceito de vulnerabilidade se desenvolve.

No entanto, como pontua o autor, é comum o uso do termo vulnerabilidade como sendo um sinônimo de risco e, por essa razão, é

importante destacar algumas diferenças entre eles. A primeira diferença é que o risco trabalha na linha de associação entre eventos na relação causa-efeito, através do isolamento entre variáveis dependentes e independentes. Já o conceito vulnerabilidade busca uma síntese, ou seja,

o que, para análise de riscos consistentes, deve ser cuidadosamente deixado 'de fora' é o que constitui a quinta-essência dos estudos de vulnerabilidade – a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não constante, o não permanente (Ayres et al., 2003a, p.127).

Outra diferença entre os dois conceitos se refere à forma de expressar o adoecimento. O risco o faz por meio do cálculo de “chances matemáticas” de adoecimento de um indivíduo, enquanto que a vulnerabilidade procura expressar os 'potenciais' de adoecimento/não adoecimento, relacionados ao indivíduo e grupos de indivíduos dentro de um determinado contexto.

O interesse na abordagem conceitual da vulnerabilidade veio, portanto, da percepção dos limites individuais na construção de respostas efetivas e na denúncia da falácia de uma universalização extremada e acrítica. Era preciso sim, apreender o peso dos diferentes contextos sociais como determinantes de diversas suscetibilidades e criar alternativas técnicas sensíveis a essas diferenças. (Ayres et al., 2003a, p.131).

No Brasil, o conceito de vulnerabilidade na área da saúde foi ampliado por Ayres et al. (2003a) cuja forma de análise passou a ser realizada a partir de três componentes, o individual, o social e o programático, partindo da compreensão da exposição das pessoas ao adoecimento “...como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.” (Ayres et al., 2003a, p.123).

A ampliação do conceito pelo autor, difere dos demais, pela ênfase no indivíduo-coletivo e não individual (Munõz Sánchez e Bertolozzi, 2007).

O componente individual, no caso, diz respeito ao grau e à qualidade da informação que o indivíduo tem no acesso sobre a temática. Refere-se

também, à capacidade desse indivíduo elaborar essa informação e incorporá-la no seu dia a dia como ações protetoras e/ou preventivas. Já o componente social, se refere ao acesso aos meios de comunicação, escolarização, recursos materiais e políticos, poder de defesa, direito à liberdade e condições de enfrentar as barreiras culturais, entre outros, que possibilitam ao indivíduo o acesso e a incorporação das informações. Por fim, os componentes pragmáticos são os esforços, o grau de compromisso de recursos, gerência e o monitoramento de programas específicos disponibilizados para que o indivíduo possa ter acesso aos meios que fornecem as informações para que ele possa se proteger e incorporar novas ações no seu cotidiano (Ayres et al., 2003a).

A lógica da vulnerabilidade, ao buscar produzir essas sínteses particularizadoras da diversidade e complexidade das situações de suscetibilidade coletiva, ao basear-se, para isso, em enfoques necessariamente interdisciplinares e intersetoriais e ao articular em suas construções conceituais elementos estritamente técnicos a outros radialmente sociais e políticos, tende a colaborar para que o elementos sociais, econômicos, culturais, políticos e éticos da prevenção passem do pano de fundo a que os relega os enfoques comportamentalistas para o plano de ações concretas, sendo eles próprios objetos de intervenção (Ayres et al., 2003a, p.126).

Nesse sentido, as estratégias de enfrentamento da questão, devem ter, ao mesmo tempo, alcance social e estrutural, ou seja, dependerão das ações governamentais, dos movimentos sociais organizados e da adoção dos Direitos Humanos como referência ético política (Paiva, 2007).

O quadro de vulnerabilidade individual, social e programática na abordagem psicossocial, apresenta estratégias frequentes dentro da perspectiva psicossocial.

Quadro 1 - A vulnerabilidade individual, social e programática na abordagem psicossocial

Abordagem Psicossocial da Vulnerabilidade		
Individual	Social	Programática
<p>TRAJETÓRIA (recursos pessoais, cenas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corpo de saúde - Nível de conhecimento (escolaridade, acesso à informação) - Momento emocional - Relações familiares - Relações afetivo-sexuais - Relações profissionais - Rede de apoio socialmente <p>SUBJETIVIDADE - INTERSUBJETIVIDADE (em cena: sujeito de direito e do cotidiano)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valores (em conflito?) - Crenças (contraditórias?) - Desejos (contraditórios?) - Atitudes em cena - Gestos em cena - Falas em cena - Interesses em cena 	<p>NORMAS SOCIAIS (cenários locais, nacionais)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concepções de cidadania - Referências culturais - Estruturas (histórico-político-institucionais) - Relações de gênero - Relações raciais/etnia - Relações entre gerações - Liberdade de expressão - Processos de estigmatização - Participação política <p>DESIGUALDADES (direitos e cidadania)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não-discriminação - Emprego/salário - Acesso à saúde integral - Acesso à educação/prevenção - Acesso à justiça - Acesso à cultura - Acesso à lazer/esporte - Acesso à mídia/internet - Mobilização 	<p>DIREITOS HUMANOS (respeito, proteção, promoção. Cenários programáticos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compromisso político dos governos (local/nacional) - Definição de políticas específicas - Equidade das ações - Planejamento e avaliação das políticas - Participação social no planejamento e avaliação - Recursos humanos e materiais para as políticas (sustentabilidade política e material das políticas) - Articulação multisetorial das ações - Governabilidade <p>CONTROLE SOCIAL INDEPENDENTE (ênfase no setor saúde)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acesso aos serviços - Qualidade dos serviços - Integralidade da atenção (equipe multidisciplinares/enfoque interdisciplinar, integração entre prevenção, promoção e assistência, preparo técnico-científicos dos profissionais e da equipe) - Compromisso e responsabilidade dos profissionais - Participação comunitária da gestão dos serviços - Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços - Responsabilidade social e jurídica dos serviços

Fonte: Paiva (2007)

Como pode ser observado, essa abordagem “considera as diferenças individuais na *experiência cotidiana*¹⁶ (de viver com HIV), mas as compreende dinamicamente e à luz das desigualdades sociais que co-produzem essa experiência” (Paiva, 2007, p.10). Outro aspecto importante é que esse modelo procura superar aqueles que focalizam apenas o plano individual, um sujeito

¹⁶ “ O cotidiano implica numa espontaneidade mais facilmente compreendida a partir da descrição densa de uma cena vivida e seu contexto intersubjetivo.” (Paiva, 2007, p.11).

biológico-comportamental e descontextualizado.

Para a compreensão da vulnerabilidade, a partir das cenas da vida cotidiana, é necessário considerar que todas as dimensões estão impregnadas de sentidos construídos historicamente e que “se atualizam em contextos intersubjetivos, cenas e cenários locais” (Paiva, 2007, p.11). Para a autora, o desafio dessa abordagem é compreender como intersubjetiva¹⁷ a dimensão individual, no sentido de colaborar para que o sujeito consiga observar, compreender e considerar discursos, crenças, sentimentos e desejos conflitantes em contextos, ou seja, o cenário social em que vive.

Trata-se, então, de co-construir com as pessoas, repertórios (conteúdos, novos scripts, reflexão) para a sua emancipação psicossocial a partir da compreensão de situações povoadas por pessoas-sujeitos-de-direitos, abordá-las como sujeito de seus projetos e cotidiano, sujeitos de suas dimensões da mesma intersubjetividade- a da pessoa em seu contexto e do contexto na pessoa (Paiva, 2007, p.13).

A autora ressalta que, diferente do cenário do cuidado para as pessoas vivendo com HIV/Aids, a atenção psicossocial tem se firmado nas discussões no campo da assistência às pessoas com sofrimento mental, no que se refere à reconstrução do exercício pleno da cidadania e da autonomia tanto na família, como na rede social e no trabalho, no seu cotidiano. Processo esse construído a partir do movimento social, nas décadas de 1970 e 1980, no Brasil, que possibilitaram o início do movimento de Reforma Psiquiátrica, o que significou o abandono de ações excludentes, violentas, estigmatizantes e punitivas direcionadas às pessoas em sofrimento mental.

Embora as discussões sobre as pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, caminhem junto das “políticas de saúde mental” de uma forma geral, ou seja, com parte também do processo de reforma da política, a aplicação desse conceito para o cenário do uso de drogas ainda está longe de se apresentar, como observaram Pinho, Oliveira e Almeida (2008), no levantamento bibliográfico internacional (1997 a 2007), sobre a utilização da

17 No caso, é compreender o sujeito não como singular, mas como aquele que constitui seus mundos e si mesmos a partir das relações com o outro. (Ayres, 2001).

estratégia de reabilitação psicossocial no campo da atenção aos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Os resultados do levantamento mostraram que não foi observada a utilização do conceito de reabilitação psicossocial no contexto do tratamento ou prevenção para o uso de álcool e outras drogas, mas sim o conceito de suporte/apoio social. Condição essa contrária à proposta de Saraceno (1999) para a reabilitação psicossocial, onde há uma preocupação em promover a elevação do sujeito da sua condição de doente para a condição de cidadão, sendo necessário para isso, não apenas o suporte /apoio social, mas o respeito às singularidades e a criação de espaços de negociação que possibilitem o engendramento de contratos sociais dos sujeitos, familiares e comunidade como um todo, incluindo os atores dos serviços de atenção à saúde e demais setores.

Ainda fazendo um paralelo entre o cenário para o uso de álcool e outras drogas e o HIV/Aids, enquanto o conceito de vulnerabilidade está ligado principalmente às ações de prevenção para o segundo, a discussão sobre a vulnerabilidade e o uso de drogas aparece como sendo um aspecto que aumenta a vulnerabilidade para a aquisição do vírus, principalmente com o uso de drogas injetáveis, porém, na perspectiva de que, não é o uso de drogas que define a vulnerabilidade ao HIV, mas sim o modo como a droga é usada, quais as concepções e atitudes que orientam o uso da droga por um determinado grupo, a 'economia das drogas' e suas consequências como rotas de exportação, mercado consumidor, trabalhadores do tráfico etc. (Ayres, 1996).

Apoiando-se na afirmação de Paiva (2007) de que a “infecção pelo HIV é mais que um evento viral, ou seja, é resultante de eventos psicossociais e fatos sociopolíticos..”, temos que o uso de álcool e outras drogas, é mais do que um evento de dependência, padrão de uso, vício, transtorno decorrente do uso de álcool e outras drogas, mas sim, algo que resulta do somatório de eventos psicossociais e fatos sociopolíticos.

A discussão realizada por Paulilo e Jeolás (2000), mostra que as dimensões individuais, sociais e programáticas também estão presentes no

contexto do uso de álcool e outras drogas por jovens, uma vez que observa-se: uma dificuldade dos mesmos em incorporar as informações recebidas e colocá-las em prática em seu cotidiano. Dificuldades essas, que não são colocadas de forma solitária, mas dentro de um contexto socioeconômico, cultural e familiar, cuja política de enfrentamento não está oferecida de forma equânime à todos e, elaboradas de forma a considerar as especificidades da população atendida.

Adesão

A categoria analítica deste estudo é o conceito de adesão, proposto por Bertolozzi (2005) no estudo sobre adesão ao tratamento para tuberculose.

A autora fez um importante levantamento nacional e internacional da discussão sobre o conceito de adesão, principalmente no âmbito do tratamento para tuberculose, cujos aspectos levantados mostraram que as investigações sobre adesão, em geral chegam à conclusões a partir de análises de variáveis relacionadas exclusivamente aos sujeitos acometidos por uma determinada doença, sem que sejam considerados outros aspectos que possam interferir na adesão. Bertolozzi (1998), encontrou estudos na área de tuberculose, que consideravam fatores relacionados à doença em si, à instituição e ao regime terapêutico como capazes de influenciar a adesão, porém, a responsabilização do sujeito ainda prevalece, como também uma dicotomia entre o sujeito aderido e o não aderido.

Portanto, “superar o modelo corrente de representação, significa interpretar a adesão a partir da identificação de vulnerabilidade e fortalecimento no contexto da vida subjetiva e nos processos de reprodução social, os quais podem determinar o não seguimento do tratamento.” (Bertolozzi, 2005, p.147)

Sendo assim, a adesão “não se reduz a um ato de volição, desconectado da realidade do sujeito doente, mas depende de uma série de intermediações que envolvem o indivíduo, a organização dos processos de

trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo, que diz respeito aos processos que levam (ou não) ao desenvolvimento da vida com dignidade.” (Bertolozzi, 2005, p.167).

A utilização do conceito proposto por Bertolozzi (2005), no contexto do uso de álcool e outras drogas, está respaldado no levantamento bibliográfico apresentado na introdução deste estudo, cujo resultado mostrou que, embora existam estudos nacionais que discutam a adesão ao tratamento, as mesmas variáveis consideradas no cenário para tuberculose, são destacadas para álcool e outras drogas (responsabilidade do sujeito, aspectos do tratamento e da doença). Assim, há a necessidade de se aventurar sobre essa questão, tendo como instrumento de análise, esse conceito de adesão mais ampliado, que não signifique necessariamente desejar estar ou não em tratamento, mas uma “alternativa para a consecução de um projeto de vida” (Bertolozzi, 2005, p.168).

O quadro abaixo apresenta, de forma sintetizada, os pontos de intersecção entre as linhas teóricas e os conceitos apresentados, que sustentarão o processo de análise dos dados.

Quadro 2 – Pontos de intersecção entre as linhas teóricas

Vulnerabilidade	Necessidade	Necessidade em saúde	Adesão
Compreensão do processo de adoecimento/não adoecimento por meio de uma análise individual, social e programática. Com uma perspectiva intersectorial, dinâmica, contextualizada e coletiva. Priorização da emancipação.	Categoria social, individual, dinâmica e dentro de um contexto histórico. Priorização da liberdade e autonomia. Construída a partir de desejos e carências sóciopolíticas individuais e coletivas.	Um conjunto de fatores que envolvem a população atendida, profissionais, gestores, política pública. Forma de reformulação dos processos de trabalho, contemplando o diálogo e autonomia.	Depende de vários fatores que envolvem o contexto do indivíduo, a organização dos processos de trabalho, e a acessibilidade. Priorização do alcance da dignidade. Reconhecida por meio da identificação de vulnerabilidade e fortalecimento no contexto de vida.

Nesse sentido, este estudo parte do princípio de que, as necessidades

criadas pela sociedade como importantes para os adolescentes para a atenção ao uso de álcool e outras drogas, não foram determinadas a partir de um processo de trabalho conjunto com essa população, mas sim, impostas por outrem, no caso aqueles que definem as políticas específicas em questão e/ou aqueles que as executam. Nesse contexto, compreender a adesão e não adesão, não somente como resultado do desejo do adolescente, mas sim de aspectos presentes nas dimensões individuais, sociais e programáticas do processo, significará uma análise mais ampliada dessa temática.

Procedimento para coleta dos dados

A- Local do estudo

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas Adolescer (CAPSad Adolescer), localizado na Avenida Rio Piraim, 359, Bairro Campos Elíseos no Município de Cuiabá, capital do Estado do Mato Grosso.

A escolha do CAPSad Adolescer deveu-se ao fato da experiência pessoal da pesquisadora como membro da equipe durante dois anos (2005 e 2006), na qual vivenciou na prática e nas discussões teóricas as questões postas neste estudo. Como também, o fato deste CAPS ser uma modalidade nova, tendo somente mais quatro no país, que atendem exclusivamente crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas, segundo dados informados pela Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde em 2007. Neste serviço, não são atendidos adultos e/ou crianças e adolescentes com diagnóstico de transtorno mental.

O CAPSad Adolescer foi criado em 2004 com o objetivo de prestar assistência à saúde de todos os adolescentes, residentes em Cuiabá, em uso/abuso/dependência de álcool e outras drogas até 18 anos incompletos.

No Projeto Terapêutico do CAPSad Adolescer (Moraes et al., 2004) foram apresentadas as seguintes diretrizes:

- Será acolhido qualquer adolescente em uso/abuso/dependência de

álcool e outras drogas que procurar tratamento espontaneamente ou por encaminhamento de outro serviço. Sendo necessária a presença de um responsável;

- Mesmo que não houver adesão imediata do adolescente, a família poderá ser acolhida e participará das atividades, conforme avaliação e proposta da equipe técnica;
- Será necessário proporcionar recursos para locomoção do adolescente e familiares ao serviço, uma vez que a clientela não dispõe de recursos financeiros para tanto;
- O atendimento deve proporcionar o estabelecimento do vínculo com a clientela, propiciando segurança e confiança nas relações estabelecidas, para isso o profissional deve dar atenção, ouvir, saber compreender os atos do adolescente para orientá-lo sobre seu estado e sobre os procedimentos necessários para atender suas necessidades;
- O vínculo terapêutico perpassa por toda a trajetória do adolescente pelo serviço.

Segundo o relatório de atendimentos realizados em 2006 no CAPSad-Adolescer, no referido ano foram realizados 476 atendimentos sendo que destes, 213 foram casos novos e os demais atendimentos de retorno e acompanhamento. Dentre as atividades realizadas, foram realizadas 151 (cento e cinquenta e uma) visitas domiciliares; 63 (sessenta e três) encaminhamentos para internação no Centro de Desenvolvimento Terapêutico Psicossocial - Guia; e 01 (um) encaminhamento para o Pronto Atendimento do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho (Moraes et al., 2006).

Em relação ao atendimento familiar, foram realizados durante o ano, 342 (trezentos e quarenta e dois) atendimentos, com priorização do atendimento através dos Grupos de Familiares e/ou Responsáveis.

Quanto às altas, o número destas por melhora foi bastante pequeno em relação ao número de atendimentos no ano. Apenas 07 (sete) adolescentes receberam alta por melhora no ano de 2006, enquanto que as altas por abandono somaram 26. Já neste ano de 2007 foram acolhidos 28 adolescentes,

sendo que destes somente 09 (nove) estão efetivamente frequentando o serviço.

De acordo com o relatório,

Com as dificuldades de recursos estruturais, materiais e humanos que o CAPS vem enfrentando desde o final do ano de 2006, a realidade que se sucedeu foi de não continuidade do tratamento por parte dos adolescentes e familiares que permaneciam ativos até o final do ano. A maioria se desvinculou da unidade após encaminhamento dos mesmos para o Núcleo de ações Integradas e estão aguardando regularização das atividades para serem resgatados (Moraes et al., 2006, p.2).

Dentre os aspectos apresentados no relatório, relacionados com o processo de trabalho e resultados do CAPSad Adolescer no ano de 2006, destaca-se, para este estudo, a questão do número de altas e o número de abandonos/interrupção do tratamento por parte dos adolescentes. O que nos leva a questionar quais poderiam ser os motivos para que a adesão fosse tão pequena, uma vez que a proposta do CAPSad Adolescer é destinada exclusivamente para crianças e adolescentes.

B - Participantes do estudo

Foram convidados a participar do estudo todos os adolescentes que permaneceram no CAPSad Adolescer por um período mínimo de três meses¹⁸ e após esse período interromperam o tratamento voluntariamente.

Os critérios de inclusão dos adolescentes foram:

- a) Ter realizado tratamento no CAPSad Adolescer no mínimo durante três meses e ter interrompido voluntariamente o tratamento, não apresentando motivo explicitado pelo profissional técnico no prontuário ;
- b) Estar consciente, orientado no espaço e tempo, sem um déficit

18 De acordo com Silva et al (2003), tem sido aceito que para se obter efeitos benéficos em um tratamento para dependência de drogas, os pacientes precisam permanecer no tratamento o período de três meses.

cognitivo moderado ou grave, capaz de compreender e responder a perguntas, estabelecendo um diálogo (esta avaliação foi realizada por dados de prontuário e pela própria pesquisadora);

- c) Que concordar e se dispuser a participar da pesquisa voluntariamente;
- d) Que estiver presente nos dias da coleta de dados;
- e) Que os pais ou responsáveis autorizarem a participação e a gravação das falas quando menores de 18 anos;

Todos os trabalhadores do serviço também foram convidados à participar com o intuito de contribuir com a discussão sobre o conceito de adesão ao serviço. A inclusão da equipe foi considerada importante uma vez que, o conceito de adesão usado como referência neste estudo, entende que o processo depende de uma série de intermediações que envolvem o indivíduo, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo.

Os critérios de inclusão dos trabalhadores foram:

- a) Estar trabalhando no CAPSad Adolescer;
- b) Concordarem e se dispuserem a participar da pesquisa voluntariamente;
- c) Estiverem presentes nos dias da coleta de dados;
- e) Autorizarem a gravação das falas;

C - Procedimentos éticos

Os aspectos éticos deste estudo seguiram a Resolução nº196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996) que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas com Seres Humanos.

Para que os participantes deste estudo tivessem os seus direitos resguardados segundo os princípios éticos, este estudo foi submetido a aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no dia 20 de junho de 2008, processo nº 744/2008.

Para cada entrevista realizada e grupo focal, foi feita a leitura do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentando aos participantes os objetivos do estudo, a não obrigatoriedade em participar, a necessidade de autorização quanto à gravação das entrevistas e/ou grupos focais e, o sigilo quanto aos dados pessoais e manutenção do anonimato.

D - Instrumento de coleta dos dados

Os dados foram coletados por meio da utilização de quatro estratégias realizadas em quatro etapas.

As estratégias foram:

– Análise documental

O levantamento dos prontuários da unidade foi utilizado como método para selecionar e caracterizar os participantes segundo as informações colhidas na “ficha de triagem” aplicada pelos profissionais no momento de entrada do adolescente no serviço e nas “folhas de evolução”.

Foram levantados os seguintes dados: sexo, idade atual, composição familiar, com quem reside, nível de escolaridade, motivo para procurar o tratamento, tipo de droga utilizada, duração do tratamento, última data registrada de atendimento e se havia um motivo registrado para a interrupção do tratamento.

– Entrevista individual

A escolha da técnica de entrevista individual se deu pela possibilidade de fornecer dados que expressam as reflexões do próprio sujeito sobre a sua realidade. Por representar realidades, sua produção também precisa ser contextualizada e por esse motivo, sua complementação com uma estratégia participante é importante (Minayo, 2006).

Optou-se pela utilização de um roteiro semi-estruturado para que o entrevistado pudesse falar sobre um tema específico sem se prender a questões ou temas fechados ou pré-determinados.

O roteiro foi composto por um campo de dados de caracterização, para confirmação ou atualização dos dados colhidos nos prontuários e, por

um campo de questões abertas sobre a opinião dos adolescentes sobre as razões para o uso de álcool e drogas por adolescentes, a opinião dos adolescentes sobre as razões de dificultam a busca de tratamento para uso de álcool e outras drogas pelo adolescente, o relato sobre a experiência pessoal de tratamento (momento mais marcante), as razões para a interrupção do tratamento e as sugestões para que os adolescentes permaneçam no tratamento (APÊNDICE A).

Para as primeiras quatro questões do roteiro, solicitou-se ao entrevistado que descrevesse uma cena vivida por eles relacionada com o tema da questão. Essa forma de coleta foi adaptada do modelo proposto por Paiva (2006) para explorar as experiências cotidianas da sexualidade, proporcionando o diálogo entre os programas de saúde, a auto-observação e observação do grupo, na busca de instrumentos para as transformações desejadas. A autora empregou a técnica por facilitar a descrição densa do tema em questão, incluindo diversas dimensões contextualizadas e interagindo com diversas variáveis. A idéia de trabalhar com cenas e a indicação do material de referência, partiu da banca de qualificação.

Para Paiva (2006) “...o recurso das cenas é um instrumento para coleta de dados e, ao mesmo tempo, para a ampliação da consciência e para a ação; estimula a circulação de repertórios pessoais e grupais que podem resultar em mobilização individual e social na promoção da saúde...” (p.25).

Além do recurso de descrição de cenas, foram utilizados também, dados nacionais e regionais relacionados ao uso de álcool e outras drogas, como disparadores temáticos de alguns temas abordados nas entrevistas. Para as primeiras duas questões do roteiro foram apresentados, como disparadores temáticos, gráficos e tabelas com dados do *V Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio em 27 capitais brasileiras (2004)*, sobre o padrão uso e tipo de drogas utilizadas por crianças e adolescentes na faixa-etária entre 10 - 18 de ambos os sexos na cidade de Cuiabá e também, um gráfico sobre a ocorrência de dependência de álcool na faixa-etária dos 12 -17 anos no país, do *II Levantamento Domiciliar sobre uso de*

drogas psicotrópicas no Brasil (2005) (APÊNDICE D).

– Grupo focal

A técnica de grupo focal foi escolhida por ser um método de pesquisa prioritariamente qualitativa (Carlini-Cotrim, 1996; Kind, 2004). Segundo Carlini-Cotrim (1996), esta técnica tem sido internacionalmente usada para a estruturação de ações em saúde. Porém, no Brasil, ela não tem sido utilizada com frequência, no que diz respeito às investigações sobre o uso de álcool e outras drogas e as intervenções terapêuticas específicas.

Segundo Carlini-Cotrim (1996), “Em pesquisas sobre abuso de substâncias, por exemplo, é freqüente a constituição de diferentes subgrupos para as diversas faixas etárias, gênero, orientação-sexual, renda e etnia.” (p.287).

A escolha por esta técnica se deu por permitir que, através da interação de um pequeno grupo, obtenham-se respostas às necessidades sociais de uma maneira rigorosa e científica, dentro de um curto espaço de tempo, sendo possível conhecer comportamentos, atitudes, linguagem e percepções do grupo acerca de um tema específico (Kind, 2004 ; Abramoway et al., 1999).

Segundo Delgado e Gutiérrez (1995) recomenda-se o número mínimo de dois grupos por subgrupo, por se tratar de uma técnica de escuta, sendo dois um número que poderá possibilitar um texto mais completo.

Considerando que a dimensão do grupo focal deverá atender aos objetivos estabelecidos de obter o máximo de idéias possíveis sobre o tema, propõe-se que cada grupo focal tenha de cinco a dez participantes (Morgan, 1988; Carlini-Cotrim, 1996 ; Kind, 2004).

– Registros de Notas em Diário de Campo

Optou-se pela realização dos registros de notas em diário de campo com o objetivo de complementar os dados coletados nas entrevistas e nos grupos focais. Estes registros serão compostos por anotações de caráter descritivo e reflexivo que, respectivamente, corresponderão a: data, hora,

local, atividade desenvolvida no estudo, descrição das atividades, fatos, posturas e falas dos participantes significativas; comentários e reflexões sobre os fatos ocorridos durante a aplicação dos procedimentos metodológicos, que corresponderão aos registros subjetivos (sentimentos, idéias, opiniões e etc.) referentes ao que ocorriam nos espaços da pesquisa, tal como sugerem os autores Bogdan e Biklen (1994).

A coleta foi realizada no mês de julho de 2008, em quatro etapas: seleção dos participantes, localização dos participantes, entrevista individual e grupo focal.

Primeira etapa - seleção dos participantes: Em julho de 2008, foi realizada a primeira seleção dos participantes por meio da leitura do “livro de entrada” (julho-2004/julho-2008).

No período registrado no livro, foram atendidos 600 adolescentes com perda de quatro registros. Dos 596 registros, 44 foram excluídos por serem de adolescentes em fase de triagem, 34 em fase de tratamento e 45 cujos prontuários não foram localizados.

Dos 473 analisados, 10,1% (48) eram de adolescentes com no mínimo três meses de tratamento. Destes 48 pré selecionados, 22 prontuários foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão, ou seja, ter interrompido o tratamento voluntariamente (dois receberam alta por melhora, dois sem endereço para contato, dois com alta por encaminhamento para CAPSi, oito por alta a pedido da família, quatro altas por mudança para outro município, um alta por internação hospitalar, dois com alta por cumprimento de medida sócioeducativa de internação e um sem paradeiro informado). Assim, dos 473 analisados, 26 (5,5%) preencheram todos os critérios de inclusão.

Segunda etapa - localização dos adolescentes selecionados: Nessa segunda etapa tentou-se um contato inicial com os 26 selecionados, via telefone, quando havia, ou diretamente na residência dos adolescentes para

apresentar o estudo e verificar a viabilidade para a realização da entrevista. Nesse primeiro contato, vários dias foram utilizados, as casas eram distantes e de difícil acesso. Foi necessária uma busca refinada pois quando o endereço não era localizado ou a família, o contato era feito com a vizinhança com o intuito de buscar novas informações. Nessa etapa, foram excluídos 11 em razão de: um não querer participar; oito terem mudado de endereço e não ter sido encontrado o novo endereço e; dois por não ter sido possível o contato via telefone e/ou endereço, pois nunca havia alguém em casa após três tentativas em horários diferenciados. Portanto, participaram do estudo 15 adolescentes.

No entanto, durante o processo de coleta dos dados por meio das entrevistas, dois entrevistados foram excluídos do total¹⁹, permanecendo assim, um grupo de 13 adolescentes que podem ser assim caracterizados: 70% do sexo masculino; 70% maior de 18 anos no momento da entrevista e os demais com 17 anos; 57% com ensino médio incompleto e os demais com ensino fundamental incompleto; 100% residindo com familiares; 57,1% trabalhando no período; 50% com até 6 meses de tratamento e o restante com mais de 6 meses; 71,4% referiram uso de maconha, 35,7% de cocaína, 43,0% de tabaco, 28,5% de álcool e 21,4% de pasta base, todas elas sempre associadas a outro tipo de droga; 71,4% buscaram tratamento voluntariamente, 14,2% por ordem judicial e 14,2% obrigados pela família.

Terceira etapa - realização das entrevistas individuais:

Das 13 entrevistas, quatro foram realizadas no ambiente de trabalho e nove nas residências.

As 13 entrevistas tiveram em média 15 minutos de duração e aconteceram em circunstâncias especiais, sendo que, alguns contextos acabaram até limitando o tempo e a disponibilidade dos entrevistados em

¹⁹ Uma adolescente relatou durante a entrevista ter saído do CAPS por alta, o que foi verificado com a equipe depois e confirmado, mesmo que no prontuário não havia o registro dessa alta. Um adolescente permaneceu menos do que três meses em tratamento.

realizar um processo mais longo de entrevista, como foi detalhado nas notas em diário de campo.

Outra questão que acredito ter interferido foi a própria peculiaridade do adolescente, apresentando falas concisas, pouca explicação, muitas gírias, pouco aprofundamento e detalhamento. Esse fato pode ter ocorrido em decorrência da própria condição da memória autobiográfica desses jovens em decorrência do uso de drogas. Segundo o estudo comparativo apresentado por Oliveira, Scheuer, Scivoletto (2007) com adolescentes usuários de álcool e outras drogas em tratamento e adolescentes não usuários de álcool e outras drogas, alunos de uma escola pública em São Paulo, a lembrança, para o grupo de adolescentes usuários de álcool e outras drogas, é menos detalhada e elaborada do que para aqueles que não fazem uso de qualquer droga.

As situações vivenciadas durante as entrevistas foram registradas em diário de campo e apresentadas a seguir:

Entrevista com E2: sexo masculino, reside com os pais e irmãos, trabalha, estuda, uso de cocaína, cigarro, pasta base e maconha, procurou o serviço para buscar ajuda para parar de usar, três meses de tratamento (08/06 a 11/06).

A entrevista foi com horário marcado. Realizamos a entrevista na varanda da casa. Casa de alvenaria, com acabamento. Rua de terra, mas com fácil acesso. A mãe de E2 estava na casa e visivelmente alcoolizada e quis permanecer na entrevista, mas como começou a falar no meio da entrevista o filho pediu para que ela saísse e ela ficou nervosa por isso saiu gritando e xingando e entrou dentro da casa. Essa sempre foi a queixa principal no tratamento dele, o uso de álcool da mãe. Conversamos sobre isso, e ele falou que no momento consegue tolerar a partir do que aprendeu no AA, para onde foi depois do CAPSad, e consegue ver que ela precisa de ajuda. No final da entrevista ela, de dentro da casa, confundiu minha voz com a de outra pessoa e de dentro da casa começou a me xingar e disse que ia sair com uma faca e me bater e depois quando chegou no quintal e me viu ficou super mal e entrou para a casa pedindo desculpas e daí fui atrás dela e ficamos conversando sobre essa questão e da importância dela se tratar. E2 me acompanhou até o ponto de ônibus. Fiquei impressionada como ele está bem. Lembro de quando ele começou o tratamento e era agressivo, a forma que se vestia e falava. Agora é outra pessoa. Diz que foi o AA que ajudou muito. Disse que vai participar do grupo focal. Eu já conhecia E da época que eu havia trabalhado no

CAPSad. Saí mais animada, ele falou bastante !

Entrevista com E3: sexo masculino, 20 anos, reside com pais e um irmão, não estuda, não trabalha, foi ao CAPS por ordem judicial, por uso de maconha, pasta base e cocaína, sete meses de tratamento (04/06 a 11/06).

E3 estava dormindo e demorou para levantar. Eu já tinha agendado a entrevista por telefone, era de manhã. A casa ficava em um terreno muito grande numa região mais central. Havia outra casa no terreno, que estava bem cheio de entulhos. A impressão que eu tive é que a casa estava sendo reformada, a cozinha estava novinha. Sem eu perguntar, ele falou que estava usando muita droga. Estava muito abatido, emagrecido e com a pele amarelada. Fizemos a entrevista na cozinha. Só havia ele na casa. Ele falou que participará do grupo pois não está estudando, nem trabalhando. Na hora de se despedir falou que adorou receber a visita e daí falamos um pouco da aparência dele e de como ele precisava se cuidar, buscar algum serviço. Ele falou que estava até com dificuldade de conseguir namorada devido a situação dele. Repetiu novamente o quanto foi importante a visita. No segundo contato que fiz para marcar o horário do grupo a mãe avisou que depois da visita ele havia resolvido buscar emprego e tinha começado a trabalhar e por isso não participaria. Acho que a visita foi importante. Eu já conhecia o adolescente do tempo que trabalhei no CAPS e acho que a visita foi como um atendimento domiciliar. Tomara que eu tenha realmente ajudado.

Entrevista com E4: sexo feminino, 17 anos, reside com a mãe, avó e irmão, está estudando e não trabalha, uso de álcool e cigarro, procurou o tratamento espontaneamente, sete meses de tratamento (04/2006 a 11/2006).

E4 já estava aguardando a minha chegada. A avó e o irmão estavam na casa. Realizamos a entrevista em uma mesa na varanda dos fundos da casa. A casa era de alvenaria, pintada, em um bairro de fácil acesso, com rua asfaltada. O terreno e a varanda estavam muito sujos e bagunçados, com vários objetos jogados pelos chão, peças quebradas, geladeira velha, restos de madeira, lixo etc. Após o término da entrevista E4 chorou muito e precisei ficar com ela mais tempo. Ela falou do quanto não estava bem e do quanto minha visita tinha sido importante. Na saída, no portão a avó veio com o irmão pequeno e falou que ele estava em depressão e que não conseguia ajuda. Orientei que buscasse o CAPSi e falei para E4 procurar também apoio ou no CAPSad ou no CAPSi que ela já conhecia. Ela disse que irá ao grupo focal e acredito que isso facilite sua reaproximação com o tratamento.

Entrevista com E5: sexo masculino, 19 anos, reside com mãe, irmã e avó, estuda e não trabalha, uso de álcool, tabaco, cocaína e maconha, procurou

tratamento por ter a “mente fraca” e o nervosismo, um ano de tratamento (10/2005 a 10/2006).

A casa era próxima da casa da E4. A entrevista estava agendada. Casa de alvenaria, pintada e organizada. Quando cheguei, E5 estava dormindo, já era quase horário de almoço. A mãe e a avó estavam na casa. Ela acordou ele e realizamos a entrevista na cozinha. Desde a época do tratamento E5 sempre falou pouco e durante a entrevista não aprofundava muito as questões. Parecia que ainda estava sonolento e sua aparência emagrecida, como o olhos pareciam estar pintados com lápis preto, talvez pintado na noite anterior, tive a impressão de que ele está usando drogas, lembrei da época que ele frequentava o CAPS e estava usando. Ele não deu certeza se irá participar do grupo focal.

Entrevista com E6: sexo masculino, 19 anos, reside com a mãe, sobrinha e irmã, não estuda, trabalha em uma choperia, tratamento por uso de maconha e cigarro, encaminhado por ordem judicial, cinco meses de tratamento (11/2005 a 04/2006).

Casa na região central. A mãe é cabeleireira e a casa também é o salão de beleza. A entrevista foi agendada e realizada no quarto de E6. Quando cheguei ele estava dormindo, era horário do almoço. Ele entra a tarde na choperia e trabalha até a noite e por isso acorda tarde. A mãe ficou do lado de fora no salão de beleza dela e depois fez questão de me levar até o CAPS e falou sobre sua briga com o CAPS e de como conseguiu ajudar o filho internado no hospital e depois levando para o sítio da família e deixando ele lá até desintoxicar. Diz que ajudou a namorada também na mesma época e que agora os dois estão muito bem. Eu lembro bem dele no tratamento, sempre muito participativo e crítico. Lembro da dificuldade da equipe em lidar com a mãe durante o tratamento. Não vai participar do grupo focal por conta do trabalho.

Descrição E7: sexo masculino, 18 anos, reside com os avós, pai, irmã e tio, trabalha na gráfica do pai, cursando a 6ª série, tratamento por uso de tabaco, maconha e álcool, achava que estava dependente, cinco meses de tratamento (09/2005 a 02/2006).

Fiquei aguardando horas a chegada de E7. A entrevista estava agendada mas ele chegou bem atrasado. Casa na região central bem diferenciada das demais. A gráfica do pai fica no mesmo local. Ele chegou da escola e logo foi fazer a entrevista. Fizemos a conversa na sala. Eu não conhecia E7 no CAPS e sua história foi novidade. Senti que ele tinha clara a importância do CAPS em sua vida e como a decisão de mudar de vida depende da pessoa e não do que o serviço oferece. Medo de não ser lembrado...isso ficou na minha

cabeça. O medo de retornar e não ser lembrado por que isso? A invisibilidade? E o vínculo? Não vai participar do grupo focal por conta da escola.

Descrição E8: sexo masculino, 18 anos, reside com a irmã e mãe, cursando o 2º colegial, trabalha como entregador em uma transportadora, uso de tabaco e maconha, seis meses de tratamento (09/2005 a 03/2006)

A entrevista foi realizada no horário de almoço na transportadora. O local era de difícil acesso, bem na beira da estrada. Ficamos sentado em um banquinho na rua e muitas vezes o barulhos dos caminhões das empresas ao redor atrapalhavam a gravação. Fiquei uma hora esperando ele chegar e o local muito afastado e só com homens, foi bem desconfortável. Na entrevista estava preocupada com o horário dele de trabalho, pois ele precisava almoçar e fazer a entrevista em uma hora no máximo. No final perguntei o porque dele ter saído do CAPS e ele contou que começou a trabalhar e por isso parou de ir. Na fala dele vi o quanto precisa da intervenção em loco para desmistificar o tratamento, o quanto precisa perguntar no dia de chegada como foi a decisão e como ele está se sentido quando chega. Estar próximo do jovem. Foi uma das principais entrevistas para mim até esse momento. Não vai participar do grupo focal por conta do trabalho.

Descrição E9: sexo masculino, 19 anos, reside com os pais e irmã, trabalha na fábrica da Sadia, cursando a 8ª série, tratamento por uso de tabaco, maconha e álcool, quis se tratar, 1 ano e cinco meses de tratamento (05/2006 a 12/2007).

A entrevista foi realizada na saída do trabalho. Houve uma espera de mais de uma hora e a fábrica ficava bem distante. Realizei a entrevista enquanto aguardávamos o ônibus, pois ele iria direto para a escola. Isso me preocupou porque ele não poderia perder o ônibus para não se atrasar para a escola e caso o ônibus viesse logo a entrevista não aconteceria. Ele foi de pouca fala, tive dificuldade de explorar a entrevista. Ele estava preocupado de fazer a entrevista ali próximo das pessoas e fomos para mais longe. Eu conhecia E9 da época do tratamento e me senti muito feliz quando vi o quanto ele parecia estar bem, estar realizado com suas conquistas. É muito legal ver situações que se modificam para melhor!!! Não vai participar do grupo focal pelo trabalho.

Descrição E10: sexo masculino, 19 anos, reside com os pais, trabalha na fábrica da Sadia, cursando o 3º colegial, tratamento por uso de tabaco e maconha, quis se tratar, quatro meses de tratamento (05/2006 a 09/2006).

A entrevista com E10 foi realizada nas mesmas condições que a do E9. e no final os dois juntos escolheram frases para falar como recado para os adolescentes. Também conhecia E10 do atendimento e também fiquei muito feliz quando o vi feliz. Lembro bem dele, chegava sempre atrasado e o que mais ele gostava era do lanche!! gordinho que era!! Na cara dura chegava com os olhos vermelhos e ia matar a larica lá no CAPS!!! Foi dito e feito, falou que o mais marcante no tratamento era o lanche. Demos risadas!! Não vai participar do grupo focal por causa do trabalho.

Descrição E11: sexo feminino, 19 anos, reside com os pais e irmão, colegial incompleto, não trabalha, uso de álcool, maconha e cocaína, procurou o tratamento por imposição dos pais, um ano e três meses de tratamento (09/2005 a 12/2006).

A entrevista feita na rua na calçada. Ela estava dormindo quando cheguei no final da manhã. Ficou muito tocada com as lembranças e chorou no final da entrevista. Pediu contato de CAPS para adulto. Lembrei do caso dela, de como ela se abandonou e começou a se prostituir pelo uso de drogas. Ela é homossexual e teve problemas de namoro no CAPS e briga entre elas e isso a afastou do atendimento na minha opinião. Ficou forte para mim a fala dela de que ela parou de ir porque voltou a usar, porque acha injusto com a equipe por ir e estar usando, que seria como mentir, pensei o quanto a abstinência estava sendo cobrada pela equipe naquele momento. Ela disse que irá ao grupo focal.

Descrição E13: sexo feminino, 19 anos, reside com os pais e irmã, colegial incompleto, não trabalha, uso de álcool, maconha e tabaco, procurou o tratamento porque quis parar, seis meses de tratamento (09/2005 a 03/2006).

A entrevista foi realizada na residência de E13. Ela estava aguardando minha chegada. A condição da casa era boa, organizada e sua mãe estava dando aula de pintura na sala para uma senhora quando eu cheguei. Ela morava próxima de E11 e também dizia ser homossexual. Eu conhecia E13 do atendimento e lembrei como ela era participativa, envolvida e crítica. Adorava participar de grupos de discussão. Seu vínculo era forte com a equipe do CAPS. Ela falou que irá participar do grupo focal.

Descrição E14: sexo masculino, 19 anos, reside com os pais e seis irmãos, trabalha como cobrador de uma lotação, 8ª série incompleta, tratamento por uso de pasta base, quis para de usar, dois anos e dois meses de tratamento (02/2006 a 04/2008).

A entrevista foi realizada enquanto E14. trabalhava como cobrador da lotação. Eu ficava no ônibus sentada no trajeto todo e quando parava por 5 minutos no ponto final a gente conversava. Foram quatro viagens e no final do expediente fizemos a última parte e eu já estava conhecendo o trecho todo como a palma da minha mão! Ele morava em um bairro muito distante e voltava para casa muito tarde e saía muito cedo e por essa razão foi feita a opção. Foi uma experiência interessante. Ele se mostrava muito cansado e dormia no ônibus no momento que não havia passageiro entrando. No final do expediente ele estava bem cansado, fomos embora juntos e na praça central realizamos a última parte da entrevista. Não vai ao grupo focal devido o trabalho.

Descrição E15: sexo feminino, 19 anos, reside com a mãe, filha e irmã, sem informação, não trabalha, uso de álcool, cigarro, maconha e cocaína, quer parar de usar, um ano de tratamento (07/05 a 07/06).

Entrevista realizada na casa dela, ela estava aguardando. Durante toda a entrevista a filha dela ficou com a gente, entregando brinquedos e a avó socorrendo quando ela queria o colo da mãe. E15 conta que o marido está preso novamente por tráfico de drogas. Ela se organizará para participar do grupo focal e levará a filha junto no CAPS. Em alguns momentos de sua fala, batia na mesa para reforçar sua decisão. Pensei se todas as entrevistas fossem assim seria mais rico, mas cada um é cada um como ela mesma falou. Será que a maturidade fez ela se soltar mais, ou a maternidade?? Parecia mais segura.

Passo a passo para a realização das entrevistas:

- Na primeira questão do roteiro de entrevista foi apresentado aos entrevistados uma tabela com dados provenientes do *V Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio em 27 capitais brasileiras (2004)*, sobre o padrão uso e tipo de drogas utilizadas por crianças e adolescentes na faixa-etária entre 10 - 18 de ambos os sexos na cidade de Cuiabá e também, um gráfico sobre a ocorrência de dependência de álcool na faixa-etária dos 12 -17 anos no país, segundo o *II Levantamento Domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil (2005)*.
- Após a apresentação dos dados, foi solicitado ao entrevistado que falasse sua opinião sobre as possíveis razões que levam adolescentes a usarem álcool e drogas, podendo ampliar a discussão trazendo a opinião sobre as diferenças de gênero em relação ao uso, uma vez que

os dados também apresentavam essa diferenciação nos dados.

- No segundo momento da entrevista foi solicitado ao entrevistado que descrevesse uma cena (como se fosse a cena de um filme/novela) sobre como foi que o uso de drogas começou na vida dele.
- Na segunda questão do roteiro foi apresentado ao entrevistado um gráfico do *II Levantamento Domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil (2005)* sobre o número de pessoas que não realizaram tratamento para uso de álcool e outras drogas segundo as cinco regiões do país.
- Em seguida foi solicitado ao entrevistado que desse sua opinião sobre as possíveis razões que fazem com que as pessoas tenham dificuldade de procurar tratamento.
- Em seguida foi solicitado que descrevesse a cena de quando procurou o tratamento no CAPSad Adolescer.
- Na terceira pergunta do roteiro foi solicitado para que o entrevistado descrevesse o momento de chegada no CAPSad Adolescer, no que se refere à acolhida inicial e uma cena marcante da época em que estava em tratamento.
- Na quarta questão do roteiro, foi mencionada a questão do grande número de adolescentes que interrompem o tratamento no CAPSad Adolescer e foi perguntada a opinião do entrevistado sobre os possíveis motivos que levam o adolescente a desistir/interromper o tratamento.
- Em seguida foi solicitado para que descrevesse a cena de quando decidiu interromper o tratamento.
- A quinta pergunta do roteiro foi sobre as sugestões do entrevistado sobre o que deveria ser feito para que os adolescentes permanecessem no tratamento.

Quarta etapa - realização dos grupos focais:

Os temas abordados nos grupos focais foram definidos posteriormente à realização das entrevistas individuais, uma vez que o objetivo é justamente complementar e aprofundar temas que tenham se destacado nas entrevistas, sejam relevantes para uma abordagem grupal e atendam o objetivo do estudo. No caso, optou-se por explorar com profundidade o conceito de adesão, tendo como estratégia a solicitação da descrição de cenas, tanto para os profissionais, como para os adolescentes, de uma situação que para eles, individualmente, representava estar aderido ao programa e não estar aderido. A partir da descrição das cenas, foram separadas categorias, juntamente com os participantes, que foram apresentadas e discutidas com cada grupo. Em seguida era lido o conceito de adesão de Bertolozzi (2005) e o grupo debatia sobre a relação entre o que eles haviam conceituado e o conceito apresentado pela pesquisadora.

Foram realizados três grupos distintos. O primeiro formado exclusivamente por adolescentes que participaram da entrevista individual, no total de sete jovens. O segundo grupo foi formado por sete profissionais da equipe, sendo eles: uma assistente social, uma psicóloga, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, dois monitores e uma secretária.

O terceiro e último grupo foi composto pelos participantes dos dois grupos, porém, por problemas de gravação, grande parte das falas ficou prejudicada, sendo considerado praticamente somente os registros do observador e do material escrito produzido pelo grupo durante o tempo de gravação, como parte da atividade proposta.

Procedimento para sistematização e análise dos dados

Os dados coletados durante as entrevistas individuais e grupo focal foram transcritos para a realização de um processo de análise, tendo como parâmetro aquele criado por Thompson (1995) e nomeado Hermenêutica de Profundidade (HP).

Para Thompson (1995), no processo hermenêutico de compreensão da realidade:

1. o objeto de análise é um território pré-interpretado, ou seja, o mundo social não é um campo-objeto que está ali para ser observado, mas sim um campo-sujeito que é construído por sujeitos que buscam compreender a si mesmos e aos outros e interpretar as ações, falas e acontecimentos.
2. existe um processo de retroalimentação entre os campos sujeito-objeto, ou seja, os resultados da pesquisa podem ser apropriados pelos sujeitos que constituem o campo subjetivo-objetivo sobre o qual esses resultados são formulados, e este campo pode ser transformado e apropriado.
3. os sujeitos que constituem parte do mundo social estão sempre inseridos em processos históricos e suas experiências estão sempre compreendidas/ balizadas/relacionada com aquilo que foi vivido no passado e que podem muitas vezes servir como facilitadores da criação do novo, como também como forma de esconder ou mascarar o presente.

De acordo com o autor, o processo de análise possui três fases ou procedimentos principais: Análise Sócio-Histórica, Análise Formal ou Discursiva e Interpretação/Re-interpretação.

Na primeira fase, a Análise Sócio-Histórica, as formas simbólicas são produzidas, transmitidas e recebidas em condições sociais e históricas específicas, portanto, tem-se como objetivo, reconstruir as condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção das formas simbólicas.

A segunda fase de análise da HP é a Análise Formal ou Discursiva, cujo objetivo é conhecer a organização interna das formas simbólicas, como suas características estruturais, seus padrões e relações. Nessa fase, procura-se quebrar, dividir e desconstruir os padrões e efeitos que constituem e operam dentro de uma forma simbólica. Thompson (1995) apresenta vários métodos ou tipos de análise formal ou discursiva. Neste estudo pretende-se realizar o método de análise argumentativa cujo objetivo é "...reconstruir e tornar explícito os padrões de inferência que caracterizam o discurso." (p.374).

A terceira e última fase, a Interpretação/reinterpretação tem a função de construir uma explicação interpretativa do que está sendo dito, de forma a complementar as fases anteriores. Nesse processo pretende-se compreender o que as essas formas simbólicas estão representando e dizendo sobre algo e assim poder criar um potencial crítico de interpretação.

Nesse estudo foram realizadas as seguintes etapas:

1ª etapa - leituras que auxiliassem na contextualização das grandes categorias e subcategorias empíricas ;

2ª etapa - leitura exaustiva das entrevistas e dos grupos focais para tornar explícito os padrões de inferências que caracterizam os discursos, destacando os pontos de argumentação usados pelos entrevistados para explicar as grandes categorias, e que se tornaram as subcategorias.

3ª etapa - realização da explicação interpretativa do que está sendo dito e possibilitar um diálogo entre a interpretação (entrevistado) e a reinterpretção (pesquisadora) do cenário investigado.

RESULTADOS

Quase todo mundo adora uma boa história. As crianças certamente adoram. Nosso senso do eu – nossa noção de quem somos, de onde viemos e para onde vamos – é definido pelas histórias que contamos. Somos na essência, quem dizemos a nós mesmos que somos...As histórias nos capacitam a 'nos manter em contato' uns com os outros. Elas são e sempre foram janelas, cada uma enquadrando uma determinada visão de uma paisagem distinta, que de outra forma jamais poderíamos conhecer; e, paradoxalmente, não importa quão exótica a vista, se a observamos atentamente poderemos aprender algo sobre nós mesmos²⁰ (Willis, 2007).

Hércules e a Hidra de Lerna

Anfitrião, filho de Alceu, casara-se com sua prima Alcmena, filha do rei de Micenas, mas tendo involuntariamente causado a morte de seu sogro e tio, foi expulso de Micenas e, em companhia da esposa, refugiou-se na cidade de Tebas.

Como Alcmena se recusava a consumir o matrimônio, enquanto o marido não lhe vingasse os irmãos, mortos pelos filhos de Ptérela, Anfitrião, invadiu a ilha de Tafos, onde reinava Ptérela para realizar a vingança.

Foi durante a ausência de Anfitrião que Zeus, desejando dar ao mundo um herói como jamais houvera outro e que libertasse os homens de tantos monstros, escolheu a mais bela das habitantes de Tebas para ser mãe da criatura tão privilegiada. Sabedor, porém, da fidelidade absoluta da princesa micênia, passou-se por Anfitrião, e enganando Alcmena, durante três noites viveu um grande amor.

Ao regressar, logo após a partida de Zeus, Anfitrião ficou muito surpreso com a acolhida tranquila e serena da esposa e ela também muito se admirou que o marido houvesse esquecido tão depressa a grande batalha de amor travada até a noite anterior em Tebas.

Mais espantado ainda ficou Anfitrião quando percebeu que a esposa conhecia detalhes dos episódios da luta, narrados por Zeus travestido de Anfitrião. Por meio da ajuda de um adivinho, Anfitrião e Alcmena descobriram a façanha de Zeus e louco de raiva e ciúmes Anfitrião tentou matar Alcmena, que foi salva por Zeus. Diante desse ato, Anfitrião decidiu perdoar a esposa, vivendo com ela momentos de amor.

A ira e o ciúme de Hera, esposa de Zeus, devido ao adultério do marido, começou a se manifestar. Primeiro fez com que o parto de um do filho de Alcmena e Zeus atrasasse, para que a criança não fosse nomeada herdeira de Micenas.

Assim que Alcmena deu a luz, nasceram os gêmeos, Hércules (Hércules) filhos de Zeus e Ificles filho de Anfitrião. Hércules, com a interferência de Zeus sugou o seio divino de Hera, esposa de Zeus, e ganhou a imortalidade.

Novamente Hera tentou matar Hércules, quando ele estava com oito meses, mandando duas serpentes gigantes em seu quarto, mas ele conseguiu matá-las.

Aos dezoito anos, Hércules fez sua grande façanha matando um leão que importunava os rebanhos e conseguiu acabar com os tributos cobrados injustamente e pagos pelo rei de Tebas. De presente, recebeu a mão de uma de suas filhas, Mégara e com ela teve oito filhos. Com mais um dos ataques de Hera, ela fez Hércules perder a razão e em um ato de loucura matou a esposa e filhos. Sua punição foi servir seu primo Euristeu durante 12 anos e foi nesse período que o primo impôs a Hércules a execução de 12 trabalhos considerados impossíveis.

Dentre os 12 trabalhos, tem-se a luta contra a Hidra de Lerna, uma cobra

aquática de muitas cabeças, que devastava rebanhos e plantações ao redor de Lerna, onde seu hálito venenoso matava qualquer um que ela encontrasse. Matá-la foi um dos impossíveis trabalhos de Hércules (Hércules), pois toda vez que ele acertava uma das cabeças, outras duas cresciam no lugar. Ele obteve êxito entretanto, ao incendiar a floresta circunvizinha e cauterizar cada uma das cabeças conforme ele as cortava, sepultando a cabeça imortal. (Willis, 2007 ; Ions, 1999 ; Brandão, 1987)

A opção em contar resumidamente a história de Hércules e a luta contra a Hidra de Lerna se deu pelo fato da expressão idiomática “*Bicho de sete cabeças*” ter sido citada por dois adolescente entrevistados, ora como forma de definir como fantasiava ser o tratamento para o uso de álcool e outras drogas, como algo terrível e impossível de ser realizado, ora, contraditoriamente, como não devendo ser uma forma de encarar o tratamento, mas algo possível de ser executado.

As expressões idiomáticas, como “*Bicho de sete cabeças*”, são importantes por se constituírem de um conhecimento comum, compartilhado e um apoio para desenvolver a argumentação (Raposo, 2008). Outra característica importante, é que as expressões idiomáticas são uma das manifestações mais relevantes das potencialidades criadoras de uma língua, onde estão enraizadas experiências históricas, valores morais e atitudes sociais (Alvarez, 2007).

A expressão idiomática “*bicho de sete cabeças*”, que, como foi apresentado, tem sua origem na história da mitologia grega, da luta do herói Hércules (ou Hércules) contra a Hidra de Lerna, o monstro de várias cabeças, foi título do filme brasileiro “*Bicho de sete Cabeças*”, dirigido por Lais Bodanzky em 2000 e baseado na história verídica da vida de Austregésilo Carrano Bueno. A expressão retrata o exagero da época (década de 70) na forma de lidar com o usuário de álcool e outras drogas, encarando o uso como algo muito mais complicado e terrível ao ponto de necessitar de uma internação em condições horríveis de atendimento.

Fazendo um paralelo entre os 12 trabalhos de Hércules, em especial a luta contra a Hidra de Lerna (bicho de várias cabeças) e o tratamento para o uso de álcool ou outras drogas, é possível comentar que ambos eram/são

vistos por muitas pessoas, como algo impossível de ser executado e, para outras, uma tarefa que parece ser difícil, mas que é possível de ser resolvida.

A relação dessa expressão citada pelos adolescentes entrevistados, com sua origem histórica e sua utilização no contexto do tratamento para uso de álcool e outras drogas, fez com que surgisse a ideia de organizar os dados em sete divisões, conforme as questões do roteiro de entrevista e a temática dos grupos focais. Optou-se pela divisão em sete capítulos (sete cabeças), sete categorias, que trazem sete possibilidades de diálogo sobre a adesão de adolescentes ao tratamento: O encontro com... ; A chegada ; O estar ; A saída ; O ficar ; O encontro e o desencontro entre...; O que considerar.

Em cada grande categoria foram definidas subcategorias a partir das inferências argumentativas apresentadas pelos entrevistados para cada grande categoria.



O encontro com...

- *O que eu encontrei, encontrei um cigarro, um cigarro, um cigarro de maconha. A quanto tempo ele vem fumando é que eu não sei.*
 - *Mas você nunca tinha percebido nada?*
- *Claro que eu não tinha percebido. Ele vem enganando a gente, eu não sei se vem enganando, se ele tá percebendo, agora, o que que aconteceu comigo, eu fiquei espantado. Fiquei tonto.*
 - *Tá bom, tá bom, eu não quero que você se altere desse jeito pai.*
 - *Como eu não vou me alterar, você quer que eu...*
 - *Calma. Deixa comigo..*
- *Depois todo mundo fica falando, chamando o meu filho de maconheiro, maconheiro.*
 - *Calma, eu vou procurar uma solução..*
- *Agora.. agora foi bom você falar nisso que eu me lembrei, uma vez eu fui ao jogo de futebol com ele, eu olhei para ele, ele tava meio aéreo assim, eu perguntei, o que que é rapaz você tá bêbado, se tá bêbado?*
 - *Mas é que você...que vocês deixam o netinho fazer o que quiser né pai.*
 - *Como deixa fazer o que quiser?*

Cena do filme "Bicho de sete cabeças"

Pai encontra cigarro de maconha no casaco do filho e conversa com a esposa e a filha sobre a situação

Como foi abordado nas discussões apresentadas na introdução deste estudo, o visível aumento do consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes é um fenômeno nacional, com suas devidas peculiaridades regionais.

Cresce o consumo, aumentam também as estratégias de abordagem, e como foi apresentado, na área da adolescência, ainda há uma grande lacuna a ser preenchida, quando se pensa nas peculiaridades dessa fase do desenvolvimento e no que se tem oferecido enquanto prática e teoria.

Como resultado, a sociedade enfrenta um grande número de abandonos do tratamento e conseqüentemente um grande número de conseqüências sociais e pessoais para essa população.

Na tentativa de encontrar soluções para resolver essa situação, pesquisadores têm tentado responder a diversas questões, tendo destaque o porquê do adolescente usar algum tipo de substância psicoativa.

Importantes estudos em diferentes regiões do país, por meio de levantamentos qualitativos e quantitativos ou revisões sistemáticas, têm discutido os possíveis fatores que levam o adolescente a fazer uso de álcool e outras drogas.

Dentre as razões encontradas, tem-se, as relações familiares, a condição sócio-econômica, a influência do grupo de pares, por diversão, por curiosidade, o fácil acesso às drogas, entre outras (Baus, Kupek e Pires, 2002 ; Costa et al., 2007 ; Pratta e Santos, 2006 ; Pratta e Santos, 2007 ; Noto et al., 2003 ; Schenker e Minayo, 2005 ; Musito, Jiménez e Murgui, 2007 ; Horta, Horta e Pinheiro, 2006 ; Silber e Souza, 1998 ; Tavares, Béria e Lima, 2004 ; Lima et al., 2008 ; Vieira et al., 2007 ; Ferreira, 2003 ; Alves e Kossobudzky, 2002 ; Souza, Areco e Silveira Filho, 2005).

A ideia de discutir esses dados com os entrevistados partiu da constatação dessa realidade e da leitura de dois importantes levantamentos nacionais²¹ que serviram como disparadores temáticos para o tema em

21 *V Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio em*

questão. Buscou-se não somente saber a opinião dos adolescentes, mas fornecer à eles dados nacionais e regionais sobre o uso de álcool e outras drogas por adolescentes.

Esse tema foi apresentado como sendo a primeira questão do roteiro.

Primeiramente foram apresentados os dados em forma de tabela e gráficos, sobre o consumo de álcool e drogas por adolescentes e, em seguida solicitou-se que expusessem sua opinião sobre as possíveis razões que levam adolescentes de uma forma geral, a usarem álcool e drogas, podendo ampliar a discussão para as diferenças de gênero em relação ao uso.

No segundo momento da entrevista solicitou-se aos entrevistados a descrição de uma cena (como se fosse a cena de um filme/novela) sobre o início do uso de drogas nas suas vidas.

O que falam os entrevistados sobre os motivos que levam os adolescentes a usar álcool ou outras drogas?

Observou-se para cada adolescente, a variação entre uma e duas razões. Somente um deles justificou o uso como um conjunto de fatores.

é falta de ocupação né...da pessoa né:: curiosidade também...é tudo um conjunto né::...ah::talvez a pessoa sofre..éh::tem uma cabeça meio já fraca e os amigos dá influência né...ai acontece isso...as pessoas começa a usar novo...ai vai entrando influência das pessoas e ai acaba...caindo no mundo da drogas né...ai quando acorda já é tarde né (E10)

As razões citadas pelos entrevistados foram: questões familiares, diversão e conforto, curiosidade, facilidade de acesso a droga, influência do grupo de pares, falta de ocupação/trabalho, influência da mídia e por característica da pessoa.

As questões relacionadas à **família** foram citadas por dois adolescentes. Para eles, o uso de drogas por familiares, a violência familiar, a diferença de tratamento entre irmãos e a própria conduta dos pais em casa e com relação à educação dos filhos pode levar o adolescente ao uso, como

27 capitais brasileiras (2004), sobre o padrão uso e tipo de drogas utilizadas por crianças e adolescentes na faixa-etária entre 10 - 18 de ambos os sexos na cidade de Cuiabá e também, um gráfico sobre a ocorrência de dependência de álcool na faixa-etária dos 12 -17 anos no país, segundo o II Levantamento Domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil (2005).

podem ser observadas nas falas a seguir,

(...)os próprios pais que bebem que ficam... chapados junto...do LAdo...se divertem e aquela imagem que passa...as imagem ruins eu não guardo...vai guradar mais as imagens boas...de tomando uma cervejinha...acho que assim que começa... (E6)

ah...na minha opinião é por causa mais da violência em casa...por causa dos PAIS assim.. que num...que dá...num... fica assim mais com os filhos em casa...não tem mais atenção...só dá mais atenção para um e não dá mais atenção para o outro...que aquele assim fica mais revoltado que o outro...um vai pra escola certinho o outro nem vai para a escola ou já não vai para a escola... (E7)

Mas à qual família eles podem estar se referindo? Por que a família aparece nesse contexto?

Conforme Gomes e Pereira (2005), as mudanças que ocorreram nos planos econômicos e sócio-culturais no país nos últimos 20 anos vêm interferindo diretamente na estrutura familiar, levando à formação de famílias que contemplam as diversas formas de relação presentes na sociedade atual. A família é, segundo os autores, uma construção social que varia segundo as épocas e que se forma, segundo o entrelaçamento de emoções e ações pessoais, familiares e culturais que estão em constante interação com a sociedade.

A família faz parte do universo de experiências (reais e/ou simbólicas) dos indivíduos ao longo de suas vidas e sobre as quais todos têm algo a dizer (Gomes e Pereira, 2005).

Existem no Brasil vários autores que discutem a influência da família no uso de álcool e outras drogas por adolescentes.

Pratta e Santos (2006a) e Paiva e Ronzani (2009) realizaram um sistematização dos resultados obtidos por meio de uma revisão bibliográfica envolvendo o consumo de drogas na adolescência e a relação com a família. Os autores citam vários estudos nacionais e internacionais que discutem aspectos familiares que podem influenciar no padrão de uso de álcool e

outras drogas, como: a qualidade do vínculo e afeto, o estabelecimento de regras e limites claros, a falta de apoio, a negociação, comunicação e diálogo, o uso de drogas por membros da família, critérios dos pais para educar os filhos e a participação dos pais no cotidiano dos filhos.

Schenker e Minayo (2005), realizaram um levantamento de periódicos cujos temas abordavam os fatores de risco e proteção para o uso indevido de drogas por adolescentes. Segundo as autoras, para compreender os fatores de risco considerando o desejo e o dano causado, é necessário incluir, como um dos aspectos, a família, uma vez que “Hoje se sabe que as relações familiares constituem um dos fatores mais relevantes a ser considerado, mas de forma combinada com outros.”(p.709). Os estudos citados pelas autoras mostram que os fatores parentais de risco para o uso de drogas pelo adolescente incluem, de forma combinada: (a) ausência de investimento nos vínculos que unem pais e filhos; (b) envolvimento materno insuficiente; (c) práticas disciplinares inconsistentes ou coercitivas; (d) excessiva permissividade, dificuldades de estabelecer limites aos comportamentos infantis e juvenis e tendência à superproteção; (e) educação autoritária associada a pouco zelo e pouca afetividade nas relações; (f) monitoramento parental deficiente ; (g) aprovação do uso de drogas pelos pais; (h) expectativas incertas com relação à idade apropriada do comportamento infantil; (i) conflitos familiares sem desfecho de negociação.

Levantamentos regionais com a população adolescente também abordaram esse tema. Nesse sentido, o estudo quantitativo realizado por Tavares, Béria e Lima (2004) com 2619 alunos de 10 a 19 anos matriculados no ensino fundamental e médio de escolas públicas e privadas em Pelotas - RS, mostrou que os adolescentes que referiram um relacionamento ruim ou péssimo com o pai ou com a mãe apresentaram consumo de drogas significativamente maior do que os que referiram um relacionamento ótimo ou bom. Da mesma forma, referiram maior uso de drogas os que consideravam o pai liberal ou a mãe liberal quando comparados, respectivamente, àqueles que consideravam o pai ou a mãe autoritários. No

que se refere ao relacionamento entre os pais, relataram maior uso de drogas entre os estudantes cujos pais tinham um relacionamento regular e aqueles cujos pais tinham um relacionamento ruim ou péssimo, em relação àqueles cujos pais mantinham um ótimo ou bom relacionamento. Também referiram maior uso de substâncias por aqueles jovens em cujas famílias havia algum membro usuário de drogas.

Baus, Kupek e Pires (2002) realizaram um levantamento com 478 estudantes de escola pública de primeiro e segundo graus, de Florianópolis - SC para analisar a prevalência e os fatores de risco relacionados ao uso indevido de drogas, no qual uma das conclusões revelou que a relação entre o uso de drogas e a família se deu na condição de separação dos pais.

O estudo realizado em Cuiabá com estudantes trabalhadores e não trabalhadores da rede pública de ensino em 1998, também mostrou associação entre o uso de álcool por estudantes e a presença de histórico de uso de álcool na família (Souza, Areco e Silveira Filho, 2005).

Pratta e Santos (2006b) realizaram um estudo com estudantes de escolas públicas e privadas na cidade de São Carlos - SP, que mostrou o quanto a família foi o principal responsável pela introdução dos adolescentes ao uso de substâncias psicoativas. Os dados obtidos retrataram a influência que os modelos de comportamento podem exercer na vida do adolescente, caso ocorra o consumo de drogas (lícitas ou ilícitas) por pessoas próximas aos adolescentes (pai, mãe, irmãos ou outros parentes).

O que pode ser observado então, é que a relação entre a influência da família e o uso de álcool e outras drogas por adolescentes, seja por apresentar um tipo de droga para ele, seja por fazer uso dela, está presente em grande parte da vida dos adolescentes em diferentes regiões do país, e está sendo apontada pelos mesmos como possível razão para o uso.

No estudo realizado por Luis e Souza (1996) com estudantes de escolas municipais e particulares de Ribeirão Preto de 1987 a 1991 e em 1994, com questões formuladas pelos próprios adolescentes a respeito da temática álcool e drogas, houve maior frequência de dúvidas sobre o efeito das drogas

e do álcool e as consequências do uso, enquanto as indagações sobre a categoria “aspectos socioculturais”, que contemplam questões referentes ao uso de álcool e drogas entre familiares, apresentou um aumento comparativamente entre o primeiro e o segundo período de coleta.

Assim, escutar do adolescente que o uso de algum tipo de droga pode estar associado à questões familiares, torna-se importante uma vez que pode dar indícios de um tema que esteja sendo de grande dúvida para ele. Porém, esse investimento precisa vir acompanhado de uma análise ampliada desse contexto, ou seja, *que família é essa?* (onde vive, no que acredita, o que pensa sobre o uso de drogas, qual informação recebeu, como incorporou essa informação no seu cotidiano, quais foram as formas de acesso dessa família às informações, quais recursos foram oferecidos para essa família sobre essa questão?)

A categoria **grupo de pares**, também foi mencionada por três entrevistados, como sendo a razão para a primeira experiência com a droga.

(...)a pessoa quer ficar naquele grupo ali... muitas vezes ele é um cara careta alí e vê o povo naquela *usação*.para ele se sentir como as outras pessoas do grupo dele ali...ele quer experimentar e nessa de experimentar acaba viciando... (E3)

é as pessoas que eles estão conhecendo...estão uSANdo...beBEndo... fuMAndo...aí por fazer amizade junto com eles...vão querer usar também né (E5)

(...)quando já com aquelas amizades...eles começam beber... aí eles começam também:: e rapidamente vão ter dependência pelo fato de ser a droga (E6)

Segundo Shenker e Minayo (2003), os amigos preenchem o vácuo do progressivo desprendimento da tutela dos pais e são tratados, pelos jovens, como se fossem os primeiros em importância na sua vida, além de formarem grupos de intimidade, influenciando, de forma marcante, a transmissão de normas na fase da adolescência. Por disporem de laços fortes e monitorarem, diretamente, atitudes e comportamentos de seus membros, os grupos têm um papel muito importante nessa etapa da vida.

A relação entre a primeira experiência com o uso de drogas e a

influência do grupo de pares também foi identificada por Martins (2007) no estudo com 150 adolescentes internos na Fundação Casa de Ribeirão Preto e Sertãozinho. Investigando o uso inicial, a pesquisadora encontrou que para o uso de tabaco, álcool, maconha e cocaína, os adolescentes referiram estar com os amigos quando experimentaram pela primeira vez e por vontade própria.

O estudo realizado por Ferreira (2003), com 250 adolescentes de baixa renda participantes de um programa público de atendimento em Passo Fundo - RS, mostrou que a pressão de grupo de pares foi citada como sendo um importante elemento para o uso/experimentação, sendo percebida como uma “prova de merecimento”, ou aceitação pelo grupo de um novo integrante.

Para o uso de crack, Scivoletto, Henrique Jr e Andrade (1997), identificaram que 67% dos 21 adolescentes entrevistados atendidos pelo Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA) e o Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Instituto de Psiquiatria da USP (SEPIA), referiram que o consumo se deu principalmente junto com os amigos.

Outro estudo que identificou a relação entre o início do uso e a influência do grupo de pares foi de Mello (2004), sobre a representação social de adolescentes da rede pública de ensino de Cuiabá em 2002 e 2003 sobre drogas, no qual quase 50% dos entrevistados referiu que “fazer parte da turma” é uma razão para o uso de drogas.

Para Pratta e Santos (2006b), dos 568 estudantes de ensino médio de escolas públicas e privadas de São Carlos, 65% responderam que é verdadeira a afirmação de que “as pessoas usam drogas porque os amigos usam”.

Assim, a escolha do “grupo de pares” como uma das razões para o uso de drogas, pode indicar que o adolescente está apresentando dúvidas e/ou dificuldades nesse território. Nesse caso, a análise ampliada também é importante para responder *que grupo de pares é esse?* (onde vive, no que acredita, o que pensa sobre o uso de drogas, qual é a sua configuração, qual

é o seu o cotidiano, como se dá a entrada dos adolescentes nele, como esse grupo teve acesso à informações, como as incorporou, quais recursos foram oferecidos sobre essa questão).

É importante pensar que se o grupo de pares, ocupa, nessa fase da vida, um lugar especial, esse lugar deve ser visitado, ocupado, conhecido e cuidado.

Quatro adolescentes entrevistados referiram razões “**intrínsecas**” aos **adolescentes** que podem levar ao uso de álcool ou outras drogas.

A primeira razão citada está associada à capacidade psíquica do adolescente em não conseguir ser mais forte do que o desejo de usar a droga que, no caso, foi nomeada pela entrevistada como “cabeça fraca”.

eu acho que não é falta de oportunidade...não é falta de conhecimento...eu..eu...na verdade eu nem SEI o que que chega a levar a levar a pessoa a buscar isso... num sei... acho que é mais pelo conTATO... teve o conTATO e a pessoa é fraca... e usa mesmo (E11)

No estudo realizado por Ferreira (2003), os adolescentes também relacionavam o uso abusivo de drogas com ter a “cabeça fraca”.

A associação entre o uso de drogas e a busca por sensação prazerosa (diversão e conforto) foi mencionada por dois adolescentes. A associação dessa diversão com as características da fase da adolescência também foi citada. Porém, há uma crítica ao comportamento, mostrando o quanto os adolescentes não são capazes de perceber as consequências de suas ações.

éh:: no começo é pelo fato de ser jovem...de ser adolescente eles usam a bebida alcoólica e outros tipos de droga para se divertirem né...no começo...mas no começo tudo é alegria né...o pessoal bebe para se divertir nessa faixa de 15 16 até 18 anos...mas eles não percebem a consequência que isso trás...a bebida alcoólica e as drogas né (E2)

eu penso assim...que tipo assim nós...como assim...quando nós é do mundo assim...a gente procurava mais abrigo...procurava assim conforto...nós usava...bebia álcool...tipo álcool...nois bebia álcool porque festa...a gente saía pra curtir só que achava que o álcool podia nos fazer melhor... podia nos colocar melhor.. entendeu?(E8)

Segundo Schenker e Minayo (2005),

O lado negativo do desejo juvenil de obter prazer com o uso de drogas é o risco que ele corre de se tornar dependente e

comprometer a realização de tarefas normais do desenvolvimento; o cumprimento dos papéis sociais esperados; a aquisição de habilidades essenciais; a realização de um sentido de adequação e competência e a preparação apropriada para a transição ao próximo estágio na trajetória da vida: o adulto jovem (p.709).

No estudo de Pratta e Santos (2006b), 9,7% dos 568 estudantes de ensino médio de escolas públicas e privadas de São Carlos, referiram que o uso de drogas acontece porque o adolescente está buscando “diversão ou prazer”.

Costa et al. (2007) observaram que sentir prazer, ficar animado, diminuir a timidez ou a angústia foram apontadas como outras motivações de ordem psicossocial, acompanhadas da motivação “curiosidade”, por mais de 40% dos 1372 estudantes das escolas públicas na cidade de Feira de Santana – BA.

Ferreira (2003) também encontrou essa resposta em seu estudo sobre as experiências com uso de drogas na opinião dos 250 adolescentes de baixa renda participantes de um programa público de atendimento em Passo Fundo – RS. Porém somente um entrevistado atribuiu o uso à busca de prazer. Na opinião do autor esse fato ocorreu porque falar do prazer que a droga proporciona ainda é um tabu.

Perceber que o adolescente tem percepção de si, que consegue identificar dificuldades é de extrema importância no processo de tratamento e de adesão inicial. Um adolescente que consegue perceber desconforto em algum situação, pode estar indicando que esse desconforto talvez seja o ponto inicial do tratamento. Se são identificados pelo adolescente possíveis sentimentos que o fazem sofrer, ou fazem os adolescentes sofrerem e buscarem o uso de álcool ou outras drogas de uma forma geral, será que se conseguíssemos identificar as potencialidades que existem nesses adolescentes ou nele mesmo, não seria mais fácil contrapor esse situação com uma nova cena?

Será que podemos dizer que o lado positivo de desejo juvenil de obter prazer é a busca de sensação de mudança, de sair de uma condição de

desprazer, de transformar? Que estratégias poderiam possibilitar concretamente essa obtenção de prazer, essa sensação de transformação, de mudança de atitude?

O estudo realizado por Ferreira de Lima (2008), sobre o sentido das oficinas terapêuticas de teatro durante o tratamento para uso de álcool e outras drogas, no município de Diadema-SP, conseguiu mostrar que as oficinas de teatro possibilitaram o questionamento da personagem, a apresentação do novo “eu” re-conhecido socialmente, o processo criador da espontaneidade, o acesso ao outro “outro” do sujeito por ele mesmo e pela sociedade.

Almeida (2003), observou também que a realização de atividades expressivas com grupos de adolescentes egressos da Fundação Casa de Ribeirão Preto-SP, possibilitavam ao mesmos identificarem a capacidade de produzir e reproduzir a sua própria história e também, a capacidade de apreender novas “técnicas” para desafiar a si mesmos e o mundo sem vivenciar situações de grande sofrimento.

Outro relato realizado pela mesma autora, sobre um trabalho com a produção de jornais e vídeos com adolescentes em cumprimento de medida sócio-educativa de internação na Fundação Casa de Ribeirão Preto-SP, evidenciou que o trabalho com técnicas de expressão, possibilitam a identificação da maneira como o adolescente está existindo no mundo, avaliando qual o canal de expressão ora utilizado por ele de forma subjetiva, ora utilizado por ele como resposta à interferência de outros em sua trajetória. Para a autora, uma vez que o indivíduo percebe o espaço de intervenção como um espaço possível de (re)construir sua existência no mundo, ele passa a estar aberto para aprender novas estratégias de ação e expressão (Almeida, 2004).

Outra razão associada às questões pessoais do adolescente foi a curiosidade como motivo para experimentar o álcool ou outras drogas, como pode ser observado nas falas a seguir,

ah...eu penso que é muitas vezes que as pessoas usam assim jovens

por curiosidade... ingual comigo aconteceu (E15)

(...) e eu acho que também... com as outras pessoas não é nem tanto esse motivo...acho que deve ser porque a pessoa quis mesmo isso e usou para experimentar... já pra experimentar e gostou e continuou a usá (E11)

Essa resposta também foi encontrada no estudo de Pratta e Santos (2006b) por 15,7% dos adolescentes entrevistados como sendo motivadora para o uso de drogas. Esse valor aumentou para mais de 80% quando a proposta foi avaliar “verdadeiro ou falso” para afirmações sobre o tema, no caso, a afirmação de que a motivação para o uso é a curiosidade.

O levantamento realizado por Mello (2004), também mostrou que o uso por curiosidade foi a segunda razão apontada pelos estudantes da rede pública de ensino de Cuiabá.

No estudo realizado pelo CEBRID com 2807 crianças e adolescentes em situação de rua, em 27 capitais no Brasil, que estavam sendo acompanhadas por 93 instituições mapeadas no período, a curiosidade e a influência dos amigos foram as duas principais razões atribuídas pelos entrevistados para o primeiro episódio de uso de drogas ilícitas. Quando questionados sobre as razões para o uso atual, os entrevistados mencionaram diversão, esquecer a tristeza e porque os amigos usam, como os três motivos mais frequentes (Noto et al., 2003).

É interessante observar que no estudo realizado por Luis e Souza (1996) sobre as questões formuladas pelos adolescentes sobre drogas, as categorias “efeitos das drogas e álcool” e “consequência do uso de drogas e álcool” foram as que apresentaram maior frequência, o que nos leva a pensar o quanto é importante valorizar essa curiosidade como uma importante estratégia de diálogo inicial.

A construção ou a produção de um novo conhecimento, cujos objetos são os efeitos das drogas e as consequências de seu uso, “...implica no exercício da curiosidade, sua capacidade crítica de 'tomar distância' do objeto, de observá-lo, de delimitá-lo, de cindí-lo, de 'cercar' o objeto ou fazer sua aproximação metódica, sua capacidade de comparar, de perguntar.”

(Freire, 1996, p.85).

Freire (1996) levanta questões importantes para se pensar sobre curiosidade no dia a dia e poder repensar a utilização dessa “razão” para o uso, como uma estratégia de cuidado: Quais curiosidades foram mais marcantes? Como ela emergiu (noticiários, propagandas, jogos interativos, do gesto de alguém etc.? Que 'tratamento' deu a curiosidade, foi facilmente superada ou conduziu a outras curiosidades? No processo curioso consultou fontes (livros, computadores, perguntou à outras pessoas? A curiosidade provocou algum conhecimento provisório de algo ou não? “A exercício da curiosidade convoca a imaginação, a intuição, as emoções, a capacidade de conjecturar, de comparar, na busca da perfilização do objeto ou do achado de sua razão de ser “(Freire, 1996, p.88).

A **facilidade de acesso** às drogas foi apontada por dois adolescentes neste estudo, como sendo uma outra razão que facilita o uso inicial.

eu acho que aqui é bem dizer... em qualquer lugar que você vai tem né...qualquer beira de esquina tem roda (E3)

e hoje em dia que tamos... em qualquer lugar que você vá tem droga... então as pessoas que convivem muito perto disso vê aquilo e acha que é uma boa coisa (E15)

O II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, envolvendo as 108 maiores cidades do país, realizado pelo CEBRID em 2005 (Carlini et al., 2006), revelou que, comparativamente ao levantamento realizado em 2001, tanto no país como um todo, como na região Centro-Oeste, houve um aumento para as categorias: “terem visto pessoas frequentemente alcoolizadas nas vizinhanças nos últimos 30 dias”, “terem visto pessoas frequentemente sob efeito de drogas nas vizinhanças nos últimos 30 dias”, “terem visto pessoas vendendo drogas nas vizinhanças nos últimos 30 dias”, “terem visto com frequência pessoas procurando traficantes para obter drogas nas vizinhanças”, “que foram procuradas por alguém para vender-lhes droga”, e “terem procurado alguém para obter drogas nos últimos 30 dias”.

Esses dados podem estar indicando o quanto o acesso às drogas está facilitado nos últimos anos, uma vez que fatores associados a ela, como a venda e a compra de drogas e o uso explícito apresentaram aumento nos dois anos estudados.

O estudo realizado por Vieira et al. (2007), discutiu especificamente o uso de álcool por adolescentes e, dos 2074 estudantes de escolas públicas e privadas de Paulínia - SP, quase 55% deles relataram que pelo menos a metade dos estabelecimentos comerciais que eles conhecem venderiam bebidas alcoólicas sem pedir-lhes documentos de identidade. Outro dado importante é que além da via comercial, os adolescentes relataram a facilidade de acesso via os grupos de convívio, como os amigos e familiares.

A facilidade de acesso à bebida alcoólica também foi investigada por Romano et al. (2007). O estudo, realizado em Paulínia e Diadema - SP, mostrou que, em ambos os municípios, mais de 80% dos adolescentes conseguiram comprar bebida alcoólica em estabelecimentos comerciais variados e, embora questionados pelos vendedores sobre a idade, para nenhum foi solicitada documentação e a venda ocorreu da mesma forma.

O que fazer com uma informação de que o acesso está maior à droga e ao álcool?

Mudanças na legislação do País têm, de certa forma, tentado inibir o comércio ilegal de bebidas à menores de idade e, ações policiais têm tentado inibir o tráfico de drogas. Porém, ambas estão longe de conseguir efetivamente mudar esse cenário.

Como esse dado pode ser aproveitado como estratégia inicial de tratamento, quando o adolescente cita o acesso como uma importante razão para o uso?

A primeira observação é que existe uma necessidade emergente de trabalho na comunidade onde vive esse adolescente. Ou seja, como a comunidade percebe o uso de álcool? Como o comerciante percebe o uso de álcool entre adolescentes? Como pensam as famílias dessa comunidade? Quais são os mecanismos de prevenção ou de enfrentamento dessa questão

usados pela comunidade? Como o tráfico de drogas está inserido na comunidade? Quais os benefícios e as vantagens oferecidas por ele? Que recursos são oferecidos na comunidade para trabalhar essa questão? Como as informações sobre a temática estão sendo disponibilizadas e incorporadas pela comunidade? Qual o grau de acesso às informações nessa comunidade?

A **falta de ocupação** (emprego), ou de alguma outra opção, como lazer, atividades educacionais etc., foi pontuada por quatro entrevistados como sendo a razão para o uso de álcool ou outras drogas.

ah... eu acho que é porque falta de...assim... ter um tempo livre e não ter uma ocupação assim tipo uma área de lazer adequada... uma coisa assim... se tivesse igual lá no CAPS um grupo... não digo fazer o tratamento... mais tivesse um lugar igual ao CAPS para ir lá fazer aula de dança... fazer alguma coisa assim... acho que ocuparia mais o tempo (E4)

eu acho assim do adolescente é falta de emprego né... porque o governo assim fala que os adolescentes não podem trabalhar e vai procurar um outro meio assim pra ganhar dinheiro... ai até de prostitui ou vendendo e uso de droga e se relaciona assim com as pessoas usuárias. (E9)

(...)se envolver no estudo outras... poderia estar trabalhando né... mas tão...ganhar dinheiro na rua é onde acha droga ou álcool e outros tipo de perdição ai (E14)

falta de opção... sei lá... é falta de opção mesmo. (E14)

Historicamente no País e em vários países, o *trabalho para quem "precisa" trabalhar* era a visão que norteou parte das políticas de atendimento direcionadas às crianças e jovens pobres (Almeida, 2002).

De acordo com Filgueiras (1996), a questão da valorização do trabalho como meio de integração social, é parte dos valores trazidos pelos países colonizadores, cujas estratégias de assistência aos indivíduos ditos não-integrados/marginais, sempre foram direcionadas para a distinção entre os incapacitados para o trabalho e os aptos que não trabalham (indigentes, ociosos etc) (Filgueiras, 1996 ; Larangeira, 1999).

Sendo assim, desde o Império, da República, e mais especificamente até o final dos anos 80, a filosofia de atendimento das crianças e dos jovens marginalizados, em geral vistos como potencialmente abandonados e

perigosos (Rosemberg, 1994; Rizzini e Rizzini, 1996 ; Passeti, 1999) teve por base a educação pela reclusão, onde eram inseridos em atividades profissionalizantes, como carpintaria, serralheria, pedreiro, funileiro, sapateiro, etc. (Marcilio, 1998).

Na saúde, a ideia da inclusão de atividades laborais como uma estratégia de tratamento, surgiu com o modelo nomeado Tratamento Moral, destinado ao atendimento das pessoas que se encontravam internadas em hospitais psiquiátricos (Machado et al., 1978).

Segundo Medeiros (2003), a visão que norteava essa prática também esteve vinculada à valorização da capacidade produtiva e à importância da mão de obra, embasadas pelas mudanças na visão do homem, nos modelos de relação socioeconômicas e políticas no século XIX na Europa. A forma de compreender a doença mental também sofreu influência dessa visão, tanto assim que, na Idade Média a doença mental era percebida como algo que acontecia acidentalmente no corpo por questões ligadas ao demônio e, a aptidão ou não à realização de atividades, principalmente as produtivas, não era critério de normalidade. Com a divisão social do trabalho, trazida pela revolução industrial, essa visão foi modificada e diante da necessidade de mão de obra e a racionalização das tarefas, criou-se um novo critério de normalidade vinculado à capacidade produtiva (Medeiros, 2003).

Nesse contexto, o tratamento da loucura também passou a se dar pela realização de atividades laborativas. Através desse modelo de tratamento, pretendia-se utilizar a racionalidade influenciada pelas atividades laborativas, para possibilitar a ordenação interna e o desenvolvimento. O tratamento moral proporcionava ao sujeito um comportamento adequado” à “ordem natural” do processo produtivo (Medeiros, 2003).

Segundo Carvalho e Carlini-Cotrim (1992), a “falta do que fazer” está muitas vezes associada ao consumo de álcool e outras drogas. O levantamento realizado pelos autores, com 16.117 estudantes de rede de ensino pública de 17 cidade no país em 1989 investigou a associação entre a realização de atividades sociais (artes, esporte, religião e comunitárias) e o

uso de álcool e outras drogas. De acordo com os resultados, a prevenção para o uso de álcool ou outras drogas através do preenchimento do tempo livre pareceu ter pouco efeito. Somente a participação em atividades religiosas apresentou pequena associação a um menor uso de drogas.

A necessidade de horários de lazer foi identificada na fala dos 5.280 adolescentes no levantamento realizado pelo UNICEF em 2006, intitulado “A Voz dos Adolescentes”. A solicitação por praças próximas das residências, locais para a prática de esportes e transportes especializados para lazer foram os itens mais citados. Foram poucos citados: as bibliotecas, os locais de dança para adolescentes mais novos e projetos sociais específicos para essa faixa-etária. Os adolescentes referiram também que os locais de lazer ajudam na diminuição da violência (UNICEF, 2006).

No segundo levantamento realizado pela UNICEF, “Adolescentes e Jovens do Brasil: participação social e política” (UNICEF, 2007), que entrevistou 3.010 jovens, os temas: cultura, esporte e lazer são raramente abordados sob o ponto de vista dos direitos. Dentre as atividades de lazer citadas pelos entrevistados, assistir televisão, praticar esportes e ouvir música foram as mais citadas.

Carvalho e Carlini-Cotrin (1992) lembram que o mesmo se aplica à relação trabalho e uso de drogas, quando compara o uso entre estudantes que trabalham com os que não trabalham.

Essa questão foi investigada por Souza e Silveira Filho (2007) Souza, Areco, Silveira Filho (2005) ao estimar a prevalência do consumo de álcool e alcoolismo entre adolescentes trabalhadores e não trabalhadores, incluídos na rede estadual de ensino de Cuiabá, cujos resultados foram:

- Entre os adolescentes, exceto o tabaco e álcool, os trabalhadores apresentaram maior proporção de consumo para todas as substâncias em comparação aos não trabalhadores;
- As proporções e maiores chances de uso de álcool e tabaco se verificaram entre os trabalhadores;

- Os trabalhadores fizeram uso inicial de drogas com idade média mais avançada do que os não-trabalhadores
- As prevalências de uso de bebidas alcoólicas na vida foram altas tanto para os trabalhadores (81,0%) como para os não-trabalhadores (65,8%).

Para ambos os estudos, foi possível observar que, tanto a realização de atividades sociais, como a inserção no mercado do trabalho, não foram aspectos que preveniram o uso de álcool ou outras drogas.

O estudo realizado com adolescentes em cumprimento de medida sócio-educativa na Fundação Casa de Ribeirão Preto (Almeida, 2002), discutiu o “mito” de que a inclusão no mercado de trabalho poderia auxiliar na não prática do ato infracional. Como os dados mostraram, praticamente todos os 104 entrevistados trabalharam em algum momento da vida e a grande maioria praticava o ato infracional concomitantemente ao trabalho formal como complementação da renda, para suprir necessidades de lazer, alimentação, vestuário e até mesmo para comprar drogas.

Portanto, unindo as duas discussões, a valorização das atividades laborativas e até mesmo “educacionais”, pelas Instituições de acolhimento infanto-juvenil, e pelas Instituições de saúde destinadas ao atendimento de pessoas “doentes mentais”, é possível compreender a razão desse discurso estar presente na fala dos adolescentes. Mesmo porque, ainda hoje, a prática de “oficinas profissionalizantes” e de “lazer” como estratégia de “ocupação” ainda está presente no modelo atual de cuidado em saúde mental e em programas sociais para a infância e adolescência.

Segundo Saraceno (1999), o uso do trabalho na saúde mental, e *também nas políticas sociais de atenção à crianças e ao adolescente* (grifo nosso), “...é um passado que se dissipa no presente e os numerosos modelos de reabilitação 'através' do trabalho frequentemente são apenas uma atualização da ideologia do trabalho como terapia, norma moral, entretenimento e, algumas vezes ainda, exploração” (p.127).

Para Carvalho e Carlini-Cotrin (1992), é necessário que se desloque “...a discussão “fazer x não fazer” para a do *como* fazer, tendo como pressuposto de que um jovem realizado em suas potencialidades (e não apenas ocupado ou assimilando padrões e códigos) deve ser a meta adequada de programas que visem a saúde mental do adolescente” (p.14).

Vale questionar: Qual o verdadeiro sentido disso para o adolescente? Como ele imagina “ocupar” esse tempo livre ou como imagina esse trabalho? O que é tempo livre? Como esse tempo está sendo preenchido no seu cotidiano? De que falta de oportunidade está sendo falada? Quais recursos estão sendo oferecidos a ele para “ocupar o tempo”? Quando se pensa em atividades, o que se pretende com elas?

Como refere Quarentei (1999), no trabalho em saúde mental, construir uma proposta de trabalho é o mesmo que, “... inventar novas práticas e conceitos....que não sejam instrumentos de segregação, opressão e controle, mas de produção de vida.” (p. 195). Entendendo aqui, produção de vida, como sendo: produção de modos de estar no mundo; produção de maneiras de existir e a própria fabricação de mundos (Quarentei, 2001).

A atividade é entendida nesse contexto, como acontecimentos de vida que estão ligados àquilo que é necessário à sobrevivência pessoal, da sociedade, da cultura e também da expressão-criação de mais-vida. Portanto, a atividade é uma potência construtora – transformadora de indivíduos e de vida (Quarentei, 2001).

Especificamente na área de álcool e outras drogas, Ferreira de Lima (2008) sugere que,

A questão seria então oferecer espaços que possibilitassem a alterização do indivíduo; lugares em que o indivíduo poderia ter experiências significativas e atribuir outro sentido para o uso das substâncias que utiliza/utilizava, ou seja, um contexto no qual se possa desenvolver a consciência de que existe uma relação entre as experiências e que existe a possibilidade de se fazer outras escolhas até então nem mesmo pensadas (p.100).

A influência da **mídia** na escolha do adolescente em usar um determinado tipo de droga foi referida por uma entrevistada.

(...) de uma certa forma o álcool é pelo incentivo da televisão né... antigamente tinha a propaganda sobre o tabaco e foi proibido... só que a propaganda em relação ao álcool continua mesmo e tudo hoje em dia envolve... começa através do primeiro trago de cigarro... ai vai o primeiro copo de cerveja aí m e já vem e puxa as drogas assim também (E12)

De acordo com Gomide e Pinsky (2004), os estudos que relacionam o impacto dos meios de comunicação e o consumo de álcool e outras drogas entre os jovens são ainda recentes. Dentre os que existem, é expressiva a abordagem sobre as propagandas de bebidas e cigarro fora do Brasil. Entre nós, os estudos sobre a relação da mídia são mais comuns na área do uso de tabaco e raros na área de bebidas.

As pesquisas sobre mídia estão direcionadas mais para a televisão, por ser o meio de comunicação de maior acesso da população infanto-juvenil. Segundo as autoras, "...a maior influência da tevê no comportamento humano é feita de forma indireta, sutil, cumulativa - e não imediata e direta. Assim, quando não é exercida plenamente pela família, a tarefa de formar conceitos e atitudes pode estar sendo providenciada, de forma questionável, pela tevê" (Gomide e Pinsky, 2004, p.56).

A mídia dirigida à população adolescente tem-se constituído em importante referência na sociedade atual e os temas por ela abordados referente ao uso de álcool e outras drogas acaba definindo códigos de valores e identidades sociais (Ribeiro, Pergher, Torossian, 1998).

Conforme os resultados do estudo realizado por Ribeiro, Pergher, Torossian (1998), a análise de textos de revistas direcionadas à população adolescente mostrou que o uso de drogas por esse grupo é passado pela mídia analisada, como sendo algo que provoca perda do controle sobre seus atos, sendo manipulados por suas ações inconsequentes. Outra informação presente nos textos é o discurso sobre a "escalada do uso de drogas", sendo classificadas como drogas, as ilícitas, enquanto as lícitas não são classificadas como drogas, mas sim como uma substância prejudicial à saúde.

Ações governamentais têm tentado minimizar essa situação, como referem Vendrame et al. (2009), "O governo brasileiro tem demonstrado

preocupação com a liberdade das propagandas de cerveja, fato que o levou a incluir limitações a esse tipo de comercial no plano nacional de políticas sobre o álcool” (p.360). No entanto, Shenker e Minayo (2005) lembram do papel da mídia como um meio de retratar a cultura vigente e também destacam a capacidade crítica dos jovens atualmente em desenvolver opinião própria sobre a temática.

Quais questões poderiam surgir pensando nas dimensões sociais do quadro de vulnerabilidade: como está se dando o acesso desses adolescentes à mídia? Como o adolescente está recebendo as informações e como ele está incorporando no seu cotidiano? Qual o resultado das ações programáticas em relação à mídia?

A discussão sobre diferenças de **gênero** foram abordadas pelos entrevistados, uma vez que é peculiar da região o aumento do uso entre as adolescentes do sexo feminino que está praticamente igual e em alguns casos superior ao masculino.

Segundo os entrevistados, as motivações para o uso são diferentes entre meninas e meninos. Para os entrevistados do sexo masculino, a motivação para o uso de drogas pelas meninas vem junto com a relação afetiva que elas vivenciam com os namorados, nomeados pelos meninos como “malandros”, “marginais” e “bandidinhos”. Os meninos relatam que para o sexo masculino o uso de drogas pode ser usado como uma maneira de conquistar as meninas, uma vez que eles sabem que isso chama a atenção delas. O fato das meninas desejarem fazer as mesmas coisas que os meninos também foi citado como sendo um motivo, ou por acharem bonito, ou por uma questão de fazer igual ao sexo oposto. Outros temas abordados pelos meninos foram a prostituição e o sexo como motivadores para o uso. A única entrevistada que fez referência às diferenças de gênero, diz que as meninas são mais fáceis de serem incentivadas a fazer uso.

e questão mais do fem inino é mais pela influência dos que já frequentaram essas coisas e tal...tal...elas usam por causa dos malandros mesmo...por causa disso que elas usam... por causa de fazer sexo... da prostituição delas mesmo... por causa disso (E7)

(...) e as meninas... as meninas... elas pensam assim... entendeu... já que nós usamos... já que nós bebemos... elas pensam assim que elas podem também entendeu ... e tem meninas que elas já crescem no meio de pessoas assim...que já cresce com o pensamento assim...que, ah vou namorar com um marginal... vou namorar com um bandidinho... então... esses guri que elas chamam de bandidinho é os guri que bebe... é os guri que fuma... todos guri muitas vezes assim pra conquistá as meninas eles bebe... fuma... é isso que nos leva a entrar nessa vida entendeu? (E8)

...principalmente as meninas que é bem incentivada que são mais fácil de incentivar... as pessoas incentivar a usá. (E15)

(...)as meninas...é mais fácil...o homi nem tanto...eu acho assim... agora a muié assim... um garoto que usa droga e vê aquilo lá acha que é bunito... acha que se usar ela também vai ficar bunita... qui é um lucro pra ela... então eu acho isso ai qui é mais incentivo...um incentivando o outro a usá...mas só qui... eu acho agora... depois que eu parei de usar eu acho qui isso ai é a maior besteira que a menina faz assim...igual aqui onde eu moro é muitas pessoas... é muitas meninas que usam droga... acho que a maioria é mulher e minoria é homem (E15)

As reflexões sobre as relações de gênero e saúde, no âmbito científico brasileiro, apresentaram um forte crescimento nos últimos cinco anos, como pontua Aquino (2006), conforme levantamento sobre a produção científica brasileira sobre o tema desde 1987 (teses e dissertações) e periódicos de quatro revistas científicas desde sua inauguração.

Observando os dados apresentados por Aquino (2006), foi possível perceber que o tema uso de álcool e outras drogas e a relação de gênero não aparece entre os cinco subgrupos categorizados como as principais temáticas dos trabalhos, e isso pode indicar que a discussão sobre essa questão ainda é recente no Brasil.

A autora comenta que a incorporação do gênero tem estado muito mais associada como uma categoria empírica “politicamente correta” que substitui a categoria sexo, do que como um princípio de “organização social” (Aquino, 2006, p.128). Isto foi observado no levantamento bibliográfico sobre o tema “adolescentes, gênero e uso de álcool e outras drogas”, onde as discussões estavam relacionadas muito mais aos aspectos da categoria sexo (padrões de uso, tipo de droga utilizadas, início do uso etc.) do que às

relações sociais envolvidas.

O estudo realizado por Giusti, Sañudo e Scivoletto (2002), mostrou que não há diferença entre gêneros quanto à relação ao consumo de drogas ser com amigos, porém, é característica maior do sexo feminino, o uso de drogas com o namorado.

Para Horta et al. (2007), embora o levantamento com 960 adolescentes na cidade de Pelotas -RS, não tenha conseguido comprovar a relação entre a expansão do número de adolescentes usuárias de tabaco e as mudanças sociais em relação ao espaço do gênero feminino na sociedade, as poucas discussões sobre “ A revolução feminista e a aparente associação entre a emancipação das mulheres e o aumento da prevalência de consumo de cigarro entre as jovens parecem refletir essa idéia” (p.781).

Estudos que relacionam as práticas e as relações de gênero são presentes quando o tema é HIV/Aids. Segundo Antunes et al (2002), embora a revisão da literatura na área indique que as diferenças de gênero devem ser consideradas no momento de planejar uma intervenção na área de educação e conscientização, a maioria dos estudos que avaliam o impacto dos programas de prevenção para jovens não analisa a diferença entre gêneros ou então analisa somente algumas variáveis.

E quanto as cenas....

Conforme já se apresentou previamente, as opiniões dos 13 entrevistados referentes as razões apontadas para o uso de álcool e outras drogas por adolescentes de uma forma geral, foram divididas em seis subcategorias (família, acesso, grupo de pares, mídia, questões intrínsecas, falta de ocupação)

Na análise das cenas descritas por eles, sobre o início do uso de álcool e outras drogas em suas vidas, dos 13, sete, como um subgrupo, apontaram as mesmas categorias que associaram os motivos pessoais aos coletivos (grupo de pares, as característica pessoais e o fato de algum membro da

família fazer uso de drogas). Os demais apontaram categorias pessoais que se diferenciavam das mencionadas para todos os adolescentes, porém, já citadas pelo subgrupo anterior, como curiosidade, influência do grupo de pares e influência da família.

ah foi na escola né...os **amigos** tudinho chegou lá e ah... vamos... daí eu falei vamos então pra ver como é que é...chegando lá na hora era uma vela gigante e eu falei... nossa o que é isso... é maconha... ta bom vamos ver o que é isso... vamos ver a reação...ai foi e foi... cheguei na sala e não aguentava parar de rir... então... foi só isso ai (E7)

eu acho assim... que a primeira vez a cena que eu lembro mesmo foi no natal que foi a primeira vez que eu pus o cigarro na boca... que foi uma coisa... pra você ver... natal... nois na rua com **meus colegas**... ai um colega meu que era mais velho que eu acho que dois anos pegou e falou assim... ah vou ali comprar um cigarro... eu falei...ah eu não fumo né... ele falou assim... não... mais é bom né... é massa você vai ver... ai eu peguei o cigarro e pus na boca tal.. tossi... quase morri de tanto tossir... mas esse dia foi a primeira vez e eu pensei assim... ah eu me senti o tal... eu me senti que já era homem... você já se sente que já é um homem que já é um homem formado (E8)

eu tinha umas colega que eu andava sempre junto sempre... sempre junto... era três.. era eu... a E. a M. tudo juntas... na onde uma tava a outra tava... elas já tinham usado tal... eu num... eu num gostava disso ai...eu só bebia...comecei a beber... eu num era de beber... comecei a beber... ai nós saia pra festa... ai teve um dia que teve um showmício lá no CPA... **ai elas... ah vamo fuma um Brown ali pá...** falei... ah, não sei não... não sei se eu vou não né... vamo E15... você vai gostar... falei... então borá vou exprimentá antes de nós ir...ai foram bolaram um negócio lá... ai fumei assim... di só um pega já comecei a ficar muito doida assim... fui pro ponto de ônibus... cheguei nu nu ônibus eu fui suando frio... suando frio... comecei a passar mal a primeira vez e olha que eu nem tinha usado muito assim só foi um pega e ai elas começaram a zuar de mim, que ah:: que E15. ta passando mal... não sei que... vamos parar o ônibus ai começaram a ver que eu tava ruim mesmo né... ai vamos descer então...veja...nóis já tava ali no Tijucal...falei...não não já ta passando a onda já... aí ta... ai nós pegamos... tomei água tal de boa... fui bebi... mas esse dia só foi mesmo a leve onda da maconha né... e então aí após uma semana nós subimo porque toda quinta tem uma feira de noite aqui e subimo pra feira normal... ai fomo tomar cerveja lá num bar de frente ao posto policial... chegamo lá bebemo bebemo...jogamo sinuca...eu gostava de jogar sinuca né... fiquei jogando sinuca pá e ai... vamo fumá... agora vamo fumar uma vela... chama na gíria né...vamo fumar uma bomba agora E15... agora você vai ficar muito louca... falei... ah não vai dar nada... já tava meio chapada de cerveja... isso ai não vai dar nada não...borá lá... fui no embalo por isso que eu falo que é impulso...fui

e falei...vô hoje eu vou fumar bastante... cheguei lá e pensava e pensava... na hora que eu fui levantar sentei de volta falei... meu deus do céu minha cabeça começou a rodar... não sei nem como eu consegui subir lá de baixo da última rua até no bar aonde a gente tava...eu lembro como se fosse hoje... nesse dia eu até perdi minha bicicleta que minha mãe comprou novinha pra mim... eu fui deixei na minha irmã pouco tempo não tinha usado nada... tinha deixado na minha irmã lá na frente robaro... aí mais tarde né já tinha acontecido isso e eu subi no bar fui jogar sinuca... via duas bola na minha frente era só uma eu via duas... aí eu não consegui mais ficar parada deitei assim... juntei duas cadera... deitei assim... falei... meu deus o que que eu fiz e começou rodar minha cabeça e tinha um pulicial na frente do postinho... parecia que ele ficava olhando pra mim... aí de repente eu começava a ver dois... aí passou um guarda que ele faz rondas aqui pra cuidar das casa dos outros... eu vi ele ele era meu conhecido... chamei ele...falei... aí moço me leva pra casa que eu num to aguentano ficá aqui... num to agüentando ficá... mi ajuda... mi leva embora... aí sentei na... muntei na bicicleta dele e me trouxe e falou... o que que foi com você... você não é desse jeito... falei.. não... bebi demais moço... aí cheguei deitei... minha mãe perguntava da bicicleta pra mim... diz que eu caçava...eu não lembro... mas ela fala que eu caçava debaixo da cama...caçava debaixo do do travesseiro e falava...ah ta aqui debaixo... ta aqui debaixo... diz que ela ficava olhando... aí diz que eu eu eu... diz que tava viajando acordada mas eu não lembro de nada... então eu eu... aí as primeiras vezes assim foi sempre assim minha cabeça só rodando depois já fui acostumando... eu fumava sem parar o dia inteiro fumando droga... o dia inteiro... não parava mais dentro de casa... minha mãe não sabia que era mais eu passar uma noite inteira dentro de casa... se eu passava assim umas cinco horas dentro de casa já era muito (E15)

ah tinha uns **colegas meus aí... eles usava** e eu não usava... pra mim **sentir mais ou menos igual eles** assim na roda eu pegava e fazia isso aí (E3)

A influência dos amigos foi a mais citada entre aqueles que referiram as mesmas razões para todos os adolescentes e para si próprios. Em geral, a participação dos amigos nesse processo agiu como fator motivador, uma vez que eram os mesmos que ofereciam ou incentivavam o uso.

A família, aparece quando um parente faz uso na frente do adolescente, provocando o desejo de experimentar.

ah eu tava numa chácara... eu tava na chácara e meus tios e meus primos estavam fumando naquela noite e eu **resolvi experimentar** né pra saber como é que é... eu via eles... o jeito que eles ficava... e foi outra imagem sabe... outra coisa... mais a consequência é muito trágica... eu vi né... como é que eu posso te dizer... sabe uma alegria

uma felicidade e uma coisa... uma coisa que foi amor a primeira vista... quando eu fumei aquela droga parece que me libertei... porque eu era uma pessoa muito tímida e quando eu usei aquela droga acabou a minha timidez (E2)

não... eu sempre convivi com a questão do álcool até porque o **meu pai sempre bebeu** então a questão álcool na minha família sempre foi normal...agora em relação a cigarro foi em escola... **achava bonito** e tal... foi o primeiro trago do cigarro e em relação as drogas eu acredito que tenha sido...ai...**roda de amigos...**primeira droga que eu usei foi a maconha numa roda de amigos... eles estavam fumando e ofereceram e quem não fumava era careta era besta e tal... ai acabou rolando que eu fumei... também tava grilada e então acabei fumando...eu não lembro muito mais ou menos a idade foi dos meus 10 a 12 anos por ai (E13)

A auto culpabilização aparece na cena contada por uma entrevistada, ao dizer que o uso foi motivado por sua “fraqueza” perante a necessidade de usar a droga.

(...) foi o que aconteceu comigo...**eu sou fraca...**não foi por causa da minha família que não me deu apoio que eu não tive isso não tive aquilo...se eu falar que é isso é mentira porque eu sempre tive tudo na minha vida...minha mãe sempre me deu tudo... meu pai...ai seu eu falar que foi por isso... não foi (E11)

O propósito em trazer para o roteiro a discussão sobre as razões atribuídas pelos entrevistados para o uso de álcool ou outras drogas, foi considerá-las como um dos aspectos a ser investigado quando se pensa na adesão ao tratamento para álcool e outras drogas.

Um ponto que chamou a atenção em relação às falas dos entrevistados, foi o fato da maioria deles ter atribuído as mesmas razões para o uso pessoal e geral, o que pode sugerir diferentes formas de se abordar temas com adolescentes que não sejam diretamente relacionados à suas vidas. Essa discussão é importante em uma primeira abordagem, por exemplo, pensando principalmente naqueles que buscam o serviço por determinação de outrem, que não por vontade própria e que, por essa razão, estão na maioria das vezes, mais retraídos e menos abertos para um diálogo sobre temas pessoais.

Essas observações nos levam a refletir sobre o quanto podemos

conhecer do adolescente, por meio de perguntas que abrangem o coletivo da questão e que acabam nos fornecendo também dados pessoais, úteis na definição das estratégias iniciais de intervenção.

Se ele diz que a razão para o uso de drogas por adolescentes é a família, e na descrição de sua cena aparecem dados de uma família fragilizada, poderá ser esse o ponto inicial da intervenção. Se em um outro caso, a justificativa para uso de álcool e outras drogas, for o grupo de pares, será esse o alvo do trabalho, no sentido de fortalecer esse adolescente para enfrentar o grupo ou reconstruir sua relação com ele. Se for a mídia, o trabalho pode ser voltado para as discussões sobre valores, sobre crítica, reflexão, por exemplo. Se for curiosidade, qual seria ela, como sanar essa curiosidade?

O que se propõe, no caso, é fazer dessa informação, não um fator de risco, ou então a única e exclusiva causa para o uso, mas a temática disparadora do trabalho. É trabalhar com o que ele acredita, com o que ele tem de necessidade explícita e concreta.

Porém, deve-se estar atento às possíveis contradições entre as necessidades referidas pelos adolescentes e aquelas percebidas pelos serviços.

O que propõe uma equipe à um adolescente que chega ao tratamento referindo a influência do grupo de pares no uso de drogas e em sua vida de uso, bem com sua necessidade de fazer parte desse grupo de amigos, mesmo que seja necessário o uso? É possível solicitar que ele se afaste desse grupo, ou que diga para os amigos que deve deixar de usar a droga, entre outras coisas comumente solicitadas?

Negar a existência de possíveis fatores que podem levar o adolescente a fazer a opção de usar um determinado tipo de droga não é um caminho a ser seguido uma vez que, comprovadamente, todos os estudos referidos anteriormente apresentam várias associações entre o uso de drogas e diversas variáveis.

Porém, como destacam Ayres et al. (2003a),

Estabelecer associações probabilísticas populacional da infecção entre diferentes condições objetivas, mensuráveis, tais como sexo, idade, profissão, práticas sexuais etc., seguirá sendo sempre uma importante fonte de informação e hipóteses. Contudo, se essas variáveis não são interpretadas quanto à variabilidade e à dinâmica de seus significados sociais concretos, e se o risco aferido passa de uma categoria analítica abstrata ao desenho de práticas de intervenção sem as necessárias mediações, então não só ele se mostra insuficiente como, frequentemente, prejudicial (p.123).

O processo histórico sobre o desenvolvimento do conceito de risco, apresentado no capítulo referente à metodologia deste estudo, mostrou o quanto, as práticas alicerçadas na definição de grupo de risco e comportamento de risco, no âmbito das intervenções para HIV/Aids, influenciaram estratégias de prevenção com características preconceituosas, excludentes e voltadas para a culpabilização individual (Ayres et al., 2003a).

Para Silva e Santos (2001), estudos que realizam a associação direta entre um fator e o uso de drogas, acabam definindo um padrão de “risco social” e, essa rotulação, por sua vez, acaba definindo, igualmente, sinais discriminatórios de comportamentos ou situações socioculturais que classificam e estigmatizam grupos de indivíduos.

Lyra et al. (2002) e Raupp e Milnitsky-Sapiro (2005) discutem como os programas destinados a adolescentes os concebem como uma população em “fase de risco” e, como esse entendimento exerce influência no planejamento das ações, ou seja, se há uma relação direta entre adolescente /risco, as ações também se voltam para prevenir ou tratar algo percebido como risco, no caso, gravidez indesejada, DST/aids, uso de drogas.

A compreensão da adolescência associada ao conceito de risco é, para Oliveira e Egry (1997), reduzi-la à sua dimensão biológica, como também ao “desajustamento” social. Segundo Lyra et al. (2002) “Grande parte das políticas públicas direcionadas ao jovens parece estar apoiada nessa retórica que ressalta a ameaça representada pela juventude, com constante reforçamento da ideia do jovem como exposto à uma série de riscos próprios à sua fase, os quais podem ser internos (crise identitária) ou externos (violência)” (p. 11).

Os autores ressaltam também, que a problemática gerada pelas concepções sobre adolescentes e jovens associadas ao risco podem conduzir à ações ou diretrizes que não dialogam com a população adolescente, e que podem vir a resultar em ações pouco efetivas (Lyra et al., 2002).

De acordo com Ayres (1993), a condição aistórica e cronológica, dada à população adolescente, somadas a universalidade quanto as mudanças biológicas do corpo, às transformações psicoemocionais e/ou às relações com a sociedade em diversas situações, têm sido o referencial utilizado pelos trabalhos na área da saúde com essa população. A dimensão social da adolescência tem ocupado pouco espaço na clínica voltada à população adolescente e, quando presente, aparece de forma naturalizada, entendida como se fosse algo comum à todos os adolescentes, como comportamentos pessoais presente em uma cultura própria.

Segundo o autor, a forma que a dimensão social da adolescência tem sido incorporada na prática clínica, como parte de uma plano individual, não dá conta de importantes dimensões do real concreto, que estão muito mais ligadas ao processo saúde-doença dos adolescentes, como: as características de inserção dessa população no processo produtivo, a relação com a ocupação dos espaços urbanos, as estruturas familiares, as formas de participação social, entre outras. Uma importante limitação no uso dessa dimensão, na forma como está posta, é o fato de buscarem no indivíduo determinantes de necessidades para o trabalho que não podem ser encontrados nele, individualmente, por se tratar de fenômenos que perdem a este nível a possibilidade de objetivação que detinham em sua expressão coletiva (Ayres et al., 2003a).

Portanto, a percepção dos adolescentes como grupo de risco e/ou a determinação de possíveis “fatores de risco” para o uso de álcool e outras drogas pode, de forma ambivalente, auxiliar estratégias de intervenção e aumentar o conhecimento sobre a temática, como também estigmatizar grupos ou indivíduos, definir padrões e normas de comportamento individual, desconsiderando as dimensões coletivas e contextualizadas dos

processos de saúde e doença.

Uma análise do contexto, a partir do quadro de abordagem psicossocial das vulnerabilidades (Paiva, 2007), ajuda a pensar estratégias que dialogam com o adolescente e com o coletivo. Segundo as falas dos entrevistados, as razões para o uso de álcool e outras drogas estão contidas nas três dimensões propostas pela abordagem:

- No plano individual aparecem questões familiares, emocionais (características da fase da adolescência), afetivo-sexuais (questões de gênero) e da rede de apoio social, no caso, o grupo de pares. Em cena, foi possível observar aspectos conflitantes nos valores, crenças e desejos, como as motivações para o uso e a relação disso com a necessidade de “se sentir homem”, “de ser como os outros”, “ter igualdade de gênero nas ações” e de “ter liberdade”.
- Na dimensão social foi possível observar, nas falas, como se dá a influência histórico-político-institucional na relação entre o uso de algum tipo de substância psicoativa e a falta de ocupação/algo para fazer. Como também, nas questões de gênero, no que se refere à “necessidade” das meninas realizarem as mesmas coisas que os meninos. No plano das desigualdades, as falas denunciam o fácil acesso às drogas nos bairros onde residem e a falta de acesso ao emprego que leva a inserção no tráfico de drogas como alternativa de renda.
- Na dimensão programática, referem a falta de políticas específicas para “ocupar o tempo” dos adolescentes, a mídia direcionada à esse público ou a qualidade dos serviços, no que se refere a adequação do CAPSad em relação ao oferecimento de determinadas atividades de interesse dessa população.

Assim, como já referido na introdução deste capítulo, propô-se a construção de sete formas de dialogar sobre a adesão dos adolescentes aos serviços para tratamento do uso de álcool e outras drogas.

A primeira cabeça então, como primeira forma de diálogo, é pensar que a adesão ao serviço poderá estar diretamente relacionada com o conhecimento sobre a percepção que o adolescente tem sobre o uso de drogas

“por adolescentes” em nossa sociedade, como ele percebe o coletivo da questão. Essa informação, poderá possibilitar o conhecimento das razões para o próprio uso, de forma implícita, além de fornecer pistas sobre disparadores para o início do tratamento, tendo como referência aquilo que pode significar a maior necessidade no momento.

Além disso, conhecer o coletivo, ou seja, a forma do adolescente perceber o todo, pode deixá-lo mais seguro no momento em que se reconhece como parte dele, o que significa não estar sozinho, ou então, compartilhar das mesmas questões de outros iguais. Essa informação é importante na medida em que um grande número de adolescentes procura tratamento por imposição familiar ou judicial, o que significa não se reconhecer como alguém que necessita estar naquele lugar, naquele momento. É buscar determinantes de necessidades para o trabalho que não podem ser encontrados somente no indivíduo, mas sim, como expressão de necessidades de uma coletividade.



A chegada

- O que que está acontecendo?
- Seu pai trouxe você aqui para fazer uns exames.
- Exame de que eu não tô doente? Cadê meu pai?
- Seu pai tá ai fora, agora fique calmo.
- Eu tô calmo. Eu só quero saber o que tá acontecendo. É exército?
- Fica tranquilo que não é exército não. Como é seu nome?
- Neto.
- Neto de que?
- Wilson Souza Neto
- O caso é o seguinte Wilson, seu pai acha que você é viciado e trouxe você aqui pra fazer um tratamento.
- Amigo, isso é um mal entendido, vou chamar o meu pai pra esclarecer isso.
- Escuta você fuma maconha?
- Não.
- Seu pai disse que você fuma, diz que encontrou um cigarro de maconha no bolso da sua blusa. E aí, você fuma ou não fuma?
- De vez em quando eu fumo, mas não sou viciado.
- Seu pai disse que você é. Ele e sua mãe disseram que o seu comportamento não tá normal.
- Então eu vou chamar meu pai, porque eu quero ouvir da boca dele.
- Não Wilson, o caso é o seguinte, seu pai internou você aqui pra fazer um tratamento.
- Mas que tratamento eu não sou viciado. Pô se eu tomasse pico tudo bem.
- Todo mundo que foi internado aqui por causa de pico começou com maconha.
- Problema deles, eu não tenho nada haver com pico. Maconha não vicia.
- Isso é o que você diz. Só que a medicina diz outra coisa.

Cena do filme "Bicho de sete cabeças" - O jovem foi internado sem saber. Conversa com o enfermeiro no momento da internação.

Na segunda questão do roteiro solicitou-se aos adolescentes que dessem suas opiniões sobre as possíveis razões para as dificuldade em se buscar tratamento. Para essa questão foi apresentado um gráfico do *II Levantamento Domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil (2005)* sobre o número de pessoas que realizaram tratamento anteriores para uso de álcool e outras drogas segundo as cinco regiões do país.

Os entrevistados relataram sete razões que podem dificultar a busca por tratamento: falta de apoio, negativa o uso e a necessidade de tratamento, forma de pensar do adolescente, formato da rede de tratamento, discriminação, benefícios trazidos pelo mercado ilegal das drogas e a influência do grupo de pares.

A **falta de incentivo**, principalmente da família, foi citada por dois entrevistados como sendo um fator que dificulta a busca por tratamento.

ah... não sei... acho que as pessoas desistem... ah... sei lá... por falta de vontade... **falta de alguém incentivando** assim... **persistindo**... igual... tem... eu conheço caso assim que o adolescente tava usando droga e a família já... de tanto falar pra colocar no tratamento desiste...acaba deixando prá lá...aí não tem ninguém pra ta incentivando e não querem saber de fazer o tratamento (E4)

eu acho que a...o **falta de incentivo** as vezes as pessoas querem sair mas **familiares não ajudam** (E15)

De acordo com Marques (2004), os adolescentes raramente buscam tratamento por conta própria, principalmente quando a necessidade vem por conta do uso de álcool ou outras drogas.

Segundo Kaminer e Szobot (2004), o mais comum é o adolescente iniciar o tratamento por imposição da família ou por ordem judicial .

Para Swadi (2000), essa dificuldade pode acontecer porque os adolescentes relutam mais para iniciar o processo e são muito menos motivados para o tratamento do que os adultos. Esse fator pode ser dar em razão dos adolescentes estabelecerem pouca relação direta entre as alterações de seus comportamento, pensamento e/ou condições físicas, com o uso das substâncias psicoativas (Marques, 2004).

Embora os adolescentes busquem o tratamento logo no estágio inicial

do uso, contrário aos adultos (Swadi, 2000), mesmo que seja por imposição ou espontaneamente, aqueles que conseguem perceber algum efeito nocivo, tendem a minimizá-los – ou negá-los (Marques, 2004 ; Kaminer e Szobot, 2004), “...argumentando para si próprios que 'isso não é nada', que o problema logo vai resolver, sem ajuda ou intervenção de ninguém.” (Marques, 2004, p.151).

Esse aspecto foi observado nas falas de quatro adolescentes, apresentadas a seguir, sobre a **negação de que precisa de ajuda** em razão do uso de álcool ou outras drogas. O termo “dependência” e “dependente” foi utilizado por alguns entrevistados, associando esse fato à impossibilidade do indivíduo perceber a necessidade de tratamento.

(...)porque primeiramente é a **negação** sabe... a pessoa nega que tem problema com álcool... a pessoa pode estar no fundo do poço... mas a negação é muito grande em parte das pessoas né...eu também negava..., quando as pessoas vinham falar para mim olha... você é uma pessoa boa... mas você bebeu você muda...então é a negação. É porque para mim... no meu ponto de vista...no meu modo de entender... eu acho que isso é uma doença...a droga e o álcool é uma doença e ela vai progredindo e a pessoa não percebe esse progredimento né...e é isso aí.. a pessoa continua negando... achando que não tem problema (E2)

(...) é porque eles **não vê que ta na hora já de se tratar** e pensa...não...ta cedo ainda... mais pra frente eu penso nisso... e quando vem mais pra frente não quer mais porque já é tarde demais (E5)

primeiro lugar porque **não aceitam o fato de ser dependente...** ninguém aceita... você chegar no bar e falar... quem é alcoólatra aqui... ninguém vai assumir que é alcoólatra (...) porque acham que eles tem sob controle sobre eles mesmos (E13)

o usuário ele é sempre... não é sempre... ele acaba ficando cego por uso compulsivo da droga... ele **acaba ficando cego...** pra ele **ele não é dependente...** não é dependente...ele pára quando ele qué...que aquilo lá num... num faiz a cabeça dele... mas quem ta fora daquilo que ta se passando com ele está vendo...é...é quem o conduz ao tratamento né...muita das vezes o pessoal fala que a força né... como segue o tratamento cedo talvez ainda tem chance... mas quem foge dele é só tem.. só há duas opções né cadeia ou cemitério (E14)

No entanto, para Santos (2007), o emprego do termo “dependente” “...parece estar em consonância com um imaginário que a própria sociedade

criou , através dos dispositivos de tratamento que reforçam sua postura de impotência diante do controle do uso de drogas...”(p.195).

Outro fator, que pode influenciar no fato do adolescente não buscar tratamento, está ligado à aspectos da própria **fase do desenvolvimento**. De acordo com Scivoletto (2001), os adolescentes dirigem muito mais suas preocupações para as questões relacionadas à vida familiar, vivências escolares e com o grupo de pares, do que com as possíveis consequências geradas pelo uso, tanto física como psiquicamente.

Nesse sentido, Marques (2004) salienta o quanto devemos, no momento do contato inicial, seja por familiares, amigos, professores ou profissionais da área, considerar esses aspectos e a sua influência no comportamento resistente do adolescente em interagir com quem o aborda.

Klein, McNulty e Flatau (1998) estudaram as razões que levam os adolescentes a buscarem um serviço de saúde, em uma cidade nos Estados Unidos, com o intuito de discutir o acesso dos mesmos aos serviços. Os resultados encontrados mostraram que somente 6% buscam os serviços de saúde por questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, enquanto que 71% buscam o serviços para dores de garganta, 49% por suspeita de DST, 30% por suspeita de gravidez, 29% para buscar informações sobre AIDS, entre outros motivos.

Foi observado ainda que quando a necessidade está relacionada ao uso de álcool e outras drogas, a maioria (19%) busca auxílio nos grupos de auto-ajuda (AA), 18% no serviço de saúde oferecido pela escola, 9% procuram os pais, 6% os Hospitais e 4% os Centros de Saúde. Quando questionados sobre quais os locais que eles devem procurar quando necessitam de um auxílio específico, os serviços de saúde mental, juntamente com os de aconselhamento para saúde reprodutiva, são os que menos eles conseguem informar. Dos 259 participantes, 16% não sabiam referir serviços que pudessem prestar auxílio para uso de álcool e outras drogas e 10% para informações sobre DST, AIDS, suspeita de gravidez e controle de natalidade (Klein, McNulty e Flatau, 1998).

O estudo realizado no Brasil por Palazzo, Béria e Tomazzi (2003) com 463 adolescentes atendidos nos serviços de atenção primária em Pelotas -RS, mostrou que algumas variáveis como sexo e idade podem influenciar na busca de atendimento. As adolescentes buscam os serviços com mais frequência e o grupo de adolescentes com faixa etária entre 15 e 16 anos, buscam serviços voluntariamente, enquanto os menores necessitavam da companhia de familiares. As queixas relatadas que motivaram a busca por atendimento, eram, em sua maioria, somáticas (problemas respiratórios, dermatológicos e sistema músculo-esquelético) ou relacionadas com questões da sexualidade (DST, gravidez, menstruação entre outras), apresentando certa diferenciação quanto ao sexo, sendo, o segundo motivo, relatado com maior frequência pelas adolescentes. Não foi mencionada a necessidade de buscar os serviços devido ao uso de drogas e pouco foi relatado por demandas no campo psicossocial²².

Outro importante estudo realizado no Brasil por Claro et al. (2006), na cidade de São José do Rio Preto - SP em 2003 e 2004, investigou a relação de 437 adolescentes com os serviços de saúde. Dos 47,7% que relataram ter procurado o serviço de saúde, 16% buscaram atendimento por problemas respiratórios, dermatológicos e anemia. Dos que referiram não procurar os serviços, os motivos mencionados foram: achar a doença não grave, por preguiça, por falta de tempo, o responsável não ter levado e o serviço não funcionar. Quando perguntados sobre o acesso aos serviços, as autoras observaram uma diferença significativa entre esse acesso e o tipo de escola que o adolescente estudava, pois, aqueles que estudavam em escolas públicas referiram com maior frequência que não haviam sido atendidos quando procuravam o serviço (espera longa para atendimento, falta de médico no local ou o local se encontrava fechado).

²² Para as autoras, essas questões podem representar alguns vieses tanto da pesquisa, como do padrão de atenção à saúde atual. O primeiro, por ter sido um estudo com o emprego da técnica de entrevista, o que pode ter interferido na resposta quanto ao consumo de drogas. O segundo se refere a formação, principalmente do corpo médico, que enfatiza mais as questões somáticas, dando menos espaço para as intervenções no âmbito psicossocial.

A discussão sobre a **influência do sistema de atendimento** como sendo algo que dificulta a busca por tratamento, também foi realizada por três adolescentes no presente estudo. Os entrevistados referiram problemas causados pelas características de diferentes clientela atendidas pelo mesmo serviço, como também, pelo fato de existir somente um serviço especializado para adolescentes. O problema da discriminação da sociedade com quem está em tratamento também foi citado, o que, para o entrevistado, tem sido reforçada pelas atividades externas propostas pelo serviço, onde os adolescentes são expostos publicamente.

A **falta de conhecimento** da sociedade, sobre o tipo de tratamento oferecido também foi apontada como sendo um fator que dificulta a busca por tratamento, principalmente porque a população cria sua própria imagem sobre como o serviço acontece a partir de informações recebidas aleatoriamente, como pela mídia televisiva.

bom... quando nós fomos procurar tratamento foi difícil porque o único lugar que tinha era o CAPS... você já não tem opções... você tem opções na parte das drogas para fazer várias coisas mas pra você procurar tratamento só tinha uma opção... uma casa só de recuperação...acho que isso interfere muito você ter só aquele lugar se quiser já sei que vai ter que ir lá então vai estar todo mundo...e também rola muita a discriminação pelo fato de você estar lá no CAPS...muitas pessoas que me viram lá que passavam... que olhavam que me viam em outros lugares públicos que a gente fosse fazer algum evento que tinha, alguma coisa do tipo, sempre dava ()... eu via que os meninos nenhum gostavam de ir se iam... iam mais pelo fato dos funcionários dar aquela... aquela forcinha...não... vai... vai que é bom pra você é pra sua recuperação... mas enfim... eu achava que não era tão bom para a recuperação tanto é que eu sempre ficava mais não esse negócio de ir e ir cantar não sei na onde tocar não sei na onde...pelo fato de que as pessoas depois se um encontrava discriminação já atrapalhava a sua recuperação né... eh acho que pelo fato de cair também é que tem poucas casas de recuperação e quando tem são falhas... que vai... vão ter droga... tem discussões entre os internos entre os funcionários que tinha alguma e aí acho que isso atrapalha bastante.... mas mais o fato de pouca unidade (E6)

eu acho que a maior dificuldade das pessoas procurarem tratamento, por mim que eu acho assim é o medo... é medo porque quando ta em tratamento as pessoas pensam assim... no tratamento eles vão me internar vão me dar remédio vão me entupir de remédio e me deixar trancado entendeu (E8)

A dificuldade em buscar tratamento e sua relação com os serviços, também foi discutida no estudo realizado por Matias (2007), sobre a caracterização da rede de atendimento para adolescentes usuários de álcool e outras drogas na cidade de Ribeirão Preto. Segundo a autora, o fato dos jovens não acessarem os serviços, pode ser resultado da “forma como são feitos os encaminhamentos, sobre aquilo que o serviço está oferecendo, a forma como o realiza, e também a questão da localização física do mesmo, que pode estar dificultando o acesso para algumas pessoas que moram em bairros distantes” (p.136).

Alguns cuidados são apontados por Kaminer e Szobot (2004) quanto ao atendimento de adolescentes usuários de álcool ou outras drogas, sendo um deles, também citado por um entrevistado, o não envolvimento de perfis muito diferentes de pacientes e a inclusão de pacientes com transtornos de conduta, que podem, prejudicar a coesão grupal.

que aqui a gente vai num lugar tipo que só vai pessoa viciada né...tem uma clínica aqui é tão difícil achar uma clínica aqui pra você realmente se tratar...você vai num lugar e fica no máximo um mês (...)é o tempo o modo do tratamento também né...tratamento acho que tipo assim... acho que devia ser tipo num sitio afastado das pessoas... porque lá onde eu que tava... lá o tratamento lá era assim... era de pessoas que saiam da cadeia e iam para lá e voluntários e era aquela mistura era só só pessoal voluntário não já vinha peão de cadeia e essas coisa não dá muito certo não...e até lá mesmo ainda entrava porcaria (E3)

Nas falas de quatro adolescentes entrevistados, foi possível observar a discriminação sentida por eles com relação ao uso de drogas, a não aceitação do desejo de se tratar pelo grupo de pares e a vergonha sentida em assumir o uso.

eu acho que assim as pessoas sente mais inferior né no meio da sociedade as pessoas que usam...ai eles tem uma certa vergonha assim de mostrar né que é usuário (...)despreza... fala que é vagabundo (E9)

porque talvez também não.... assim... ela sente vergonha né de ser discriminada também por outras pessoas... é uma série de coisas também que a pessoa pensa né... ela mesma também não tem vontade de largar disso não tem força... não procura. (E10)

outras pessoas querem sair mas tem vergonha por causa dos

amigos zuarem... voltar do tratamento e as pessoas comecem ah:: ta fazendo isso tal... zuarem... mas é mais por falta de ajuda porque essas pessoas que usa esse tipo de droga... álcool nem conversa muito com a família e nem vai conversar com os amigos sobre isso que quer sair... isso ai é um tipo de zuação pra outros (E15)

ah eu acho que é porque não quer mesmo pará também e também deve ser porque não tem muito muita ajuda também...as vezes as pessoas nem sabem também...que que tem... que tem tratamento... que tem clínica que tem essas coisas (E11)

Fazendo um paralelo entre as questões que dificultam a busca por tratamento na área de álcool e outras drogas e HIV/Aids em adolescentes, foi observado que, no estudo de Guerra e Seidl (2009), o estigma e a discriminação em decorrência da doença, no caso dos adolescentes que contraem o HIV/AIDS pela relação sexual ou pelo uso de drogas injetáveis, faz com que os mesmos não queiram revelar sua condição, o que trás problemas para o surgimento de oportunidades para obtenção de apoio, contato social e busca por tratamento.

Se a sociedade, segundo Goffman (1988), estabelece meios para categorizar as pessoas a partir de características individuais, ela é capaz de criar processos de discriminação que reduzem as chances de vida dessa pessoa, que no caso em discussão, seria deixar de buscar tratamento.

Os adolescentes entrevistados também trouxeram questões relacionadas com a fase da adolescência como sendo um aspecto que pode interferir na procura de tratamento.

não... o adolescente é pelo fato de ser jovem e achar que ta novo e que tem muita estrada e que agora é época de se divertir e ele acaba se enturmando nessa fase e ai é que começa acabando a sua vida aos poucos (E2)

eles acham que ainda é novo e tem que curtir bastante... tem que aproveitar mais é novo demais e ai (E5)

Kaminer e Szobot (2004) lembram que a fase da adolescência é caracterizada pela busca de uma identidade própria, portanto, as questões ligadas à autonomia e onipotência, têm grande importância. Nesse sentido,

assumir que precisa de ajuda, torna-se algo difícil de se fazer. Nessa idade também, há uma limitação em pensar no futuro, o que dificulta a percepção dos mesmos com relação à importância de uma intervenção nos primeiros estágios de uso como forma de minimizar as consequências posteriores.

Segundo Scivoletto (2001), “O uso de substâncias psicoativas na vida dos adolescentes, assume um papel diferente do que para os adultos. Em muitos casos, os adolescentes encontram nas drogas a identidade que buscam neste período da vida” (p.70).

Um adolescente referiu os possíveis “benefícios” e os prejuízos trazidos pelo uso de drogas e a influência deles na escolha de fazer o uso ou não. O entrevistado faz uma associação direta com o tráfico de drogas e a violência, com o status de liderança no tráfico de drogas, com os problemas com a justiça e de comportamento.

acontece porque eles pensa que a vida da droga violência roubar essas coisa aí... é só é...tem que ser fácil uma coisa fácil pra eles... mas na na opinião dos críticos não... são só uma ilusão pra eles...eles vão ficar nisso nisso até eles tentar liderar alguma coisa... até ser alguém na vida... mas nunca vai ser ninguém na vida vai ser sempre um malandro sempre vai pra... sai da da fazendinha²³ volta para rua de novo... volta de novo pra fazendinha rua fazendinha... vai ficar só nessa vida de fazendinha até os 18 anos e vai pra cadeia federal...vai não sei pra onde...nunca vai ter aquela liberdade como qualquer uma pessoa normal tem e sai pra festa não brigar beber não beber... essa coisas... vai na festa só para se divertir...tem uns que vai na festa só pra brigar especialmente brigar brigar () já briga... pra mim é isso é violência mesmo....aqui em Cuiabá mesmo... só isso. (E7)

De acordo com Deslandes (2003), a população é alvo do mercado de drogas, uma vez que se encontra mais vulnerável devido às angústias geradas pelo momento de vida, a pressão do grupo de pares, o desejo de conhecer o novo e testar o controle sobre sí.

Ainda segundo a autora, o acervo sobre pesquisas na área da saúde que investiguem o envolvimento de adolescentes e jovens no mercado ilegal das drogas, ainda é pequeno. Mesmo que esse tema se constitua em uma das

23 Fazendinha é o “apelido” da Unidade de Internação para adolescentes autores de ato infracional em Cuiabá.

condições de maior vulnerabilidade, considerando que para essa população, o mercado tem representado um espaço de trabalho e sobrevivência.

E quanto as cenas?

Analisando as cenas descritas pelos adolescentes em relação ao momento de buscar tratamento, foi possível perceber que dos 13 adolescentes entrevistados neste estudo, sete referiram ter buscado o tratamento por vontade própria, dois por ordem judicial e quatro por imposição da família.

As dificuldades para procurar o tratamento estavam relacionadas, na maioria das situações, ao padrão de uso constante das drogas para aqueles que estavam fazendo uso de cocaína e pasta base, a influência dos amigos (diversão, festas) e o receio de não saber como seria a ajuda oferecida no local de tratamento, levando até a fazer fantasias do tipo de tratamento.

As “comorbidades” que podem aparecer junto com o uso de álcool e outras drogas, podem ser, segundo o relato dessa adolescente, uma forma de incentivar ou reprimir o desejo de buscar tratamento. Isso poderia ocorrer quando à ameaça a vida, não pelo uso, mas por outras situações no contorno, fica eminente.

foi a partir dum dia que eu vi que não dava mais... é...tinha acontecido um assassinato de um colega nosso ai no Tijucal... ai nesse tempo eu nem tava ficando aqui muito porque eu gostava... eu era assim... eu era impulsiva eu não gostava de ficar aqui onde eu morava eu gostava de sair pra outros lugares... conhecer pessoas novas drogas novas... tipos de pessoas que usavam de outro jeito... eu ia muito pra Várzea Grande pra outros lugares... então... nesse tempo que eu comecei girar nem parava em casa... aconteceu esse negócio desse homem morrer... ai minha colega chegou ni mim e falou assim pra mim um dia... ah E15.... eles tão achando que você tava junto no dia que o cara morreu... falei impossível... nem tava aqui era a colega pá... pois é eu fiquei apavorada com aquilo ali e ai depois o irmão dele não saia aqui do bairro ai pá... ai começaram me olhar daquele jeito ai eu falei.. ave Maria... meu deus... será que esse homem ta achando que eu matei o irmão dele mesmo? ai eu falei pra minha mãe ela falou mas como... ai eu fiquei desesperada... ai comecei a andar fui até pro sitio... fui até lá pro Taquaral... agrovila ali... fui mas não guentei passei um dia e uma noite lá fugi... sai... minha mãe ainda falou assim... eu vou mandar

você só com o dinheiro de ida no dia que for só pra você voltar eu vou te busco... ainda me deu dinheiro pra comprar cigarro que eu fumava igual a um trem... me deu dinheiro pra mim comprar o cigarro... ta eu fui... vim... peguei carona de caminhão com ninguém que eu nem conhecia... peguei carona com um monte de gente então cheguei fui fiz um lanche ali no Tijucal... ai uma mulher viu eu lá no Tijucal veio e falou pra minha mãe... a E15 ta lá no Tijucal comendo eu conheci ela pela tatuagem dela... ai minha mãe falou... minha filha sai não sei que... num sabe esse homem vai matar o CE...ficou preocupada... minha mãe não queria nem saber de nada...fui numa casa lá na Várzea Grande até levei uma menina que morava de lá pra lá e começava a usar droga sem parar usando cocaína sem parar... era todo o dia... eu era um palito... eu aqui... do jeito que eu to eu to obesa a parti do que eu era... usava todo dia sem parar.... o dia inteiro usando droga...e toda vez que a polícia ia lá eu tinha sorte que eu vinha pra cá... parece que era uma coisa que vinha e avisava assim não tem...eu vinha pra cá e usava uma roupa diferente e vinha aqui na minha mãe... ai eu ligava pra ela e falava to bem...to no Pedra 90... mas tava lá na Várzea Grande tava com medo... ai a polícia começou a vir aqui em casa atrás de mim... vinha aqui ai minha mãe falava... num sei pra onde qui ela ta... eles entravam ... minha mãe ficou até nervosa... gente fina comia pá... polícia vinha todo dia atrás de mim aqui todo dia... ai eu fique mais perturbada com aquilo... uma coisa e outra no ouvido... eu nunca eu não queria nem vir mais aqui... ficava só pra lá usando droga o tempo todo... meu deus se eu for pra lá eles vão me matar... bebia bebia usava usava... ai já falei... não aguento mais eu vou embora... chorei chorei chorei chorei... lá tinham dois... dois senhores que até hoje eu não esqueço deles... dois senhores que eu ficava de vez em quando ia lá comia lá com eles na casa deles... falou... vai embora bixinha... sai daqui desse mundo desse bairro que não é pra você... eu vejo que você não é esse tipo de pessoa... sai vai eu te dou passe pra você ir... porque todo o dinheiro que eu arrumava era pra droga era pra cerveja era pra pinga... bebia pinga com refrigerante... pra mim aquilo ali era uma bebida ótima...ai chorava... fui lá chorei chorei chorei perto da mulher dele e ela falou assim... vamo minha filha eu vou levar você no ponto... você vai embora e vai mudar de vida... ainda vem aqui mudada... ai eu cheguei aqui pra minha mãe e falei que eu queria sair...cheguei de noite e falei pra ela... chorei falei que eu queria sair dessa vida que eu não queria mais usar droga... ai nós fomos lá na na Ilda e ela arrumou o endereço pra nós ir conhecer o CAPS... ai eu fui... a patroa da minha mãe veio e pegou eu e nós fomos caçar o CAPS lá no Grande Terceiro (E15)

bem aqui onde o micro ta parado era um banheiro numa guarita de polícia... eu bati o microônibus que eu trabalhava ai né...isso por eu ter usado droga a noite inteira vim trabalhar sem dormir e a cabeça desvairada assim sem juízo duma vez peguei o microônibus sem ordi... sem consentimento do motorista... peguei e bati o micro foi quando eu... eu acordei pra vida assim... eu abri os olho pra caçar um tratamento ou eu fazia ou eu morria ou a minha família me abon... me abandonava né.... mas graças a deus eu achei o CAPS ta bem melhor... bem melhor. (E14)

A fantasia com relação ao tipo de tratamento realizado, ou por desconhecimento, ou por informação adquirida pela mídia não especializada, acabou influenciando o não desejo de buscar tratamento em razão do medo sentido, da sensação de ameaça e possível sofrimento.

eu mesmo quando meu pai falou... ah eu vou te levar num lugar onde que trata de droga... cara eu VI... se fosse preciso eu bater no meu pai eu baTIA... é porque eu não queria ir porque eu falava assim... ah:: eu vou ficar trancado... vão me dar remédio vão me dopar... eu assisti até um filme que passou também o bicho de sete cabeças... cara... na minha cabeça já veio primeiramente isso... ih:: já vi esse filme...tipo assim... ah eu vou lá os pessoal vão por camisa de força em mim vão me maltratar vão jogar... ih:: vão fazer () não quero ir não...(..)não... porque eu morava com a minha mãe né...ai minha mãe ligava pra ele todos os dias falando que eu tava usando droga que eu tava roubando que eu tavo..dai ele chamou pra morar com ele entendeu...ai eu pensei... não não quero morar com o senhor não...eu fui morar com ele e em três dias que eu tava morando com ele eu já tava usando droga lá e já conheci bastante gente lá que tava usando droga lá também e ele pegou e correu atrás de lugares onde que eu podia me tratar e ele achou o CAPS e ele me chamou pra dar uma volta falou assim...ah vamos dar uma volta... ai ele pegou e me levou ao CAPS... só que eu nem conhecia... daí depois quando chegou lá eu li a placa negócio anti-droga...ah:: eu senti uma revolta TÃO grande que eu queria... cara... eu queria mesmo sair correndo sair jogado mais meu pai... sei lá... me segurava me abraçou falou que ia ser legal pra mim... quero ficar internado aqui não... vão por roupa de força ni mim tal... não não vai ficar não... você só vai ficar algumas horas e já vai embora...ai eu peguei mesmo revoltado mesmo assim eu fiquei né cara... mas depois que chamou lá pra dentro lá os pessoal falava comigo eu não dava nem ouvido eu ficava emburrado lá (...eu penso assim... cara... por mais que se ele viesse conversar comigo se ele viesse tipo assim explicar pra mim muitas vezes quando a gente ta usando a gente não ia entender...eu não ia entender o que o que ele ia me dizer, o que ele queria pra mim. (...eu não ia entender então eu não ia (...por mais que ele implorasse eu não ia entendeu? eu acho que isso foi a melhor forma que ele fez mesmo... eu acho que foi melhor de eu ir sendo bastante pra mim cara. (E8)

ah eu fiquei meio ressabiado... eu fiquei meio com medo (...) fiquei meio com medo de me amarrar e jogar e levar eu pro mato assim... é uma sensação esquisita. (E14)

A influência da família como responsável pela busca de tratamento foi citada por vários adolescentes, porém, nos relatos é possível observar que nem sempre essa intervenção familiar significou algo importante. Daqueles

que não relatam ter discordado da família para que fosse buscar tratamento, um deles refere a interferência do pastor da igreja para fortalecer a ação familiar e o outro refere que a mãe justifica a necessidade dele buscar tratamento em razão de sua imagem para com as pessoas.

o dia.. ah::: minha mãe chegou comigo e conversou comigo que era um... falando que eu tava muito esquisito assim e já tava já assim caracterizando na minha vida no meu rosto na cara tudo já tava aparecendo...eu tava Marcão já...ai eu decidi né... decidi assim um dia... não... minha mãe já tinha achado assim o tratamento né falei... não eu vou sim (E10)

eu...eu a princípio não foi por mim que eu fui busca...foi que minha mãe mandou mesmo porque não tinha jeito...ai eu fui pela vontade dela principalmente...só que ai eu cheguei lá e conversei... eu não queria eu não queria fazer tratamento... aí eu comecei... eu fui lá alguns dias ai a minha cabeça foi mudando um pouquinho.... ai foi que eu decidi que eu ia para por vontade mesmo (E11)

foi a pior parte da minha vida (...) a minha vida era uma vida de farra... de não ta nem ai pra nada... de sair com os amigos... de encher a cara.... de usar droga farriar e tal...um belo dia minha mãe simplesmente me levou pra uma clínica fez um monte e exames e me internou e falou.... olha ou você melhora ou você melhora...e eu me vi trancada numa sala com um monte de gente que eu não conhecia sendo obrigada a fazer uma coisas que na época eu considerava maior chato tipo reunião de 12 passos...eu não suportava reunião de 12 passos (E13)

eu numa noite anterior eu sempre tive desejo de para de usar droga e também de beber mas eu não sabia como que eu poderia sabe... me ajudar... como que as pessoas poderiam me ajudar pelo fato de eu... de meu comportamento do meu nervosismo... meu stresse muito grande tinha sabe... um certo medo...e na noite anterior eu tinha bebido muito mesmo... eu tinha usado muita droga naquela noite e logo cedo eu tava muito ruim mesmo... muito ruim a ponto até de quase morrer e eu eu tava na casa da minha avó... eu tava no quarto eu tava no quarto e eu acordei e pedi para Deus naquele dia de manhã falei... olha... não sei como que eu vou fazer mais sabe... não sei como que eu vou parar... não tem jeito como eu vou parar não consigo porque eu tentava várias vezes parar mas eu tentava... não vou negar... eu tentava.... mas mesmo assim sabe.... com toda a minha vontade... mas eu precisava de uma força maior que foi o CAPS que me ajudou...e naquele dia sabe... eu fui... minha mãe tava junto comigo...meu pai perguntaram se eu queria continu...se eu queria procurar ajuda...eu aceitei naquele dia mas porque eu tava mal... depois que passava aquela... depois que o corpo voltava na forma norma, era outra cacetada você ta entendendo? (...) nesse primeiro dia que eu falei que eu queria mesmo assim eu não fui... eu ainda demorei mais um pouco...mas ai teve um dia que que não só a minha mãe mas como outras pessoas também né que me levaram lá para conhecer (...) o

CAPS naquele dia...é um senhor da igreja evangélica ele falou...veio conversar comigo levou eu para conversar com o Pastor e ai eu.... eu peguei e fui lá.... ai eu no primeiro dia eu fui (E2)

Os relatos dos adolescentes, sobre as dificuldades em buscar tratamento, deixaram claro o quanto que essa informação é importante no momento em que esse adolescente consegue chegar ao serviço. Como foi observado nos resultados de outros estudos, são vários os aspectos que podem influenciar na busca do tratamento e que podem significar demandas diferenciadas conforme o sexo, idade, tipos de serviços e relação entre profissionais e usuários do serviço.

A proposta para esse capítulo não é somente discutir os tipos de dificuldade, mas sim, destacar a importância de promover um diálogo entre a forma do adolescente chegar ao serviço, ou seja, o que ele enfrentou/enfrenta como dificuldade e/ou facilidade, com a definição de estratégias para facilitar a adesão ao tratamento/o acesso.

Os adolescentes entrevistados trouxeram pontos fundamentais que precisam ser investigados inicialmente, pois podem influenciar diretamente na adesão ao tratamento, como, a falta de incentivo da família, a percepção de que não precisa do tratamento, a discriminação, as características da rede de atendimento e dos serviços, as demandas da fase da adolescência e os apelos do mercado ilegal das drogas.

Fazendo um paralelo entre os fatores que dificultam a adesão para o tratamento da Aids (Adão e Caraciolo, 2007), e os fatores relatados pelos adolescentes, que dificultam a busca pelo tratamento para o uso de álcool e outras drogas, é possível observar que existem pontos em comum que requerem maior atenção, como: a insegurança do que pode vir a acontecer com a pessoa; a estigmatização social; a necessidade de reorganização de aspectos da vida; as questões relacionadas aos procedimentos terapêuticos; e a dificuldade de aceitar a necessidade de ajuda e medos.

Considerando, por exemplo, que na adolescência, fazer parte de um determinado grupo é fundamental para o processo de desenvolvimento,

formação da identidade etc., como o adolescente pode enfrentar seu grupo quando o desejo em realizar um tratamento para uso de álcool e outras drogas é mal visto pelos amigos? Ou então, se a discriminação vem em razão do desconhecimento da comunidade sobre os serviços prestados, como minimizar esse impacto de forma que as pessoas consigam acessar o serviço com mais segurança? Como receber um adolescente cuja família não se vê como parte do processo? Como acolher um adolescente que não acredita que não deseja estar ali no momento? Quais estratégias que os serviços precisam utilizar para conseguir acessar necessidades próprias da adolescência, como também, conseguir ter mais atratividade que o sistema do tráfico de drogas?

Ampliando a discussão para o âmbito das necessidades em saúde, é possível pensar que a “necessidade de buscar tratamento” é algo construído socialmente e também algo que pode variar conforme contextos, grupos, gerações etc. Como diz Mendes-Gonçalves (1992), se as necessidades são construídas a partir da relação com o objeto resultante do processo de trabalho, fica a pergunta, como será que a “necessidade de buscar tratamento” está sendo construída a partir do que se tem presente enquanto processo de trabalho na área de álcool e drogas, considerando principalmente a construção histórico-político-institucional das abordagens e suas demandas?

Se considerarmos que o consumo de substâncias psicoativas tornou-se para o Estado e para a sociedade no mundo ocidental, uma questão relevante a partir da metade final do século XIX e, no Brasil, somente na virada do século XX (Venâncio e Carneiro, 2005), é possível referir que o sentido dado ao tratamento também é relativamente recente.

Segundo os autores, no Brasil, durante o século XIX, não era o tipo de droga consumida, no caso o álcool, que incomodava as autoridades, mas sim o “consumo desregrado, imoral e degenerante que ocorria principalmente nas camadas mais baixas da população” (Venâncio e Carneiro, 2005, p.264). Foi somente a partir do processo de urbanização intenso e suas consequências sociais, no início do século XX, que fizeram com que o

padrão de consumo, principalmente do álcool passou a ser percebido como uma ameaça ao progresso da sociedade. Leis foram criadas e tratados internacionais foram assinados pelo governo brasileiro nas décadas de 20 e 30 do século passado, com o intuito de controlar tanto o uso de algumas substâncias, como também o comportamento “incorreto” dos usuários. As internações compulsórias em “estabelecimentos correccionais” e mais tarde em “sanatórios para toxicômanos” por solicitação da família, do próprio indivíduo ou por ordem judicial, foram as primeiras ações do Estado (Venâncio e Carneiro, 2005).

A aplicação de leis de cunho repressivo, a criminalização do uso e a visão de que o tratamento deveria ser embasado no entendimento de que o uso de alguma substância psicoativa era uma doença de notificação obrigatória com o mesmo status de uma doença infecciosa, nortearam as práticas até a década de 70, quando a saúde passa a criar critérios médicos para classificar e diagnosticar a dependência física e psíquica, como também a internação deixa de ser obrigatória e passa a ser considerada tratamento (Venâncio e Carneiro, 2005).

Quando os adolescentes falam que a discriminação da sociedade, a falta de apoio familiar e as limitações da rede de atendimento interferem na busca por tratamento, é possível ver, nessas falas, algo que pode resultar da construção histórica de uma visão estigmatizante do usuário, e de abordagens mais punitivas do que “curativas”.

Se pensarmos como Merhy (1999), que os atos em saúde podem variar conforme o “modo de cuidar” e, que estes, podem não produzir saúde, uma questão emerge: como a sociedade em geral imagina atos em saúde nessa área? Que referências existem sobre essa questão? Onde a sociedade busca as referências?

Novamente citando Venâncio e Carneiro (2005), se a sociedade conviveu anos com uma política de “combate ao uso”, quais “atos em saúde” podem ser reconhecidos nesse modelo, a internação obrigatória? O tratamento por decisão da família, do poder judiciário ou até mesmo do

próprio indivíduo? Como pensar em tratamento quando a legislação foi construída ao longo dos anos equiparando as penas para quem porta a droga para o consumo ou para a venda?

Segundo Baratta (1994), os meios de comunicação de massa assumem um papel fundamental nessas discussões, na medida em que impõem uma determinada imagem da realidade ou determinada atitude.

Os meios de comunicação de massa são dependentes, no que diz respeito à seleção de informações, das atitudes existentes no público, e de sua demanda de informação e respaldo quanto à própria imagem da realidade. Ativando ou atualizando tendências que já existem no público, e oferecendo aos indivíduos isolados um elemento massivo de agregação e de consenso, afetam não apenas a imagem da realidade, mas a própria realidade (p.25).

Para o autor, o grupo de pessoas que faz uso de algum tipo de droga, está inserido em um sistema de controle social, cujos meios de comunicação contribuem para o distanciamento da imagem das experiências cotidianas dos indivíduos, promovendo o que o autor chama de “colonização dos 'mundos da vida'” (p.27) cotidiana e afetiva.

Por essa razão entende-se que a sociedade em geral pode estar imaginando atos em saúde na área de álcool e drogas, a partir da própria imagem da realidade pensada conforme o processo através do qual o sistema produz essa realidade e a legitima historicamente, seja ou não pela interferência dos meios de comunicação na estruturação dessa realidade.

Outra questão importante que precisa ser considerada, são os **critérios** para definir a “necessidade de buscar tratamento”.

A “necessidade de buscar tratamento” pode ser algo individualizado, do sujeito adolescente, mas também, como vimos nas falas, algo coletivo, do “sujeito” família, que pode se chocar com a “necessidade de buscar tratamento” do “sujeito” população, e com a “necessidade de buscar tratamento” do “sujeito” serviço.

Como pontua Mandu e Almeida (1999), as necessidades representadas e vivenciadas pela população podem estar reiterando aquelas criadas pelos serviços, como também podem significar a criação de novas necessidades.

No entanto, é fundamental considerar que o entendimento de que uma necessidade é realmente uma necessidade de saúde, pode variar e pode influenciar na inter-relação entre aquele que expressa a necessidade com aquele que a acolhe, como discorre Merhy (2007).

Tendo como referência a abordagem psicossocial de vulnerabilidade (Paiva, 2007), foi possível observar que os relatos estão inseridos em processos compreendidos nas três dimensões.

No relato dos adolescentes, o processo de estigmatização, gerado pela iniciativa de buscar tratamento, está atrelado a uma identidade de “vagabundo” e “marcão”, que, dentro de uma dimensão social, acaba enfraquecendo a pessoa no que se refere à possibilidade de enfrentar barreiras culturais e acessar serviços e direitos sociais.

Na dimensão individual, podem ser observados aspectos da trajetória desses adolescentes nas suas relações com a família e grupo de pares, que de forma contraditória, ao mesmo tempo em que ocupam um importante espaço de cuidado e suporte, se fazem presentes também como aquilo que dificulta a busca de tratamento.

Na dimensão programática, trazem falas sobre a estrutura da rede de atendimento e o processo de estigmatização gerada por ela quando da exposição dos sujeitos, como também, das contradições entre o que se oferece e à quem se destina o atendimento, ou seja, os adolescentes questionam planejamento e qualidade dos serviços.

Portanto, nesta segunda cabeça, travou-se um diálogo entre as questões relacionadas à busca do tratamento e a adesão ao mesmo. No caso, foi possível observar que, quando uma determinada equipe consegue identificar fatores que podem influenciar ou dificultar o acesso desse adolescente à um tipo de tratamento, faz-se necessário a definição de estratégias para intervir nesses fatores, uma vez que, mesmo que o adolescente consiga iniciar o tratamento, esses mesmos fatores poderão incidir na sua adesão/permanência no tratamento.

Se a dificuldade em buscar tratamento parte da falta de apoio familiar,

será esse o aspecto inicial de intervenção. Se o grupo de pares representou o principal obstáculo para a busca por tratamento, é necessário acessar esse espaço de convivência do adolescente para criar meio para fortalecer esse desejo que, no momento, é contraditório ao desejo de fazer parte do grupo. Se a razão for a falta de conhecimento sobre o serviço, ou mesmo uma insatisfação quanto a estrutura da rede de atendimento e/ou o estigma gerado pelo tipo de serviço, cabe à equipe e gestores, repensarem estratégias na comunidade que aproximem as esferas (rede de atendimento/comunidade) e inclua a segunda nos processos de discussão das práticas e temas relacionados. O que significa, a definição de ações que possibilitem maior acesso às informações sobre o consumo/tratamento do uso de álcool e outras drogas em si, como também, a definição de estratégias que possam preencher os espaços ocupados pelos benefícios oferecidos pela participação dessa população no tráfico de drogas.

Em uma discussão mais ampliada, sugere-se também que a relação “busca de atendimento e adesão”, perpassa pelo entendimento da sociedade sobre “a necessidade de buscar tratamento”, historicamente falando, bem como a confrontação desses entendimentos segundo os critérios estabelecidos pelos diferentes grupos (sociedade, indivíduo, serviço). Por fim, foi discutida a relação direta entre os meio de comunicação e a construção da realidade incorporada pela sociedade no que se refere ao tratamento para o uso de álcool e outras drogas.



O estar

- *É para agasalhar aqui (cabeça). É preciso fingir. Quem é que não finge nesse mundo? Quem? É preciso dizer que tá bem disposto, é preciso dizer que não tá com fome, é preciso dizer que não tá com dor de dente, é preciso dizer que não tá com medo, senão não dá. Não dá. Nenhum médico jamais me disse que a fome e a pobreza pode levar ao distúrbio mental, mas quem não come fica nervoso, quem não come e vê seus parentes sem comer pode chegar a loucura, um desgosto pode levar a loucura, uma morte na família, o abandono do grande amor. A gente até precisa fingir que é louco, sendo louco, fingir que é poeta, sendo poeta.*

Cena do filme "Bicho de sete cabeças" – Personagem principal no quarto com outro paciente falando da loucura. Ele recebe um capuz de presente.

A terceira questão do roteiro foi criada para conhecer as cenas descritas pelos adolescentes sobre o momento do tratamento.

Nessa questão não se solicitou aos adolescentes, a opinião geral sobre os tratamentos para álcool e drogas, considerando que o estudo está circunscrito à realidade do atendimento de um determinado CAPSad. Porém, as sugestões dos adolescentes sobre estratégias de atenção foram investigadas na última questão do roteiro, apresentada no decorrer deste estudo.

A intenção em trazer esse tema, foi pensar na experiência “tratamento” como outro campo de diálogo com a adesão, considerando que alguns autores têm defendido que a adesão de adolescentes ao tratamento por uso de álcool e outras drogas é determinada por fatores extrínsecos, ligados aos procedimentos terapêuticos, à equipe e ao *setting* (Silva et al.,2003).

Tendo em vista que o tema “tratamento na área de álcool e drogas” tem ocupado um importante espaço em âmbito científico internacional e nacional, optou-se pela apresentação dos dados do “Mapeamento das instituições governamentais e não- governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil” realizado nos anos de 2006 e 2007²⁴, com o intuito de trazer um panorama nacional sobre essa questão.

Segundo dados do levantamento, na primeira etapa foram cadastradas 9.503 instituições atuantes na área. Na segunda etapa, foram analisados 1625 questionários respondidos pelos dirigentes das instituições e, na terceira etapa, foram realizadas visitas em 10% desses serviços.

Dos 1625 questionários respondidos, 1256 foram classificados como realizando atividades de “tratamento, recuperação e reinserção social”.

De forma resumida observa-se que:

24 Realizado pela SENAD em parceria com a Universidade de Brasília (UnB), com o apoio do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e da Comissão Interamericana do Controle de Abuso de Drogas, da Organização dos Estados Americanos (CICAD/OEA) (Carvalho, 2007).

- a maioria da rede (67,7%) está composta por instituições não-governamentais.
- as abordagens mais utilizadas são, as Comunidades Terapêuticas em primeiro lugar (38,8%), seguida dos CAPSad (12,2%) e depois dos grupos de auto-ajuda (9,9%).
- o direcionamento do tratamento foi em 89,1% para o uso de álcool e 86,3% para outras drogas.
- para a grande maioria, o desejo em se tratar é o principal critério para admissão no serviço (81,5%), seguido do compromisso da família no acompanhamento do tratamento, o encaminhamento formal de outro serviço, por indicação médica e por ordem judicial.
- com relação ao tipo de tratamento, as psicoterapias (individual, grupal e familiar), são as três primeiras mais citadas.
- as abordagens de intervenção mais utilizadas são as psicoterapias individual e grupal, com mais de 70%, seguida do atendimento de terapia ocupacional e das oficinas terapêuticas.
- das atividades complementares citadas, o acompanhamento familiar foi referido por 76,8% dos dirigentes, seguido das atividades físicas, esportivas, de lazer e cultura com 60,0%. As visitas domiciliares ocuparam o terceiro lugar com 54,5%.

Por meio do mapeamento foi possível observar, também, algumas peculiaridades com relação às diferenças entre as instituições governamentais e não-governamentais.

Com relação ao tipo de tratamento, observa-se que nos serviços governamentais, a psicoterapia individual e o atendimento ambulatorial são os eventos de maior frequência, enquanto que para as não-governamentais, a internação em comunidades terapêuticas e a psicoterapia grupal são os de maior representatividade.

Mesmo que a internação, em algum local específico, não tenha sido a abordagem citada com maior frequência, a soma de todos os tipo de

internação, mostra que essa abordagem ainda é muito utilizada pelos serviços de forma geral, como apresentado no quadro abaixo.

Tabela 18 - Distribuição dos tipos de tratamentos oferecidos de acordo com a natureza da instituição - 2007

Tipo de tratamento	s/resposta		Governamental				Não-governamental		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não resposta	1	3,8	11	42,3	14	53,8	26	100		
Tratamento ambulatorial	6	1,1	289	53,5	245	45,4	540	100		
Internação em pronto-socorro	1	1,1	52	55,9	40	43	93	100		
Internação em hospital geral	2	1,4	90	63,8	49	34,8	141	100		
Internação em hospital psiquiátrico	4	2,1	93	48,2	96	49,7	193	100		
Internação em hospital-dia	2	2	50	51	46	46,9	98	100		
Internação em comunidade terapêutica	6	1	55	9,2	535	89,8	596	100		
Internação domiciliar	1	1,4	32	44,4	39	54,2	72	100		
Grupos de auto-ajuda	8	1,4	136	24,2	417	74,3	561	100		
Psicoterapia individual	8	1	296	37,6	483	61,4	787	100		
Psicoterapia familiar	7	1,1	231	37,7	375	61,2	613	100		
Psicoterapia de grupo	8	1,1	280	36,9	470	62	758	100		
Terapia comunitária	5	2	43	17	205	81	253	100		
Outro	3	1,1	135	50,8	128	48,1	266	100		
Total	62	1,2	1 793	35,9	3 142	62,9	4 997	100		

Fonte: Carvalho (2007)

Outra peculiaridade entre os serviços, é que os critérios para admissão ao tratamento variam. Embora ambos tenham como principal critério o desejo em se tratar, para os governamentais, o segundo critério mais importante é o encaminhamento formal, enquanto que para os não-governamentais, é o compromisso da família em participar do processo de tratamento. Com relação às abordagens utilizadas pelos serviços, a psicoterapia individual é a principal para os governamentais e a psicoterapia grupal para os não-governamentais. O investimento em terapias comunitárias foi citado com maior frequência pelas instituições não-governamentais.

Especificamente com relação ao público atendidos, segundo os

resultados do mapeamento, embora 95,1% das instituições ofereçam atendimento para ambos os sexos, a maioria das não-governamentais se destinam somente ao atendimento ao sexo masculino. Sobre a faixa-etária atendida, a população que abrange a faixa de 18 a 59 anos foi a mais citada. Para as instituições governamentais, 27% atendem crianças e 60,2% adolescentes. As não-governamentais apresentaram números aproximados.

O último item analisado pelo mapeamento foi a realização pelas instituições, de atividades de ensino e pesquisa sobre o tema.

Os resultados do mapeamento apontaram que somente 4,3% das instituições que responderam ao questionário, desenvolvem atividades de ensino e/ou pesquisa na área de álcool e drogas. Dentro os assuntos abordados pelas instituições, a prevenção aparece em destaque com 80,2%, seguida do tema tratamento com 79,5%. A população alvo dos estudos, que apresentou maior frequência, foram estudantes do ensino superior e do ensino médio. Outro dado importante é que as instituições governamentais realizam mais atividades de ensino e/ou pesquisa que as não-governamentais.

A discussão sobre a relação dos serviços com as atividades de pesquisa são importantes uma vez que a área de pesquisa sobre álcool e outras drogas constitui um dos setores que necessita de constante investimento para o desenvolvimento científico e tecnológico pela sua relevância tanto nas dimensões individuais, sociais e programáticas.

Vários autores nacionais e internacionais têm contribuído com produções específicas que abrangem relato de experiências e revisões da literatura, que se assemelham muito com os dados apresentados no mapeamento nacional.

Os dados apresentados por Deslandes (2003), mostraram que os adolescentes usuários/dependentes de drogas e aqueles em tratamento constituíram um foco de interesse de uma pequena parcela da produção científica de autores brasileiros da área de saúde sobre o uso de drogas entre 1990 a 2000.

Ainda com relação à temática *tratamento*, Marques e Cruz (2000) e De Micheli et al. (2004) afirmam que ainda é escassa a produção de estudos que avaliem a efetividade das propostas de tratamento de adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas.

De acordo com o levantamento internacional realizado por Marques e Cruz (2000) com relação aos tratamentos para adolescentes, como foi observado no mapeamento em âmbito geral, há um predomínio da abordagem ambulatorial com metodologias variadas. Dado esse também mencionado por Kaminer e Szobot (2004), como a maior indicação em 70% dos casos ou a mais indicada por não retirar o adolescente de seu ambiente/cotidiano (Scivoletto e Martins, 2003).

No contexto do tratamento ambulatorial, cuja indicação, segundo Scivoletto (2001), é para os casos onde não há uma condição médica ou psiquiátrica aguda, onde há o desejo de permanecer abstinente e o interesse da família em participar do processo, propõem-se a psicoterapia individual, familiar e grupal como estratégias de intervenção (Scivoletto e Martins, 2003).

Para as autoras, o principal objetivo das psicoterapias é abordar questões relacionadas ao uso de álcool e drogas, tendo como meta a promoção da abstinência e prevenção de recaídas. Para tanto, sugerem os seguintes temas a serem abordados: os fatores externos e internos que possam desencadear ou aumentar o consumo, as situações que dificultam a manutenção da abstinência, a insegurança no contato com o sexo oposto, o início da vida sexual e a indefinição vocacional (Scivoletto e Martins, 2003).

Destacam a psicoterapia grupal, por apresentar maior aderência, uma vez que, “Esta técnica facilita a identificação do adolescente com outros da mesma faixa etária, facilita o emprego de técnicas psicodramáticas, possibilitando ao jovem vivenciar outros papéis que podem auxiliá-lo no seu desempenho social e, inclusive, familiar.” (p.530). A possibilidade de expressão das dúvidas e angústias, também é facilitada pelo trabalho grupal, principalmente para os adolescentes que apresentam dificuldade

nesses aspectos (Scivoletto e Martins, 2003).

Outro aspecto abordado por Scivoletto e Martins (2003), é a importância da psicoterapia familiar, uma vez que os adultos, principalmente os pais, são importantes por representarem modelos para a formação das identidades, proporcionar continência e atender às necessidades do adolescente. A abordagem familiar, para as autoras, é útil na medida em que auxilia na diminuição da resistência do adolescente ao tratamento.

Através da terapia familiar, os conflitos e dificuldades existentes devem ser trabalhados, os modelos e papéis na família podem ser revistos, os limites podem ser colocados, melhorando as relações familiares e criando condições para o desenvolvimento de um ambiente familiar mais estável. Assim a família passa a ter mais condições para dar apoio necessário e suprir as demandas específicas que o desenvolvimento adolescente requer." (Scivoletto e Martins, 2003, p.530).

Schenker e Minayo (2004), realizaram uma revisão na literatura (1995 a 2002) sobre a importância da família no tratamento para uso de álcool e outras drogas, investigando principalmente as metodologias utilizadas para engajar o adolescente no tratamento, os diferentes tipos de tratamento que incluem a família e a rede social mais próxima, os fatores que revelam o impacto da abordagem na população atendida e, o tratamento para uso de álcool e outras drogas em instituições e a repercussão dos mesmos.

Dentre os achados, as autoras destacam que "Os tratamentos são construídos, em sua maioria, na busca de engajamento e retenção daquele que abusa da droga, seja através das figuras significativas da família que se preocupam com ele, seja trabalhando de forma terapêutica o contexto familiar sob a ótica sistêmica." (p.657). As abordagens estão atreladas "...à epistemologia mais antiga do pensamento sistêmico ao pretender trabalhar habilidades e operacionalizar condutas da família sem levar em consideração, por exemplo, a formação dos vínculos familiares, a influência da pessoa do terapeuta na produção de qualquer material junto com a família" (p.657).

Toscano Jr. (2001) pontua que, embora as psicoterapias ainda sejam as mais utilizadas pelos serviços mundialmente, ainda são poucos os conhecimentos sobre a efetividade destes procedimentos. Complementa ainda que, “ ...como tratamento único, as psicoterapias têm mostrado altas taxas de abandono, pouca aderência ao processo terapêutico e altos níveis de recaídas quando comparadas com o tratamento multidisciplinar” (p.300).

Além dos atendimentos ambulatoriais, tanto Kaminer e Szobot (2004), como Scivoletto e Martins (2003) apresentam os tratamentos não-ambulatoriais, como as internações psiquiátricas em locais especializados e as Comunidades Terapêuticas, ambos citados no mapeamento nacional.

De acordo com Scivoletto (2001), a internação foi a principal estratégia de tratamento por muito tempo, pois permite total controle sobre o comportamento do adolescente, pelo fato do mesmo estar longe do ambiente relacionado com a droga.

Atualmente, segundo a autora, existem indicações para a internação, em razão do estigma causado e pelo fato de afastar o adolescente do convívio social (Scivoletto, 2001).

Scivoletto (2001) sugere a internação quando houver: risco de comportamento auto ou heteroagressivo ou suicida; risco de desenvolver síndrome de abstinência ou outras complicações clínicas; necessidade de tratamento e avaliação de outras comorbidades e; falência da tentativa de tratamento ambulatorial.

Kaminer e Szobot (2004) sugerem também outros critérios para internação: uso grave e descontrolado da droga, condutas de risco para obter a droga (como prostituição), surtos psicóticos, conflito grave com a lei e/ou ameaça de morte.

Ainda, segundo os autores, em termos legais, o ECA (Art.12) recomenda que os adolescentes sejam internados em locais que possam ser acompanhados pelos familiares ou responsáveis em tempo integral. A internação em sistema fechado, fica somente para situações extremas (Kaminer e Szobot, 2004).

Para a internação, Scivoletto e Martins (2003) propõem uma equipe multidisciplinar e um projeto de intervenção com a utilização de diferentes abordagens como: a psicoterapia individual e/ou grupal, o atendimento familiar, o acompanhamento escolar e a orientação vocacional.

O tempo de internação pode variar de acordo com a proposta de tratamento adotada por cada serviço, curto para a desintoxicação ou mais prolongado como aqueles que seguem o modelo Minnessota (12 passos) (Scivoletto, 2001).

Embora a internação tenha sua contra-indicação, dois pontos foram destacados como peculiares, a possibilidade de ficar abstinente e a importância de se trabalhar o processo de alta gradativo, já com uma proposta de intervenção engajada (Scivoletto e Martins, 2003).

Outra modalidade de internação foi descrita por Scivoletto, Henrique Jr e Andrade (1997), como uma forma viável de atendimento do adolescente usuário de crack. Segundo os autores, a internação domiciliar é indicada para esse grupo uma vez que o quadro de “fissura” provocado pelo crack, na fase inicial do tratamento, é muito intensa, o que dificultava o uso espontâneo da medicação utilizada nesses momentos. Nesse caso então, um membro da família, escolhido pelo adolescente, fica encarregado de medicar e fazer a contenção quando necessário. Nessa abordagem, a participação familiar é indispensável e o suporte familiar constante também.

Para Scivoletto, Henrique Jr e Andrade (1997), as vantagens da internação domiciliar são, manter o adolescente junto a família, não causar o estigma da internação psiquiátrica, permitir o trabalho conjunto com familiares, e o custo ser menor, quando comparado ao custo da internação convencional. No entanto, os autores alertam que “Esta é mais uma forma de abordagem no tratamento de adolescentes usuários de drogas e/ou álcool dentre outras que também necessitam de mais estudos sobre sua efetividade” (p.39).

Outra abordagem que também tem sido discutida como opção de tratamento para adolescentes, é a Comunidade Terapêutica (CT).

De acordo com Scivoletto e Martins (2003), as CT "...são recursos importantes para quadros de dependência de longa duração, com comportamentos anti-sociais, problemas familiares e sociais, nos quais não existam quadros psiquiátricos associados" (p.529).

Outros critérios de encaminhamento são sugeridos por Kaminer e Szobot (2004): para aqueles que estão fazendo uso muito grave, que já tiveram tentativas sem sucesso em outras modalidades de tratamento e para aqueles que apresentam fraco suporte familiar.

Sobre a forma de intervenção, Scivoletto e Martins (2003) salientam que há uma rotina rigorosa de atividades, com as quais os adolescentes devem se adaptar e enfrentar o cumprimento de regras e limites, para que gradativamente, eles possam adquirir mais autonomia e responsabilidade.

As comunidades terapêuticas proíbem o uso de drogas e têm a sua rotina diária fortemente estruturada. O tratamento inclui rotinas diárias intensivas envolvendo terapia de grupo, aconselhamento individual e educação (escolar). Cada indivíduo tem seus deveres e responsabilidades no trabalho diário da comunidade, que faz parte do processo educativo, permitindo posterior integração na sociedade. A duração deste tipo de tratamento varia de 6 meses a 2 anos (Scivoletto, 2001, p.81).

Considerando que essa abordagem prevê um afastamento longo da comunidade, esta não deve ser indicada para aqueles adolescentes que ainda estão conseguindo frequentar a escola, mas sim, para aqueles que apresentam alterações importantes de comportamento, como a interrupção das atividades produtivas e substituição da rotina de atividades do dia a dia pelo uso constante da droga (Scivoletto e Martins, 2003).

Kaminer e Szobot (2004) enfatizam a importância da CT ser especificamente para adolescentes e, portanto, adaptada para tal, como por exemplo, o tempo de permanência ser menor, oferecer maior auxílio e supervisão da equipe, além de focar nas atividades de estudo e educação, ao invés das atividades de trabalho, comumente presentes na rotinas de atividades das CT para adultos.

Com relação aos critérios normativos, os autores referem a necessidade da CT estar registrada na Secretaria de Saúde da região onde

está localizada (Kaminer e Szobot, 2004).

Raupp e Milnitisky-Sapiro (2008), realizaram um estudo em uma comunidade terapêutica em Porto Alegre destinada ao atendimento de meninas de 12 a 21 anos. Para as autoras, essa modalidade se encontra à margens das correntes terapêuticas tradicionais, pois ainda é desconhecida e abarcada de preconceito juntos aos profissionais da saúde.

Raupp e Milnitisky-Sapiro (2008) concluíram que,

apesar de a CT pesquisada proporcionar continência, segurança e acolhimento às adolescentes, ajudando-as a restabelecer relações de confiança e reestruturação egóica, o modelo moral que embasava o tratamento dificultava o desenvolvimento de suas singularidades e potencialidades e, conseqüentemente, o alcance de uma recuperação duradoura(p. 366).

Foi constatado também, que o programa terapêutico não realizava a distinção entre uso, abuso e dependência de álcool ou outras drogas e nem entre o tipo de droga utilizada, aplicando o mesmo tratamento para todas as adolescentes.

Outras duas questões observadas pelas autoras, é que o tratamento não previa espaços terapêuticos individuais e aplicava como estratégia de intervenção, imposição da moral cristã, a laborterapia, as atividades grupais (artesanato e auto-ajuda). A recuperação era entendida como resultado dos esforços pessoais do adolescente em se enquadrar na proposta do serviço, sendo-lhe atribuído a responsabilidade pelo sucesso do tratamento e pelo uso do álcool e outras drogas (Raupp e Milnitisky-Sapiro, 2008).

Nesse sentido, para as autoras, essa abordagem acaba fornecendo "...modelos de identificação rígidos demais para as características do mundo atual, não instrumentando as adolescentes para a construção de opções de vida viáveis." (p. 367).

Acreditando na possibilidade de transformação dessa realidade, recomenda-se que as CTs recebam maior atenção e investimentos, pois vêm ocupando um lugar importante nesse campo, no qual impera a ineficácia do poder público. Se as orientações das políticas públicas que regulamentam o funcionamento desses locais fossem efetivamente adotadas e fiscalizadas, especialmente a regulamentação da ANVISA (2001), poder-se-ia qualificar as CTs,

principalmente pela capacitação dos membros de suas equipes, aproveitando assim o grande potencial terapêutico desses espaços (Raupp e Milnitisky-Sapiro, 2008, p.367).

Considerando que o presente estudo foi realizado em um serviço modelo CAPSad proposto pelo Ministério da Saúde, buscou-se, na literatura, estudos que discutissem a questão do tratamento nesse cenário.

O estudo realizado por Silva (2007) teve como objetivo analisar como se processa o atendimento nos serviços de atenção a adolescentes usuários intensivo de drogas no CAPSad e no Centro Terapêutico do Adolescente (CETA), dois serviços de atenção específicos na cidade de João Pessoa-PB. A autora investigou a percepção dos profissionais acerca do atendimento oferecido aos usuários intensivos de drogas tomando como parâmetro a Política Nacional sobre Drogas e procurou identificar a metodologia e a abordagem adotadas pelos profissionais no atendimento aos adolescentes.

Diante dos resultados, Silva (2007) refere que, embora a maioria dos profissionais tenha pouco conhecimento sobre a Política Nacional sobre Drogas, algumas dificuldades foram apontadas sobre a questão: a falta de recursos materiais, entraves políticos e a inadequação da conjuntura institucional à realidade dos adolescentes em tratamento.

Nos depoimentos dos profissionais entrevistados, Silva (2007) observou que a falta de oficinas direcionadas especificamente para o adolescente usuário de drogas, a insuficiência de recursos humanos, a articulação com os demais serviços e o atendimento semanal contínuo foram as dificuldades específicas do atendimento. Um dos pontos sugeridos pelo profissionais do CAPSad, foi a realização de um tratamento direcionado especificamente para os adolescentes, e não juntamente com a população adulta. Com relação às abordagens, os profissionais deram ênfase para as atividades de profissionalização e a falta de “terapia ocupacional”, pois referem grande ociosidade.

Silva (2007) observou também que “ há uma unidade na forma de procedimentos adotados a partir do momento em que os usuários de drogas

são encaminhados à instituição, obedecendo a seguinte sequência: acolhimento, apresentação dos serviços, encaminhamento à equipe, abordagem psicoterapêutica (psicóloga) para preenchimento da anamnese e inserção dos adolescentes nas oficinas” (p.99).

Outro aspecto importante investigado por Silva (2007), foi a noção de projeto terapêutico, relacionada somente aos dias estabelecidos para o tratamento dos adolescentes.

Segundo a autora, a falta de uma metodologia direcionada apenas aos adolescentes pôde ser observada uma vez que todos os procedimentos são iguais para todos, independentemente da faixa etária.

Estudos sobre o emprego de técnicas específicas no tratamento para adolescentes, também têm sido realizados.

O estudo sobre a técnica de entrevista motivacional com adolescentes usuários de álcool e outras drogas, foi realizado por Andretta e Oliveira (2005) por meio de uma revisão (1995 a 2005), sobre os tratamentos psicoterápicos para adolescentes, com ênfase na técnica. As autoras concluíram que existem vários tipos de tratamento (tratamento ambulatorial, modelo 12 passos ou Minnesota, Terapia Cognitivo Comportamental e a Entrevista Motivacional), e a escolha por uma das abordagens depende “de questões como situações de risco, tipo de droga utilizada, grau de suporte familiar ou social e prejuízo no funcionamento global” (p. 130).

Especificamente sobre o emprego da técnica de entrevista motivacional, as autoras concluem que,

tem se mostrado uma técnica adequada e com características peculiares para aplicabilidade na adolescência: baixo custo financeiro e fácil acesso e treinamento dos terapeutas, demonstrando ótimo custo-benefício. Entretanto, faz-se necessário o desenvolvimento de maiores estudos clínicos, com emprego das metodologias adequadas, para demonstrar sua eficácia em diversos comportamentos, principalmente com populações de adolescentes (p.136).

A discussão sobre a aplicação do modelo 12 passos (Minnesota) no tratamento para adolescentes, foi realizada por Winters et al. (2000). Dentre os achados, os autores observaram que essa modalidade de tratamento atingiu resultados favoráveis, além de proporcionar a permanência dos adolescentes no tratamento. Foi observada também a redução do uso de maconha no período pós-tratamento.

O uso da abordagem dos 12 -passos também foi citada por Swadi (2000), como parte do processo da psicoterapia grupal, porém o autor recomenda que o conceito de auto-ajuda seja modificado a partir do processo de desenvolvimento do adolescente.

Outra discussão presente no atendimento para adolescentes, é a utilização da farmacoterapia. Kaminer (2001) faz algumas considerações a respeito desta questão, uma vez que ainda não há estudos que avaliem a eficácia e a segurança do uso de psicofármacos no tratamento de adolescentes.

O que pode ser constatado então, é que existe um grande espaço ocupado por reflexões sobre diferentes formas de cuidar da questão do uso de álcool ou outras drogas por adolescentes, porém, o que ainda paira como questão é a eficácia de tais abordagens. De acordo com Scivoletto, Henrique Jr e Andrade (1997), e Willians, Chang e col. (2000) a revisão de Catalano et al, demonstrou que não existe um tipo de tratamento superior à outro. O que se tem definido então, é que independente da modalidade de tratamento, alguns itens devem ser considerados em razão da peculiaridade da população atendida.

Para Scivoletto e Martins (2003), as propostas voltadas para adolescentes devem considerar os desempenhos dessa população nas áreas psicológicas, nas habilidades sociais, no funcionamento familiar, no desempenho escolar e na habilidade de se engajar e/ou encontrar as atividades sociais.

Para as autoras, a não efetividade do tratamento, “pode ser, na realidade, consequência de uma abordagem terapêutica centralizada apenas

em um dos aspectos desta questão” (p. 527).

Segundo Scivoletto, Henrique Jr e Andrade (1997), o estudo sobre a efetividade das propostas de tratamento apresentam dificuldades metodológicas, em razão de “... uma avaliação inicial dos pacientes deficitária, a falta de uma definição clara do que é sucesso ou fracasso terapêutico, mensuração pobre ou inadequada da variáveis durante o seguimento e falhas no seguimento, incluindo a baixa aderência ao tratamento e o pouco tempo de acompanhamento.” (p. 34).

Tanto Scivoletto, Henrique Jr e Andrade (1997), como Willians, Chang e col. (2000) citam a revisão realizada por Catalano et al. (1990 e 1991), como sendo um importante estudo sobre a efetividade do tratamento de adolescentes com uso de álcool e outras drogas.

Porém, na opinião de Willians, Chang e col. (2000), ainda restaram algumas lacunas deixadas pela revisão de Catalano et al., uma vez que os estudos investigados apresentavam conclusões ainda preliminares, além de uma fraca metodologia, amostras pequenas, ausência ou poucos estudos de acompanhamento (follow up), a não inclusão de taxas de abandono nos resultados e a ausência de grupos controle. Nesse sentido, Willians, Chang e col. (2000) resolveram realizar uma nova revisão dando ênfase aos estudos que abordam a efetividade dos tratamentos exclusivamente para adolescentes, nos Estados Unidos, e os fatores relacionados aos resultados.

Dentre os achados tem-se:

- Existe uma grande diversidade de programas, no que se refere ao local realizado, intensidade (hospital-dia, ambulatorial ou internação), duração do tratamento (algumas sessões ou mais de um ano), única abordagem (ex. 12 passos) ou múltiplas abordagens, estratégias oferecidas (somente atendimento para uso de álcool e outras drogas ou também atividades recreacionais, esportivas, ocupacionais, educacionais etc.) e as modalidades de tratamento (terapia grupal, psicoterapia individual, terapia familiar);
- População homogênea;
- Não colocam taxas de abandono na apresentação dos resultados;

- As abordagens mais citadas são: Minnessota (realizados na internação, com atendimento grupal e individual, tempo curto, com abordagens dos 12 passos, tratamento medicamentoso, atividades recreacionais, esportivas e educacionais, e terapia familiar), Ambulatórios (atendimento individual, podendo ocorrer atendimento grupal também, de menor intensidade, mas de maior duração) e as Comunidades terapêuticas (abordagem residencial, os adolescentes são a minoria, longa duração com altas taxas de abandono).
- Não foi observado tempo definido para avaliar os resultados das intervenções. Há uma variação, após seis meses e 12 meses de tratamento;
- As medidas para avaliar resultados foram: tempo de abstinência, o padrão de uso (sem apresentar a quantidade que foi reduzida) e a avaliação das diferenças apresentadas em várias áreas da vida pessoal (relação familiar, escolas, grupo de pares etc.). Porém, a abstinência ainda é a mais utilizada, enquanto que a diminuição do uso foi citada por 50% dos estudos analisados.
- As metodologias de intervenção para avaliação dos resultados são fracas, do ponto de vista dos autores, pois se apoiam nas taxas de efetividade, sendo que a maioria dos atendidos não atingem essas taxas;
- É pouco utilizada a estratégia de acompanhamento (follow up) e, quando a utilizam, ou são com tempo curto ou muito logo. Além disso, acabam se baseando nas informações fornecidas pelos familiares e não pelos próprios adolescentes. A aplicação de exames de urina para teste toxicológico também é utilizada.
- É pouco utilizada a técnica de grupo-controle;

Para Scivoletto e Martins (2003), um dos problemas relacionados ao tratamento de adolescentes, é que as propostas disponíveis na área de dependência de drogas, foram desenvolvidas para a população adulta e incluem, basicamente, desintoxicação, programas ambulatoriais de psicoterapia e intervenção farmacológica. A população adolescente se vê, então, obrigada a se adaptar aos programas existentes, o que nem sempre é possível, como no caso da necessidade da abstinência, que para esse grupo,

é ainda algo difícil de ser realizado, muitas vezes porque não sabem como preencher o tempo com atividades não relacionadas ao uso de álcool ou outras drogas, ou então por não poder retornar uma identidade anterior ao início do uso de drogas, o que significaria retomar os seus 8 a 10 anos.

Scivoletto e Martins (2003), lembram ainda que historicamente, a maioria dos programas para tratamento baseavam-se na visão da dependência como doença e, do abuso de álcool e outras drogas, como o principal causador de qualquer problema que o adolescente apresentasse. Nessa visão, a abstinência seria a solução para os problemas, não sendo considerados “ o desenvolvimento de atitudes, valores e comportamento socializantes, assim como o desenvolvimento de aptidões direcionadas a uma melhora das relações interpessoais e do desempenho acadêmico e vocacional” (p.527).

A importância da abstinência, no contexto do tratamento para adolescentes, é colocada por Scivoletto e Martins (2003) como sendo uma “retomada do desenvolvimento normal do adolescente. A obtenção da abstinência pode ser vista como uma porta ou ponte para a recuperação.” (p.528), uma reformulação da identidade. Para as autoras, a dificuldade é o adolescente conseguir abrir mão dessa identidade construída a partir do uso da droga, sem que seja oferecida outra opção. A única questão posta pelas autoras é: quando uma nova identidade for construída, poderá o adolescente fazer uso recreacional ou social de alguma tipo de droga?

Na visão de alguns autores, a forma de compreender o uso de álcool e drogas, quando há uma situação de dependência precisa ser melhor discutida, pois será ela que determinará muitas vezes o modo de intervir na questão.

O'Brien e Mc Lellan (1996), comparam a dependência de drogas com algumas doenças crônicas, ou seja, demanda vários tipos de intervenção e não somente um tipo, como também, demanda um tratamento de longa duração que não tenha como meta a cura, mas sim a diminuição dos sintomas e o aumento das funções sociais e pessoais da pessoa.

Especificamente para o tratamento do uso de drogas, os autores lembram que a sociedade ainda se apoia nos momentos de “recaída”, para justificar o insucesso do tratamento. Além disso, ainda está presente a visão de que o uso de qualquer tipo de droga é voluntário e significa um problema social e/ou desvio de caráter e não uma questão clínica, como a sociedade percebe a hipertensão arterial, o diabetes ou a asma. A superação desse cenário é provocada pelos autores com uma questão: não será o momento de darmos o mesmo valor ao tratamento para dependência, que é dado para o tratamento de outras doenças crônicas, como o diabetes, a hipertensão arterial e a asma, considerando que todas elas apresentam pontos em comum, no que se refere à dificuldade de adesão, à necessidade de longas intervenções e à combinação de diversas abordagens de tratamento?

Mc Lellan (2002) faz a mesma comparação e aprofunda a questão no âmbito da avaliação de programas. Para o autor, se pensarmos na dependência como algo crônico, então estamos avaliando os programas de forma errada. Enquanto que para as doenças crônicas como asma, hipertensão arterial e diabetes espera-se a redução dos sintomas e não a cura, durante o tratamento, para álcool e drogas, espera-se a redução/cura após o tratamento. Porém, como em geral, essa avaliação é realizada somente após 12 meses do término do tratamento, o fato da pessoa continuar usando, é entendido socialmente, como uma falha do tratamento. Para o autor, se passarmos a considerar que a combinação de vários aspectos, como a medicação, o suporte social, a psicoterapia entre outras abordagens, produzem mudanças na vida da pessoa e não somente a redução de sintomas, a avaliação do programa será mais efetiva.

Além da comparação entre os tratamento para a dependência e as doenças crônicas, existe uma outra comparação sendo realizada, entre o tratamento para adultos e para adolescentes.

Swadi (2000) descreve algumas diferenças entre o tratamento para essas duas populações que auxiliam na definição de algumas estratégias.

Para o autor, a motivação para o uso, o padrão de uso, a motivação

para o tratamento, a fase da vida e tipo de relação com a droga quando procura o tratamento, são aspectos que diferenciam as duas populações e conseqüentemente o tipo de tratamento. Segundo Swadi (2000), os adolescentes são menos motivados para o tratamento, percebem a droga como um prazer, buscam o tratamento na fase inicial do uso, costumam não apresentar preferências por um tipo droga e estão formando valores e atitudes. Todos esses aspectos devem ser considerados durante o tratamento e principalmente na fase inicial, principalmente porque a maioria dos adolescentes que buscam os serviços para essa demanda, referem inicialmente questões relacionadas com problemas de comportamento, deixando o uso de drogas aparecer no decorrer do processo de avaliação.

Além de focar a importância da avaliação inicial para a definição das estratégias de intervenção mais adequadas, o autor destaca a importância do acompanhamento pós-tratamento, com o intuito de oferecer suporte contra as recaídas (Swadi, 2000).

Scivoletto e Martins (2003) também definem aspectos importantes a serem considerados no tratamento para adolescentes, semelhantes àqueles pontuados por Swadi (2000):

- o primeiro passo é trabalhar com a motivação inicial para o tratamento, pouco encontrada na população adolescente;
- na avaliação inicial é importante obter informações detalhadas sobre o consumo de drogas com o intuito de identificar o grau de envolvimento com a droga e a gravidade do quadro clínico; devem ser realizadas questões sobre o envolvimento com as atividades ilegais, desempenho escolar e vida sexual;
- são necessários os exames clínicos, neurológicos e laboratoriais e, em algumas situações, o rastreamento toxicológico. A avaliação para identificação de comorbidades psiquiátricas também é importante uma vez que a maioria dos adolescentes apresenta diagnósticos associados, como também pode ser esse o motivo que leva o adolescente a procurar o tratamento e não o uso da droga em si (Scivoletto, 2001).
- a avaliação familiar e do contexto social também são necessárias.

Toscano Jr (2001) complementa dizendo que, para que haja reconhecimento das necessidades do adolescente, para a definição de qual tipo de intervenção terapêutica será indicada, é importante, “ A identificação inicial de caso, através da observação de padrões específicos de envolvimento com drogas, assim como a consideração do estilo de vida do paciente e da função desempenhada pela droga em sua vida...” (Toscano Jr., 2001, p.296).

Um aspecto de muita importância, pontuado somente por Toscano Jr. (2001), é que os serviços destinados à população adolescente precisam considerar o estilo de vida, o meio ambiente e a realidade econômica onde eles se inserem, como também a cultural e a língua local.

Para Raupp e Milnitsky-Sapiro (2005), a abordagem terapêutica de adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas, está diretamente vinculada ao reconhecimento da complexidade envolvida no problema, ou seja, levar em consideração a especificidade do abuso de drogas nessa fase, o reconhecimento da singularidade do sujeito e de sua configuração familiar e comunitária, até a questão da valorização social do consumo como fonte de reconhecimento, prazer e fuga dos problemas cotidianos.

Swadi (2000) pergunta e responde: porque tratar adolescentes? Porque alguns adolescentes que começam usando algum tipo de droga podem se tornar dependentes dela; porque o uso de drogas tem uma característica epidêmica devido a influência do grupo de pares; porque o uso de droga pode estar associado à comorbidades significativas e à situações de risco psicossocial e de saúde; porque a experiência clínica sugere que o tratamento do uso de substâncias é mais benéfico quando iniciado na adolescência, do que na fase adulta; porque o tratamento realizado em adolescentes pode significar uma redução no tratamento de adultos em serviços para uso de álcool e drogas, como também para Aids.

Mas o que dizem os adolescentes entrevistados?

Alguns pontos da discussão, apresentada nos parágrafos anteriores, foram referidos pelos adolescentes entrevistados, quando foi solicitado para que relatassem como havia sido a chegada ao serviço pela primeira vez e também para que descrevessem um momento marcante desse período.

O que se percebeu em comum, foi a importância dada ao momento de chegada ao serviço, como também, em relação à alguns procedimentos específicos. O que foi observado de diferente foi a forma de abordar a temática *procedimentos*. Enquanto que na literatura descrevem-se metodologias, marcadas por temporalidade, critérios, normas etc., os entrevistados descrevem procedimento a partir das relações estabelecidas com os profissionais envolvidos no processo.

Os relatos sobre a chegada ao CAPSad, ou seja, na fase da conversa inicial, foram descritos pelos entrevistados a partir da auto-percepção dos sentimentos que emergiram no momento.

Os adolescentes relatam as sensações como confusão, sensação nova, timidez, acanhamento, raiva, liberdade, não gostar do local.

Os adolescentes que mencionaram “não gostar” estavam ali obrigados pela família, como se esse fator estivesse influenciando nesse início não tão “prazeroso”.

os primeiros dias foram horríveis... não queria ficar... ficava obrigado... minha mãe falava que tinha que ficar e eu sabia que eu tinha que ficar por causa do mandato judicial (E6)

não gostei...eu queria ir embora... na realidade eu fiquei lá por causa de que minha mãe falou que eu tinha que ficar lá e tudo começou por impulso de namoro... amor....eu tava lá...não sei que... e começou a pegar no meu pé e falou que se eu não parasse a gente terminava... ai acabou rolando que eu fui procurar tratamento... de início eu não gostei da clínica por que eu achava que era pra criança aquilo ali e não ia resolver nada...mas depois com o tempo fui me adaptando... ai foi melhorando as coisas (E13)

ave... parecia que era ((risos))... eu odiei a minha mãe né... não tem... ai eu cheguei lá e tratei todo mundo mal... a mulher fazia as perguntas pra mim e eu não respondia direito...eu fiquei fechada

assim entendeu porque eu fui lá só pra fazer mesmo a vontade dela... por mim eu não tava lá nunca...ai a princípio foi assim.(E11)

eu lembro que eu fui para o CAPS meio contrariada... foi meio como obrigação... então eu tinha aquilo como uma coisa que eu ia só por ir (...) eu lembro que eu cheguei lá eu tava assim meio com vergonha sei lá.... tava me sentindo meio esquisita... aí eu fui fiz a... cheguei ali na recepção... fiz a ficha lá tudo certinho.... aí eu fui conversar com o L. (trabalhador)... aí ele fez umas perguntas pra mim aí eu não lembro.... eu acho que eu fiz o exame depois... eu não tenho certeza (...) tipo assim... pra mim era como se eu tivesse fazendo aquilo ali só porque minha mãe queria... era uma coisa que eu fui fazer obrigada e que eu não tava nem ai no que que ia dar(E4)

Aqueles que relataram sensações prazerosas, em geral buscaram o tratamento por vontade própria. A sensação de liberdade, de não sentir mal estar físico causado pelo uso em excesso da droga, de se sentir seguro, com maior auto-estima e o fato de logo estar enturmado, foram aspectos citados como algo benéfico e positivo.

Ah:: lembro... é muito confuso a primeira vez passar um dia limpo... pra mim que bebia e usava drogas todos os dias pra mim foi uma sensação nova que depois que eu comecei eu nunca mais tinha sentido essa sensação (...) tavo limpo...primeiro dia que eu fui eu tavo limpo...depois que eu senti essa sensação eu senti uma sensação maravilhosa... sabe de um bem estar... de não ta mais com aquela ressaca... aquela dor de cabeça... aquela preocupação do que eu fiz ontem...é porque eu tinha apagamento...aí aquele dia que eu fui no CAPS eu.... eu sabia que ali poderia me ajudar... eu nunca tinha tentado algo antes... eu tinha tentado igreja várias coisas mas não tinha dado...mas naquele dia que eu fui no CAPS eu senti que eles poderiam me ajudar né... primeiramente que eu também teria que querer parar...se a pessoa não querer para não tem jeito de dar certo...mas aquele dia foi um dia que eu nunca vou esquecer (E2)

ah eu cheguei meio tímido e essas coisas aí né... mas rapidão eu enturmei também né...foi bom pra mim lá o momento que eu passei lá(E3)

eu me senti meio assim acanhado.... eu fiquei meio né... com vergonha... fiquei meio com medo assim... mais.... aí eu vi que o pessoal era super legal lá e eu fiquei a vontade (...) ah não sei.... eu ficava assim meio ressabiado assim porque é gente que eu não conheço né... e vai conhecer assim e aí conversando... aí ficava só meio com pé a trás.... assim meio com que falar né.... só isso mesmo (E10)

se liberto (E9)

no meu caso eu me senti mais seguro né... bem assim... minha auto-estima (E5)

eu me senti bem... me senti amparada assim... tinha bastante pessoas legais... parecia que eles entendia a gente... então no primeiro dia cheguei um pouco acanhada lógico... primeira vez...eles perguntaram.... já respondia mas não assim com muita vontade... meio com vergonha.... mas eles entenderam muito bem... depois no:::....quando eu fiz a ficha eu comecei a ir fazer.... eu gostei de mais... tanto os outros jovens que participavam ... passavam uma segurança boa daquilo ali pra gente (E15)

A sensação de desconforto trazido pelo impacto sentido ao ver o local, população atendida e tipo de atendimento, foi citado por um adolescente, como sendo algo um tanto “assustador” no início. Porém, esse mesmo adolescente, relata contraditoriamente uma rotina de assiduidade no tratamento e prazer.

(...) falei.... nossa e ai o que que vai me acontecer né... ai chegou a psicóloga e conversou comigo e depois fui lá pra uma reunião de dependente... pra mim era só um negócio de experimentar e virou aquele furdúncio eu falei... nossa senhora.... e daí do álcool das drogas da nicotina falei... vixe Maria... imagina se eu tivesse ficado um ano fazendo isso daí (...) já tavam mais avançados do que eu e nossa senhora... o que que é isso e ave Maria (...) vi aquilo lá e falei... não... deus me livre voltar de novo pra esse lugar... nem de deixar... eu vou terminar aqui e ficar limpo só por hoje...lembro até hoje do só por hoje (...)ai... daí do CAPS...daí todo o dia eu ia pro CAPS... da escola já ia direto... nem ia pra casa já almoçava lá as vezes... oh amanhã já to aqui direto da escola.... vou querer almoçar... porque já ia direto nem ia pra casa.... saia de lá pra cinco horas da tarde até seis da tarde....também () ser bem melhor né...ah.... foi maravilhoso. (E7)

Os autores Kaminer e Szobot (2004) discutem essa questão do momento da chegada ao serviço, enfatizando a necessidade dos profissionais estarem conscientes do fato de que a maioria dos adolescentes iniciam o processo relutantes, uma vez que a razão de buscar o tratamento seja a obrigatoriedade imposta pelos responsáveis ou pelo poder judiciário. Diante da necessidade eminente de autonomia e onipotência, o adolescente que se vê obrigado a deixar o uso de drogas por vontade de outras pessoas, pode se sentir ameaçado e resistente.

O que acontecerá se o profissional desconsiderar esse aspecto e receber o adolescente depositando um rol de normas, técnicas, exigências e terminologias? Será que o adolescente volta para uma segunda conversa?

Ou melhor, como o adolescente retorna para uma segunda conversa?

Por meio das falas dos adolescentes, foi possível observar que existe uma diferença muito grande entre aqueles que chegam espontaneamente, com aqueles que chegam obrigados. Não seria, nesse caso, importante pensar que as estratégias de tratamento também deveriam ser diferentes para cada situação de querer e não querer estar ali?

Quanto aos relatos sobre os procedimentos/relação com a equipe, foi possível observar que os adolescentes valorizaram a atitude “acolhedora”, representada pelas falas: *recebimento de coração, tratando bem, amparada, entendia a gente.*

o recebimento das pessoas... aquela lábia... aquele recebimento sabe de coração que a gente sente se entendeu... aqui fora eu não sentia isso... aqui fora só sabe... maltratado noiado... aquelas coisas ta entendendo...então quando eu cheguei no CAPS eu senti isso... as pessoas me tratando bem.... algo que ninguém mais fazia isso por mim...então eu senti que eles poderiam me ajudar por causa desse fato e pessoas eu tando junto com pessoas que queriam parar poderia dar certo para mim também... era só eu seguir o que dava dando certo para eles que pra mim fazer dar certo.(E2)

eu me senti bem... me senti amparada assim... tinha bastante pessoas legais... parecia que eles entendia a gente... tinha a C. (trabalhadora), ela me sentia... ave... aquela mulher eu me inspirava muito nela... porque ela também foi uma usuária de droga... o jeito que ela falava assim... o jeito que ela era... o jeito que ela é incentivava muito a gente (E15)

A discussão sobre o acolhimento inicial do adolescente realizada por Marques (2004), mostra que, no primeiro passo da intervenção é importante que haja uma adequação desse contato, realizando uma entrevista “afetiva, ativa, objetiva e clara” (p.33).

Com diz Swadi (2000), os objetivos de uma avaliação inicial são, identificar as dificuldades que precisam ser cuidadas e as qualidade que precisam ser potencializadas.

E quanto às cenas?

Nas descrições das cenas marcantes, os adolescentes também destacaram a relação com a equipe, mas agora dando destaque a algumas

atividades específicas (apresentação de teatro, atividades lúdicas, grupo de 12 passos e do lanche oferecido no local).

marcante foi... legal.... sobre os 12 passos... quando eles falavam dos 12 passos...mno lembro muito bem não... mas tinha dia que a gente falava sobre a nossa história... como foi o dia a dia.... ai um falava pro outro o que tava fazendo pra conseguir se libertar do vício, como que ta indo...um dando conselho para o outro e isso ai é que ajudava bastante (E5)

ah eu gostava de passear... gostava dos lanches lá.... gostava mesmo.... gostava de bastante coisa... as pessoas me tratavam bem..(E10)

ah... assim.. não tem como eu falar tem uma cena marcante... lá foi bom eu ter ficado lá... foi um momento assim que eu me sentia bem... então não tem... tinha uma.... um dia que eu lembro bastante que eu gosto foi quando a gente foi fazer o primeiro teatro de bonecos com o C (trabalhador)... foi aqui na Morada do Ouro... se eu não me engano vieram os adolescentes e eu tava no teatro... foi um momento bem gostoso porque eu me senti útil... me senti fazendo uma coisa assim legal... entendeu?(E4)

nossa eu me diverti muito lá no CAPS... a gente acha que eles sabiam bem ocupar o nosso tempo que a gente não ficava pensando besteira lá... eu lembro...rra bem,...como que eu posso dizer... eu me sentia em casa.. se sentia bem lá dentro (...)ah eu fiz muitos amigos lá... lembro deles jogando pig-pong, das reuniões que a gente fazia... dos debates que a gente fazia... brincadeiras com as meninas lá dentro.. com a S. (trabalhadora), do bolo da S.... eu me sentia em casa mesmo...lá era bom.(E13)

Outros adolescentes trouxeram a descrição de cenas sobre a forma que foram acolhidos pelos trabalhadores, enfatizando as questões de respeito, mesmas vivências, confiança, amizade e proteção.

ah eu cheguei lá... lá tem pessoas ali que sofrem a mesma coisa que eu... ali tem com quem eu desabafar... escutar também né...falar coisas e as pessoas não ficar tirando sarro da gente e tudo ali também conhece a gente de vista ali. () da gente (...)e aqui na rua não...na rua você é um noIADO, um desanDADO...e lá pra eles não... você fala com ele ali... já ajuda a gente já (E3)

não...tem sim.... tem de fato que quando eu queria me abrir tinha pessoas que ouviam que é... que é uma das melhores partes da recuperação... você quer falar e tem alguém que ta ali par te ouvir...algumas pessoas você olhava assim que não tava muito muito ai.... mas outras pessoas queriam te ajudar...essa era a melhor parte que tinha...pessoas que me compreendiam(E6)

a amizade... a amizade dos voluntários lá (...)é...a confiança.(E9)

é uma vez que eu tava eu e o W., chamavam ele de N... ai nós tava lá no tratamento... ta nós saímos... nós fomo lá pro ponto e nós tava fumando cigarro lá fora quando de repente uma viatura pegou e enquadrrou nois... ai a viatura parou tal enquadrrou nois... ai começou a revistar né... ai o ônibus veio e nois pegamos e largamo e tiramo a mão da parede pra entrar no ônibus... aí ele mandou o motorista ficar parado porque ele ia ele ia fazer nois descer do ônibus entendeu... ai nós pegamos e não queremos descer... daí o N. pegou e falou...cê acha que é quem pra falar assim com nós... ai ele pegou e deu um murro na boca do N e foi na hora que nós descemo do ônibus e entramo pra dentro do CAPS que era bem em frente tal... nois entramo pra dentro do CAPS, ai nós entramo lá pra dentro aí o M (trabalhador) a L (trabalhadora) falaram..qué que foi...ai de repente chegou já os policial entrando correndo também e aí foi uma cena assim que... sei lá... as pessoas não entende que a gente tomo procurando... a gente tava atrás de tratamento.... a gente tava fazendo tratamento só que eles não entendiam que nós tava querendo... então eles entro lá falou falou... só que a L, o M, não deixou eles entendeu... triscar a mão ni nós... não deixou bater ni nós... mas foi uma cena cara... muito triste.... depois eu fiquei até traumatizado... já não queira nem mais ir(E8)

ah lá me ajudou demais porque assim... não que eu tinha parado entendeu... só que... só que no tempo que eu fiquei lá eu tive outra cabeça totalmente diferente... igual também eu frequentava também os grupos também né e também foi de auto-ajuda também...não que... não assim pra mim parar entendeu com tudo... mas hoje em dia eu tenho outra cabeça que a pessoa que não passou por lá não tem entendeu? ela não sabe muitas coisas que eu sei entendeu... sobre drogas tratamento essas coisas (...) ah eu tive mais consciência entendeu... porque antes eu fazia muita coisa que eu não sabia entendeu... o efeito que ia ter o que ia acontecer o que que era porque que era... e hoje em dia eu já tenho mais consciência entendeu... do que que eu faço... da vida que eu tenho... acho que é isso (E11)

Neste capítulo observou-se que a discussão sobre o tipo de tratamento mais adequado para adolescentes ainda busca respostas para muitas questões. Sabe-se que não existe uma modalidade melhor que a outra, mas sim critérios específicos para a escolha de cada uma delas. São pontos de consenso, a necessidade da proposta estar adaptada à população adolescente e a participação da família no tratamento. Há pontos controversos sobre a imposição da abstinência, a forma de avaliar a eficácia do tratamento e da avaliação pós-tratamento.

A literatura investigada contribuiu com o conhecimento sobre o

cenário para o tratamento de adolescentes em uso de álcool ou outras drogas. Mostrou o quanto há de investimento científico nos atendimentos ambulatoriais e o quanto se tem pensado em alternativas de adaptação dos modelos de adultos para adolescentes.

Porém, alguns pontos foram observados que merecem algumas considerações.

Em nenhum momento, na literatura investigada, foi citada a possibilidade do adolescente fazer a escolha do tipo de tratamento que mais o interessa, como sendo um dos critérios a ser utilizado, ou seja, a escolha do tipo de tratamento parte sempre do saber técnico. Não foi observada também a ação dos serviços no sentido de fornecer ao adolescente a possibilidade de conhecer as várias abordagens que existem.

Pergunta-se, onde fica o desejo do adolescente, se estamos falando de identificação, de adesão? Como não considerar o desejo do adolescente por uma ou outra abordagem? Será que ainda há dúvidas de que a participação ativa do adolescente no tratamento gera melhores resultados? E para aquele que está ali por obrigação, será que o oferecimento da oportunidade de escolha com relação ao tipo de tratamento, não seria uma forma de aproximá-lo do processo?

O que Merhy (2007) chama de espaço de “autogoverno” é aquilo que o trabalhador de saúde possui e que lhe dá o direito de determinar formas de atuar sem que necessariamente ele precise dizer como ou o que está fazendo. O fato do adolescente não fazer a escolha do tipo de tratamento que mais se identifica, sendo obrigado a aceitar o que lhe é oferecido pela família, ou pelos serviços, não deixa de significar justamente esse autogoverno.

Além disso, o que ainda antecede o poder de determinar o tratamento, mas que também é um espaço de auto-governo do técnico, é a condição de ser aquele que deve ou não “aceitar”/“determinar” a necessidade do adolescente como um problema a ser tratado, seguindo “...critérios adotados pelo modelo de atenção do serviço, considerando-o como um 'objeto de ação

de saúde' em um dado processo individual ou coletivo..."Merhy, 2007, p.78).

Outro aspecto observado foi a pouca menção às discussões sobre as intervenções comunitárias como sendo uma estratégia de ação.

Se for consenso de que a motivação para o uso de drogas tem forte influência do ambiente, principalmente do grupo de pares, como também da facilidade de acesso ao álcool e às outras drogas, incluindo o tráfico de drogas, como não destacar a importância das ações comunitárias? Por que ainda há um predomínio das ações dentro do contexto institucional, fisicamente falando? Será que, mesmo tendo consciência do quanto o uso de drogas permeia vários aspectos, ainda está forte a visão unilateral do processo, ou seja, o envolvimento quase que exclusivamente do adolescente, ou no máximo de sua família?

Figueiredo e Ayres (2002) mostram a importância das ações na comunidade, por meio de um estudo realizado com o intuito de apresentar os resultados da execução, aceitação e repercussão de ações preventivas de DST/Aids entre mulheres da comunidade da favela Monte Azul em São Paulo, "...procurando-se discutir a efetividade e o rendimento das atividades e estratégias adotadas, refletir sobre intervenções preventivas no âmbito comunitário de modo geral e indicar possíveis determinantes de seus resultados" (p.98). De acordo com os autores, um dos fatores que influenciaram no sucesso das ações preventivas propostas foi:

estar sensível ao movimento espontâneo da própria comunidade, avaliando sua realidade e seus códigos culturais, e à aceitabilidade ou não das ações propostas, para perceber a necessidade do desenvolvimento de ações fora do ambiente do serviço de saúde. Dessa forma, a intervenção procurou se orientar por um diálogo interativo e participativo entre sujeitos realmente envolvidos no processo de ação preventiva que propuseram a intervenção, de um lado, e a comunidade a ser beneficiada, de outro (Figueiredo e Ayres, 2002, p.105).

Aos pontos discutidos nos parágrafos anteriores, na relação entre a adesão e o tratamento, também pode-se agregar alguns comentários.

Observou-se que, na literatura investigada, essa relação esteve presente nas discussões sobre diferentes técnicas que foram consideradas

como facilitadoras da adesão, a psicoterapia grupal, o envolvimento familiar, a técnica de entrevista motivacional, os 12 passos e a internação domiciliar.

Nesse aspecto, houve semelhança entre o que foi dito pelos entrevistados e o que foi discutido na literatura, pois ambos referiram o emprego da abordagem dos 12 passos e da psicoterapia grupal de forma positiva.

Porém, uma questão foi observada somente nas falas dos entrevistados, e que amplia o leque de discussão sobre a relação adesão e tratamento, que não especificamente em relação à uma técnica de intervenção.

A auto-percepção dos sentimentos durante o processo, a sensação de pertencimento ao grupo, a referência/vínculo com os profissionais, sejam eles ex-usuários ou não, foram relatadas pelos entrevistados como sendo os aspectos mais importantes/marcantes do período de tratamento. Ou seja, não foram enfatizados modelos de intervenção, mas pontos que podem e devem ser observados em qualquer proposta de tratamento, no caso, as interações, os encontros entre sujeitos.

Para Franco, Bueno e Merhy (1999),

em todo lugar em que ocorre um encontro – enquanto trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde (p.346).

“O usuário espera que a relação trabalhador de saúde-usuário, seja capaz de gerar um acolhimento, que permita uma atuação sobre o seu sofrimento, o seu problema” (Merhy, 1997, p.120). Para o autor, mesmo nas ações coletivas essa questão está presente, quando a satisfação dos usuários coletivamente signifique o aumento da capacidade de interferir nos riscos a

que estão submetidos, tornando-os mais autônomos.

O contrário dessa perspectiva, é tornar “os procedimentos e os atos terapêuticos como eficientes em si, dentro de um estilo de abordagem dos usuários tomados pela frieza, aparentemente científica...” (Merhy, 1997, p.121), acaba-se então, direcionando as ações para “um conjunto supérfluo de necessidades por consumo de atividades meios, como forma de buscar desesperadamente bons resultados para solucionar seus transtornos...” (p.121), criam-se trabalhadores dependentes das atividades meios e pouco atentos às finalidades de tornar o usuário mais autônomo e mais saudável. Nesse contexto, “ a relação trabalhador-usuário acaba sendo geradora de não-acolhimento, de não vínculo, de não-responsabilidade, de não autonomia” (Merhy, 1997, p.121).

Para Merhy (1997) é “...no nosso saber que temos o principal patrimônio para gerar opções tecnológicas de atenção à saúde” (p.125). O autor exemplifica pontuando o quanto a área da saúde mental tem conseguido inventar alternativas de atenção, em substituição ao modelo hospitalar/internação, partindo exclusivamente do investimento nos vínculos e no acolhimento como estratégia terapêutica e também se apoiando no saber das pessoas como suporte direcionador das ações tecnológicas.

Pensando no quadro da Abordagem Psicossocial da Vulnerabilidade (Paiva, 2007), percebe-se que as falas dos adolescentes percorrem muito mais a dimensão individual, onde o momento emocional expressa, gestos, falas e interesses em cena, do que uma questão institucional ou instrumental.

À medida que nos aproximamos dos momentos de relações dos usuários com os serviços de saúde e com os seus trabalhadores, para verificarmos o seu funcionamento, vamos-nos surpreendendo com a descoberta de que, sempre que houver um processo relacional de um usuário com um trabalhador, haverá uma dimensão individual do trabalho em saúde, realizado por qualquer trabalhador, que comporta um conjunto de ações clínicas. Ações clínicas aí significam o encontro entre necessidades e processos de intervenção tecnologicamente orientados, os quais visam operar sobre o campo das necessidades que se fazem presentes nesse encontro, na busca de fins implicados com a manutenção e/ou recuperação de um certo modo de viver a vida (Franco, Bueno e Merhy, 1999, p.346)

As necessidades, nesse contexto, aparecem na amizade, no apoio e na sensação de respeito.

A dimensão programática está presente nas falas dos adolescentes no valor das atitudes dos profissionais do serviço, que podem ser interpretadas como compromisso e responsabilidade da equipe para com o atendimento.

Ao descreverem cenas dos momentos marcantes do tratamento, citam atividades-recursos vinculadas às pessoas-nomes que foram significativas.

O que se propõe neste capítulo então, é que seja revista a valorização da técnica e do científico em relação à orientação e legitimação das práticas voltadas para o atendimento do adolescente.

É necessário em outros termos, que o aspecto técnico seja ativa e consequentemente posto em contato com o não-técnico em cada momento assistencial. É necessário que se perceba que, para além do manuseio das regularidades de relações meio-fins, próprios às ciências e às técnicas, há em toda ação terapêutica, em qualquer escala que se pense, um autêntico encontro entre sujeitos²⁵...(Ayres, 2004a, p.585).

25 Sujeitos cujas intersubjetividades representam “ o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos” (Ayres, 2001, p.65).



A saída

*Não tem dó no peito
 Não tem jeito
 Não tem ninguém que mereça
 Não tem coração que esqueça
 Não tem pé, não tem cabeça
 Não dá pé, não é direito
 Não foi nada
 Eu não fiz nada disso
 E você fez
 Um Bicho de Sete Cabeças...*

Cena do filme "Bicho de sete cabeças" - Personagem principal sai do hospital onde está internado, após longo tempo de tratamento. Sofre preconceito dos familiares dos amigos.

Na quarta questão do roteiro de entrevista, solicitou-se aos adolescentes que falassem sobre as possíveis razões que levam os adolescentes em geral, a saírem do tratamento²⁶, usando como disparador temático a informação sobre as altas taxas de saída no CAPSad local. Em seguida, foi solicitado para que descrevessem a cena do momento que decidiram sair do tratamento.

Os adolescentes entrevistados referiram oito razões para a saída do tratamento de uma forma geral. Dessas oito, quatro estão ligadas às características pessoais (falta de força de vontade, tentar resolver sozinho, não querer o tratamento, a necessidade de usar a droga) e as demais por fatores externos (falta de ajuda, influência dos amigos, característica do atendimento e dificuldades financeiras).

No momento de descreverem as cenas de quando eles próprios saíram do tratamento, novamente oito razões foram citadas, mas que diferem em parte das apresentadas acima. Foram semelhantes as justificativas de ter interrompido o tratamento por ter retomado o uso da droga e pelo desejo de tentar parar sozinho. As outras seis, que se diferenciaram das justificativas gerais, foram: inserção no mercado de trabalho, identificar-se com outro modelo de tratamento, finalização do tempo de tratamento segundo ordem judicial, retorno à rotina anterior ao uso de drogas, desentendimento da família com profissionais do serviço e vontade de interromper o tratamento sem um motivo explicitado. É importante ressaltar que o ingresso no mercado de trabalho e o desejo de tentar parar sem ajuda, foram as razões que apresentaram maior frequência.

Os motivos apontados por eles, como justificativa para a própria interrupção do tratamento foram semelhantes aos relatados na literatura, do que os apontados para a interrupção do tratamento em adolescentes de um modo geral.

26 Neste estudo, o termo “abandono” será utilizado quando a literatura citada também o usar, porém, nas partes específicas com relação aos dados do estudo, será utilizado o termo “saída”, como será explicado no decorrer do texto.

As investigações sobre as possíveis causas que levam as pessoas a abandonarem o tratamento para uso de álcool e outras drogas têm sido consideradas de grande relevância, uma vez que podem dar pistas sobre a efetividades das intervenções (Marques, Buscatti, Formigoni, 2005).

O contato com a literatura sobre o tema mostrou que essa discussão tem estado presente também em outras áreas, em geral nas doenças definidas como crônicas e que exigem longos períodos de tratamento.

Baekeland e Lundwall (1975), realizaram uma revisão na literatura sobre estudos que discutiram o abandono do tratamento, com o intuito de responder algumas questões que representam a complexidade do tema: Quem abandona? Existe um tipo de abandono ou diferentes formas de abandono? É possível pré dizer quem vai abandonar? Porque deixar o tratamento? Quais são os fatores individuais e quais são os relacionados ao tratamento? Quais são as implicações do abandono? Quando o abandono termina? Quanto tempo pode ser considerado abandono? O abandono é necessário para considerar que o tratamento falhou? O que deve ser feito? A pessoa que abandona, ou ela é abandonada pelo serviço?

Segundo os autores, o abandono acontece geralmente no contexto das doenças crônicas, que necessitam de um longo tempo de tratamento. Eles citam o exemplo da tuberculose, quando 37 a 60% não seguem as orientações médicas e da hipertensão arterial, quando 20 a 50% desistem no primeiro ano de tratamento (Baekeland e Lundwall, 1975).

Em relação aos estudos analisados na área de álcool e outras drogas, os autores encontraram que 20 a 54% das pessoas que procuram o tratamento não retornam após a primeira consulta, 31 a 56% frequentam no máximo quatro consultas e 33 a 50% desistem durante e fase de realização das psicoterapias (Baekeland e Lundwall, 1975).

Baekeland e Lundwall (1975) comentam ainda, que na área de uso de álcool, essa situação se agrava, pois 52 a 75% desistem até o quarto atendimento e, dos que fazem uso de medicação, 7 a 64% desistem até seis meses e 19 a 44% até um ano de tratamento.

O primeiro aspecto discutido pelos autores foi o conceito de abandono. Segundo a literatura por eles investigada, são pacientes que abandonam, aqueles que não retornam, aqueles que se recusam a retornar e aqueles que são expulsos de um programa de tratamento por falta de cooperação, má resposta ao tratamento, e assim por diante. No entanto, o autor comenta que existem outras variáveis que podem alterar esses critérios, pois cada indivíduo tem as suas diferenças e o entendimento de abandono está também ligado ao entendimento de tempo, que também pode variar de serviço para serviço.

De acordo com Baekeland e Lundwall (1975), alguns pesquisadores investigaram o abandono em psicoterapias tendo com referência o número de sessões, ou a média, que a pessoa compareceu. Outros, consideraram o tempo de permanência no tratamento, o que pode ser um problema, porque em um mesmo período, os sujeitos podem ter passado por diferentes números de abordagens. Para os autores, é melhor considerar o número de visitas ao tratamento, do que somente o tempo de permanência.

Assim, uma primeira questão é definir o que pode ser considerado um abandono.

Um segundo aspecto, além do conceito em si, é a definição das variáveis que podem pré-dizer esse abandono. Segundo Baekeland e Lundwall (1975), existem algumas variáveis para o abandono, que foram definidas pelos autores, como sendo próprias do paciente, outras próprias do serviço e outras relacionadas às questões ambientais.

Para os autores, parece útil conceituar o ato de abandono como resultante de três vetores: o primeiro, um conjunto de fatores intrapsíquicos e sua configuração (em termos demográficos, clínicos e fatores de personalidade), o segundo, um conjunto de variáveis que têm a ver com o terapeuta, como a personalidade, suas atitudes em relação aos pacientes e seu estilo terapêutico, e o terceiro, um conjunto de variáveis relacionadas a fatores ambientais (as atitudes da família com relação ao tratamento, as intercorrências da vida e os problemas de transporte e custo do tratamento).

Vários autores brasileiros têm estudado o tema abandono do tratamento, principalmente para Tuberculose, Hipertensão arterial, como também na área de saúde mental, mas com menor frequência (Natal et al., 1999 ; Ferreira, Silva e Botelho, 2005 ; Lima et al., 2001 ; Andrades et al., 2002 ; Busnello et al., 2001 ; Melo e Guimarães, 2005 ; Mendes e Fensterseifer, 2004 ; Ribeiro et al., 2008).

Dentre os achados, é possível concluir que para todas essas doenças, a questão do abandono do tratamento é algo muito constante e um grande nó que interfere na efetividade das ações.

Fatores como sentimento de melhora do quadro hipertensivo, os efeitos colaterais e o custo da medicação foram citados pelos pacientes como sendo razões para a interrupção do tratamento.

A questão do perfil daquele que abandonam, também tem sido investigada. No caso da hipertensão arterial, os autores encontraram que os homens (em decorrência da necessidade de usar álcool) que interrompem a medicação, são aqueles com maior tempo de doença, menor escolaridade, maior idade e tabagista (Andrades et al., 2002 ; Busnello et al., 2001).

Para a Tuberculose, alguns autores definiram um perfil, semelhante áqueles citados na área de álcool e drogas e da hipertensão arterial. Há um abandono quando a pessoa: é do sexo masculino, possui história de abandono prévio de outros tratamentos, estar sem trabalho fixo, apresentar uso de álcool diário, enfrentar dificuldades econômicas, negar a doença, sentir melhora dos sintomas, passar por problemas familiares e apresentar outros agravos associados como HIV e o uso de álcool ou outras drogas (Ferreira, Silva e Botelho, 2005 ; Natal et al., 1999 ; Mendes e Fensterseifer, 2004 ; Lima et al., 2001).

Na área de saúde mental, segundo Melo e Guimarães (2005), a literatura sobre o abandono do tratamento é grande, em razão das altas taxas de abandono que variam de 30 a 60%, dependendo das características do serviço, como hospital-dia, serviços ambulatoriais e hospitalares. Ainda segundo as autoras, muitos estudos têm tentando determinar o valor

preditivo para o abandono do tratamento psiquiátrico, no entanto, os fatores de interrupção são controversos, principalmente aqueles relacionados com as variáveis sociodemográficas (Melo e Guimarães, 2005).

No sentido de contribuir com essas questões, as autoras realizaram um estudo cujo objetivo principal foi caracterizar CERSAM²⁷-Pampulha clientes, através da análise de fatores associados ao abandono do tratamento neste serviço a partir de janeiro 1997 até abril de 1998.

Segundo os achados de Melo e Guimarães (2005), existem alguns aspectos que merecem atenção quanto a relação com o fator abandono: sexo masculino, residir longe do local de tratamento, não possuir experiências anteriores de tratamento e/ou internação psiquiátrica, quando procura o tratamento espontaneamente, quando apresenta uso de álcool e outras drogas na admissão e durante o processo, quando não possui um diagnóstico definido, quando não recebe auxílio transporte para chegar ao local de tratamento e quando não recebeu atendimento ambulatorial de pelo menos quatro consultas durante o seguimento.

As autoras concluem que, considerando a política atual do Brasil sobre a assistência em saúde mental, faz-se necessário adequar a avaliação de abandono de tratamento como um dos indicadores de qualidade dos novos serviços substitutivos aos leitos psiquiátricos hospitalares. Além disso, Melo e Guimarães (2005) destacam que não há um consenso sobre o conceito de abandono do tratamento, o que, muitas vezes, dificulta a comparação entre os estudos.

Ribeiro et al. (2008) também avaliaram as variáveis demográficas, psicopatológicas e interativas, de diagnóstico e tratamento, enquanto

²⁷ Os Centros de Referência de Saúde Mental (CERSAMs) são incorporados na proposta de desinstitucionalização psiquiátrica e foram inspirados pela discussão da reestruturação do modelo da assistência à saúde mental que até então era centrado no atendimento hospitalar. As equipes multidisciplinares são encarregadas de urgências psiquiátricas e estabilização de crises. Os pacientes são vistos diariamente, no modelo de hospital-dia ou ambulatorial até a melhoria do quadro agudo, com o objetivo de continuar encaminhamento para outros serviços, principalmente para as unidades básicas de saúde mental.

possíveis fatores associados ao abandono do tratamento em serviço especializado de saúde mental do Centro de Referência Regional em Saúde Mental-Oeste (CRRESAM-Oeste - MG) nos períodos de abril de 2004 a março de 2005 e de abril de 2005 a março de 2006.

Diante dos resultados os autores sugerem que os indivíduos solteiros, com idade abaixo da média do grupo (39,2 anos) e desempregados se associaram estatisticamente a abandono de tratamento. Cinco outras variáveis indicaram, de maneira marginalmente significativa, maior tendência ao abandono: não ter sido identificado como cor diferente de branca; relação conjugal não sendo o primeiro relacionamento; não se declarar arrimo de família; referir renda pessoal menor do que um salário mínimo.

Entre as variáveis relativas ao exame psicopatológico e às características interativas apenas duas evidenciaram associação com o abandono de tratamento, a memória quanto ao passado recente e relação do humor com fatos reais, atuais (quando se considera que o estado afetivo estaria vinculado a fatos concretos, imediatos, que deveriam resultar semelhante reação para a maioria dos sujeitos). Pacientes adultos que receberam diagnóstico psiquiátrico de oligofrenia abandonaram menos o tratamento, estatisticamente, enquanto aqueles que receberam diagnóstico relativo aos transtornos da infância e adolescência abandonaram mais o tratamento (Ribeiro et al., 2008).

Especificamente na área de álcool e drogas, segundo Baekeland e Lundwall (1975), o abandono do tratamento aparece em quase todas as pesquisas, talvez porque esteja mais presente nessa população, o que forçou o pesquisadores ao enfrentamento do problema.

No Brasil alguns autores investigaram possíveis fatores que levam ao abandono do tratamento nessa área.

Occhini e Teixeira (2006) realizaram um estudo com profissionais da área “psi”, que trabalham em ambulatório específico para tratamento da drogadição, em uma instituição hospitalar da rede pública de saúde situada em São Paulo. Dentre os temas investigados, o abandono do tratamento foi

assinalado pelos psiquiatras como sendo resultado dos efeitos colaterais ocasionados pelas diferentes medicações administradas (pelo desconforto ocasionado ou pela própria restrição pessoal que implicam).

Já Pinsky et al. (1995) analisaram especificamente os motivos apresentados para a ocorrência do abandono do tratamento de 39 adultos que procuraram o tratamento espontaneamente e apresentaram diagnóstico de dependência de álcool e outras drogas, atendidos pela Unidade de Dependência de Drogas do Departamento de Psicobiologia da UNIFESP, de 1990 a 1993. No período estudado, 156 pessoas iniciaram o tratamento e 56% o abandonaram. Dos que abandonaram, 45% participaram do estudo juntamente com seus familiares. Foram oito os motivos apresentados por eles para o abandono do tratamento: fatores ambientais, recaídas/pioras, melhora, teste de controle pessoal, não gostou do terapeuta/tratamento, opção por outro tratamento, baixa disponibilidade para mudar e outros motivos.

No entanto, as autoras comentam que, para os fatores ambientais, existia a possibilidade de readequação do projeto terapêutico, caso houvesse a comunicação do fato e a discussão sobre a situação com o terapeuta, ou seja, os motivos apontados pelos entrevistados como fatores ambientais, poderiam, na verdade, estar encobrindo outras situações que justificariam o abandono (Pinsky et al., 1995).

É interessante observar que os motivos se assemelham àqueles apresentados pelos adolescentes neste estudo, para as razões do próprio abandono, mesmo considerando a diferença de faixa-etária. Os fatores ambientais, categorizados como fatores externos relacionados às características do tratamento, foram os mais mencionados no estudo de Pinsky et al. (1995), principalmente no que se refere à incompatibilidade de horários, uma vez que estavam relacionados às atividades de trabalho. O que foi observado também no presente estudo.

eu... eu por que eu **comecei a trabalhar**..eu comecei a trabalhar né e ai os horários não tava mais dando pra mim dar continuidade no tratamento (...)tentei voltar agora mês qui... se eu não engano... abril ou maio (...) voltei lá... conversei e ai fechamo um contrato lá com a psicóloga que era pra mim ta passando por ela né... tanto que tava confirmado que o serviço aqui tava dando uma hora pra eu ir lá pra fazer só consulta com a psicóloga só que ai aumentou o horário e não dá mais (E14)

olha eu eu gosto muito do CAPS sabe eu eu sinto muito bem lá quando eu vou lá conversar com as pessoas que trabalham lá mas a gente vai começando a criar um certo tempo de sobriedade contínua e a gente começa a ter algumas responsabilidades... a gente **começa trabalhar**... coisa que a gente não fazia quando nós estava na ativa... começa a trabalhar... começa a construir uma família... então essas coisas vai preenchendo o tempo e o tempo vai ficando muito curto ta... porque o CAPS é manhã e a tarde... ai de manhã e a tarde a gente trabalha porque a gente vai ficando sóbrio e daí a gente vê essas coisas e começa a desfrutar da sua sobriedade... ai ele começa... ele começa a o tempo preencher (...)foi...foi isso que aconteceu... eu comecei a trabalhar... eu no ano que vem vou voltar a estudar... mas foi o trabalho que tomou conta... mas para isso quero deixar bem claro que eu fiz um alicerce na minha recuperação sabe... eu procurei fazer um alicerce depois para mim sair...não que eu já to bom que eu não preciso mais né... mas todo o tempo que tiver eu vou lá(...)é algo espiritualmente falando sabe... o que que é um alicerce né... é você construir tempo de sobriedade contínua e criar suas forças sabe...é tipo aquela questão né...é a gente não podê andar muito segurando numa muleta porque no dia que tirar a muleta a gente cai ta entendendo... então eu me senti preparado com todas as minhas forças todo o meu desejo é continuo é continuar sóbrio.... porque eu comecei a desfrutar de uma sobriedade gostosa...comecei a perceber coisas que eu não pensava existir quando eu estava usando droga e ai eu comecei a perder esse tempo aí esse alicerce foi criando foi reconstituindo foi aumentando esse alicerce... ai que eu saí do CAPS (E2)

ah eu lembro que eu peguei e desisti e daí **comecei a ficar trabalhando** de manhã e de tarde (...)e no começo eu comecei a trabalhar assim...aí eu fiquei trabalhando(...)eu tinha conversado, para mim ficar de manhã e a tarde ai eu fui lá e parei e comecei a trabalhar só esse período (E5)

Outros fatores que podem ser classificados como ambientais, foram citados pelos adolescentes para justificar o abandono do tratamento de uma forma geral, como as exigências impostas pelo tratamento, tanto no que se refere às regras de funcionamento, quanto as implicações necessárias para o cumprimento do projeto terapêutico proposto, como no caso citado, ter condições financeiras de arcar com o transporte diário, uma vez que a

proposta do tratamento é o sistema intensivo (cinco vezes por semana).

tem o trabalho assim porque tem que acordar cedo pegar o ônibus... é uma série de coisas né... lá tem **regras...** tem assim regras... tem gente que não gosta de seguir as regras né... não gosta de obedecer as regras... uma série de coisas que faz a pessoa largar né...a pessoa quer ficar a vontade mas não pode a rédia é curta ali... a pessoa não ta acostumada a obedecer ninguém né... pode ser isso né (...).ah não sei...deixa eu ver...uma delas...éh::: tinha um certo horário para fumar...não podia sair pra fora né... acho que é isso assim tipo... atrasar não pode entrar...assim acho que só né...o resto era muito bom(E10)

olha certas pessoas são porque também **não tem condição de ir toda a vez** ao CAPS porque na época que eu ia era três vezes na semana um período meio período mais... só que tem pessoas... ingual.. mora na Várzea Grande... tem que pegar dois três ônibus... então eu acho que também é um **poblema financeiro...** um pouco é o poblema financeiro porque nem todo mundo tem passe pra ir toda vez... não tem uma mãe pra ir levar toda vez de carro nem todos tem esse... essa condição de ir... então eu acho um pouco também é isso...eu ainda tinha minha mãe... toda vez me dava eu ia certo porque ela falava pra mim que se eu não fosse certo ela não ia me dar mais dinheiro... eu ia...eu nunca menti que eu fui e não fui (E15)

As percepções de profissionais, usuários e acompanhantes acerca do modelo de atenção à saúde que orienta os serviços de tratamento para usuários de drogas, foram investigadas por Moraes (2008), em Recife - PE, sobre as quais observou que as regras, apresentadas no Termo de Compromisso, são percebidas como normais e necessárias pelos atores sociais, mas a cobrança pelo seu cumprimento por vezes é narrada pelos usuários como “exageradas” ou “rigorosas”. Para os usuários que percebiam as regras como normais e as atividades de manutenção da unidade como parte do tratamento, a fala representa, na opinião da autora, uma reprodução do discurso dos profissionais.

Segundo Moraes (2008),

A existência de regras em instituições de atenção à saúde mental está marcada historicamente pela necessidade de enquadramentos dos desviantes, dos que não seguem regras vigentes na sociedade e, em muitos casos, tem a função de controle ou punição. Se por outro lado, em toda e qualquer instituição há a necessidade de regras acordos que possibilitem a convivência coletiva, em se tratando de instituições que têm a marca da função de controle e

ajustamento social, é necessário estar atento às concepções de sujeito que possam estar embutidas em instituições atuais, porém marcadas por essa história (p.127)

No estudo de Marques, Buscatti, Formigoni (2005) com 150 pessoas, 20% adolescentes, que buscaram voluntariamente a Unidade de Dependência de Drogas de 1993 a 1995, a análise logística aplicada aos aspectos relacionados ao tratamento (técnica utilizada, papel da instituição, da equipe e da postura do terapeuta), mostrou que considerar a técnica e a postura do terapeuta inadequadas são aspectos que influenciam o abandono.

Um dos adolescentes entrevistados relatou, como o próprio motivo para o abandono do tratamento, uma situação vivenciada entre a mãe e alguns técnicos da equipe do serviço que o fizeram interromper o tratamento.

foi mais por conta daquelas **brigas mesmo que minha mãe teve...** ficou aquele clima horrível (...)também eu não lembro... não seria assim () aquelas brigas... ai veio a parte dos funcionários que deveria ter percebido que ela também tava precisando de ajuda pelo fato dela ser minha co-dependente....ela já tinha sofrido muito e falaram coisas pra ela que não deveriam ter falado...um falava assim ai vinha outro e falava assim...deveriam ter sido mais profissionais pelo fato deles estarem cuidando de duas pessoas...era eu e ela... mas ai eles jogaram assim... em dois dias eles jogaram meu tratamento totalmente fora pelo fato de ter tirado ela da clínica...falaram que ela tava louca que ela tava doente... tava mais doente do que eu... ai que era o fato deles chegá e ajudá ela mas já pensou... você vai levar o seu filho pra fazer tratamento e chega o funcionário e fala que você está louca que ta mais doente que ele... mas esse foi o fato de eu ter saído... se eu não me engano eu fiquei cinco meses e seis dias (E6)

O retorno ao uso/recaída, foi a segunda razão mais citada no estudo de Pinsky et al. (1995) e a primeira no presente estudo. Para essa discussão as autoras comentam que essa situação é considerada parte do processo de tratamento e o fato dela estar sendo utilizada como motivo para o abandono, pode significar que há uma necessidade de esclarecer melhor esse conceito.

Três adolescentes entrevistados, mencionaram essa questão como sendo uma razão atribuída de forma geral pelas pessoas e dois mencionaram como sendo as razões pessoais para o abandono, como apresentadas a seguir.

porque não aguenta a pressão de num ficar **tem que ver a droga** tem que sentir ela de novo... acho que é isso...acho que ele desiste também por causa das... não sei... dele mesmo ou **por causa das drogas mesmo...** voltar pro lugar da onde ele veio não sei.... acho

que é isso (E7)

ah olha... eu não sei... pelo fato da **dependência** mesmo... pelo fato de estar correndo no seu sangue vai querer toda hora vai querer.. eu acho isso vai impossibilitar... vai impossibilitar ele de conseguir recuperação...dele não querer mesmo quando ele chegou no fundo do poço mas não quer sai, ou quer sair e não ta conseguindo (E6)

eu comecei a me envolver com as pessoas mais pesada que você imagina... comecei a **usar todos tipo de droga...** interrompi de uma vez.... interrompi o tratamento de uma vez e não queria... o meu celular era cheio de número deles (amigos que faziam tratamento) entendeu... comecei a apagar o nome deles... ligava pra mim eu não atendia pá... comecei fumar...fumar drogas mais pesadas... fiquei magra... eu era magra... não parava dentro de casa... ixe eu passava uma semana só vinha aqui tomava banho nem comia... não comia direito... não comia direito só droga... ai comecei a ir pro Tijucal e ai foi lá que eu conheci meu... que é meu marido agora... pai da minha filha... ai eu peguei conheci ele, ele também era usuário de droga entendeu... só que ai nós usava junto pá... curtia junto (E15)

eu sai de lá **porque eu voltei a usar...** eu não fiquei lá por isso que eu não terminei o tratamento... não fiquei até o final (...) **eu voltei a usar e eu não ia continuar usando e indo pra lá entendeu** porque ai eu ia ta enganando todo mundo e a mim mesmo...ai eu peguei e parei de ir (...)ah porque eu não consigo mentir essas coisas não (...) ah porque eu acho que não é certo eu ficar indo lá e usando do mesmo jeito...porque também eu queria usar também (...)é já não aguentava mais também... fiquei lá quatro meses... acho que foi... ai fiquei todo esse tempo sem usar... aí já tava doida ai peguei falei..., ah não vou mais mesmo eu quero usar.(E11)

ah porque muitos acha que não quer se tratar né (...) é **do vício de drogas** né...muitas vezes a pessoa pode ta querendo e num ta também porque as vezes a pessoa vai pra lá com a intenção de se tratar mas quando sai... sai do CAPS e não consegue segurar a onda por causa da droga né...porque as vezes passa e vê alguém usando ou já dá aquela coisa... a droga já fica no sangue né... de quem é viciado...então dá aquela vontade aquela vontade (E3)

O tema recaída ou retorno ao uso e, a relação disso com o sucesso do tratamento e a proposta de intervenção dos serviços, é algo polêmico, uma vez que, ainda há um predomínio da visão do atendimento pautada na abstinência como fator de sucesso do tratamento. A aceitação, tanto por parte dos usuários do serviço, como dos profissionais que lá atuam é algo complexa que precisa ser melhor debatida, principalmente se consideramos que a política nacional para o uso de álcool e outras drogas entende a estratégia de redução de danos como algo que deva ser incorporado pelos

serviços. Estratégia essa que percebe as “recaídas” ou a continuidade do uso de forma diferente daquela que prega a abstinência.

Segundo Santos (2007), no contexto atual de tratamento para uso de álcool e outras drogas, a abstinência ainda é a principal meta, ou seja, “mesmo que a política de saúde queira estar mudando seu discurso, as práticas não mudaram. Estas parecem colocar o usuário de drogas no isolamento, como garantia do controle de abstinência através da internação.” (p.196).

Ainda segundo o autor, com a retomada do uso, o abandono acontece uma vez que dizer que está usando drogas parece ser contrário ao que a instituição propôs (Santos, 2007). “Durante esse processo, se não produzirmos a abertura do discurso desses sujeitos, muito provavelmente na abstinência ou mesmo na eclosão de uma nova intoxicação pós-alta, sob os efeitos do uso ou mesmo nos seus intervalos, estes não tenham questões a trabalhar, não vendo sentido para retornar aos seus atendimentos” (p.198).

A especificidade dessa discussão, no contexto do tratamento para adolescentes, é algo complexo uma vez que, como pontua Scivoletto (2001), “não é possível cobrar do adolescente a abstinência que, para ele, significa abrir mão da identidade que possui no momento, sem oferecer outra forma de identificação, deixando-o sem identidade” (p.70). A autora explica também que os adolescentes apresentam dificuldade de ficarem abstinentes porque não conseguem e/ou não sabem preencher seu tempo com outras atividades que não usar drogas (Scivoletto, 2003).

Em contraposição ao retorno ao uso, a terceira razão mais citada no estudo de Pinsky et al. (1995) foi o sentimento de melhora. No presente estudo, o fato do adolescente conseguir retomar o cotidiano anterior ao uso, foi entendido como um “sentimento de melhora” que o fez optar em sair do tratamento.

desde de lá eu parei porque eu **comecei a sair com os meus primos** tudinho... daí num andava mais com meus amigos lá da outra escola que eu conversava... por exemplo o A... o A. era freqüente... nós passava junto todo dia nós ia pro negócio... daí paramos de

andar junto...na escola mesmo eu já tinha dado uma distanciada dele.. já comecei a andar com outras pessoas e não sei que não sei que... ai depois... ah... ai depois quando eu sai de lá mesmo que eu comecei a trabalhar ali perto ali do CAPS mesmo... eu falei... nossa olha eu pro onde eu andava e onde eu to trabalhado agora (E7)

ah eu achei que eu **já tava bem** né... já tava bem mesmo assim... já sabia a estrutura... o que fazer pra mim parar né... **já tinha aprendido bastante** coisa né... eu já me sentia **seguro** né... então se eu largasse lá não ia me influenciar em nada (E10)

Essa mesma questão foi observada no estudo de Marques, Buscatti, Formigoni (2005) com 150 pessoas, 20% adolescentes, que buscaram voluntariamente a Unidade de Dependência de Drogas (UDED) em 1993 a 1995, pois, o abandono na fase final do tratamento apresentou maior frequência e "...pressupõe que o paciente já tenha redimensionado os seus comportamento e pensamentos disfuncionais automáticos e esteja resgatando a autonomia"(p.04).

O sentimento de que conseguiria ficar sem usar álcool ou outras drogas sem ajuda foi a razão que ocupou o segundo lugar dentre as citadas, tanto para relatar as experiências pessoais como as razões para o abandono de uma forma geral.

olha... acho que as pessoas assim acaba se desanimando não sei assim...ou então tenta assim é deixar o tratamento se pá... **tentar seguir sozinho** entendeu...tenta assim largar sozinho pra tentar se virar sozinho entendeu (E10)

um pensamento assim de **parar por vontade própria...** não porque os outros queriam (...).porque eu achava que eu **conseguia parar sozinho**(E9)

Não foi que eu desisti do tratamento, na real foi que **chega uma hora que a gente tem que caminhar com as próprias pernas**, você entendeu. Chegou uma hora que eu precisava disso, precisava crescer, caminhar com as minhas próprias pernas e encarar de novo, de frente o mundo que eu tinha deixado pra trás. Depois de uma certa forma foi bom, dei muita cabeçada, chorei muito, mas foi bom, cresci bastante com isso. (E13)

Outros fatores, não relatados na literatura, foram apontados pelos adolescentes como sendo a razão para o abandono do tratamento de uma forma geral: influência do grupo de pares, pouca motivação para o

tratamento e a falta do apoio familiar.

A falta de apoio familiar foi citada por um adolescente, quando se refere ao sentimento de desprezo da família, mesmo quando o adolescente se propõe a realizar o tratamento.

eu acho assim... o momento que eles se sentem assim mais **amargurado da família desprezado** (...) tipo assim... da família... tipo quando se usa droga assim o povo quer afastar de você (...) mesmo você tando em tratamento e acho que isso ajuda né...ele... ah:...se é assim eu vou continuar...o que que tem né.... e joga tudo pro alto (E9)

O fato do adolescente não desejar realizar o tratamento por vontade própria, sendo obrigado pela família a realizá-lo foi o motivo referido por três adolescentes. Para eles, quando não há o desejo, mesmo a imposição dos pais, parece não exercer um poder suficiente que os faça ficar no tratamento.

olha é até meio difícil essa pergunta mas tem muitas pessoas que não quer muitas pessoas vão para agradar sua família... por muitas das vezes vão para agradar sua família e não para tentar se ajudar...a maioria das vezes não dá por causa disso porque realmente **não quer...aquele velho ditado...** que aqui fora as pessoas hoje vão só para passar um pano porque as vezes as coisas estão muito pesada então eles não querem... a grande verdade é essa. (E2)

vamos se dizer que nem todos... pelo menos quando... pelo fato de eu estava lá no CAPS... nem todos desistiram que eu me lembre nenhum chegou lá e falou... quero me internar... não lembro de nenhum do meu tempo não conheço (...)é...ou foi forçado pelo pai com alguma chantagem sei lá o que ou pela justiça né... ninguém falou... eu quero eu quero parar... acho que começa ai... se chega lá e lá **no fundo não é ele que quer daí ele não vai ficar...** então... essa porcentagem toda acho que vai aumentar cada hora mais de desistente pelo esse fato por ele não querer...se ele não querer não tem como (E6)

acho assim... as pessoas que desistem como os adolescentes que desistem... desiste assim no começo é porque são aqueles que **não estão decidido ainda do que eles querem...** muitas vezes nós entramos com um objetivo entendeu..., ah::: vou só fazer isso aqui porque meu pai ta falando... vou só disfarçar pra ele e depois que a gente mostra pros nossos pais que a gente ta indo tal ai os pais começam a pegar mais frouxo deixa afrouxar tal libera nois pra ir pra tudo quanto é lugar...então isso ai vai influenciando entendeu... então isso ai... ah meu pai já ta de boa comigo... então não preciso mais ir entendeu...então isso ai ele vai faltando vai faltando vai faltando... quando vai ver já não ta indo mais e quando vai ver já está perdido de novo...então... ai o pai vai querer apertar de novo e

ai fica mais difícil do que da primeira vez...então é por isso que as pessoas num firmo de ir... porque eu penso assim que tinha que pegar... como pegou no começo... firme e forte e tinha que pegar até no final(E8)

A influência do grupo de pares, tanto no oferecimento da droga, como na discriminação, parece ter grande peso para os adolescente no momento de decidir se permanece ou não no tratamento. Isso pode ser observado na fala de quatro entrevistados.

ah não sei... acho que vai meio de cada um né.. os amigo chamando para festa... depende das companhias também as vezes eles estão indo.... igual eu já vi casos... não comigo...não chegou de acontecer comigo. mas de alguns adolescentes lá do CAPS que eu conheço por aqui... de ta indo para o CAPS e os **amigos começarem a xingar.. a ficar de pagação** assim.....ah, você ta numa clínica de louc, você é isso... você toma remédio e fica bobo ... coisas assim... aí eles acabam desistindo...talvez também por isso.(E4)

na real essa é uma dificuldade que não só a clínica que tem a sala de auto-ajuda tudo ta tendo hoje em dia porque pra mim há uns tempo atrás a cada dia que passa... as pessoas quanto mais nova mais saideiras elas são entendeu...ta evoluindo muito essa questão de festa de balada de amigos de bebedeira e cada dia mais eles tão começando mais jovens mais novos... eu comecei a sair com 15... eu tenho amigo que já ta com 12 e já ta () em balada entendeu...então... **é muito uma questão de amizade...** uma dependência que cria de festa a noite de bebida de droga cê entendeu...então... quando sai pra uma clínica pra se tratar fica uma coisa de 7 cabeças porque você chega num lugar que não conhece ninguém.... eu tive vontade de chegar lá e chegar junto com duas amigas você entendeu... então você chega num lugar que você não conhece ninguém acaba tendo aquele certo baque de início... você ta chegando com a cabeça a mente fechada querendo sair dali de qualquer jeito pressionado por pai e mãe... então acaba que não aguenta segurar porque pai nenhum não consegue segurar filho durante muito tempo.... não consegue não adianta.(E13)

amizade...não adianta começar o tratamento se não abandonar suas amizades de quando você era... quando você estava no uso né... se você não abandonar suas amizades não adianta nada você ir fazer o tratamento e voltar pra roda onde há droga...não vai adiantar nada... sempre que tem que ta procura afastar...tem que ta procurando afastar (E14)

os amigos que começa de novo a falar na sua cabeça... não... vamo sair... vamo pra outros lugares pá... ai foi nessa que eu tive outra recaíd... nesse de novo... nessa foi pra arregaçar mesmo eu comecei a usar até droga que eu nunca tinha usado...eu comecei a me envolver com as pessoas mais pesada que você imagina..., comecei a

usar todos tipo de droga(E15)

A interferência legal no processo foi citada somente por um adolescente, quando relata que o motivo para a saída do tratamento foi o término do prazo estipulado pelo juiz paralelamente ao cumprimento da medida sócio-educativa de Liberdade Assistida e à chegada da maioridade.

Eu parei porque no caso meu era mais por ordem judicial, eu tinha que ficar um ano, então quando venceu um ano ali e eu já fiquei de maior né.(E3)

Fazendo uma comparação entre os achados na literatura e as falas dos entrevistados, temos as seguintes semelhanças com relação aos possíveis motivos para a interrupção do tratamento:

- recaídas/pioras
- sensação de melhora
- teste de controle pessoal
- pouca disponibilidade para mudar a situação (interromper o uso)
- problemas com profissionais do serviço
- opção por outro tratamento
- incompatibilidade de horários entre o tratamento e as atividades de trabalho
- exigências impostas pelas regras de funcionamento do serviço

O fato da maioria das razões coincidirem, pode estar indicando que esses fatores, mesmo tendo suas particularidades conforme as dimensões individuais, sociais e programáticas, se destacam e parecem comuns, independentemente do tipo de serviço ou da idade da clientela atendida.

Tendo como referência para análise o Quadro da Abordagem Psicossocial da Vulnerabilidade (Paiva, 2007), a saída do tratamento, em razão do retorno ao uso (recaídas), pode ocupar uma dimensão social, quanto ao processo de estigmatização frente à esse uso, como também em nível programático, quando ainda a política emergente se baseia em conceitos que acabam reprimindo aqueles que retornam ao uso.

Nesse sentido, a percepção tanto dos usuários, como dos trabalhadores e gestores de políticas com relação às recaídas poderá influenciar diretamente os resultados dos tratamentos, sejam eles quais forem, sendo urgente o seu redirecionamento de acordo com os referências institucionais atuais.

Quando a recaída passar a ser vista como algo que não deve ser motivo para o abandono do tratamento, a abstinência também poderá deixar de ser o único objetivo a ser alcançado, como está posto nas diretrizes do Ministério do Saúde para a Política Nacional para a Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2004a).

A sensação de melhora, a necessidade de testar o controle pessoal e a pouca disponibilidade para mudar a situação (interromper o uso) são encontradas muito mais na dimensão individual, quando nelas estão implicadas os desejos, as decisões pessoais que envolvem o corpo, os níveis de conhecimento sobre si, e sobre o uso de álcool e outras drogas especificamente. Também para esses itens, podem ser observados valores, crenças e desejos que se apresentam contraditórios, muitas vezes, nas relações familiares, ou de suporte social como um todo (o confronto entre o que o adolescente sente ou deseja, com o que a família sente ou deseja, o que o juiz sente ou deseja, o que os amigos sentem ou desejam).

No contexto da dimensão programática, observa-se e questiona-se a abertura e a criação de espaços pelas equipes para que haja uma comunicação com os usuários dos serviços no sentido de discutir valores, crenças e esclarecer dúvidas específicas sobre o uso da droga e as possíveis alterações corporais e psíquicas que possam surgir quando há uma interrupção desse uso. Como também, o quanto as pessoas estão tendo acesso à essas informações, ou seja, pensando nas dimensões sociais, como as informações estão circulando e como estão sendo disponibilizadas para as pessoas, quais as bases teóricas e científicas que se destacam? Quais são sensacionalistas ou reducionistas ou alternativas?

Os problemas com os profissionais do serviço, a opção por outro

tratamento, a incompatibilidade de horários entre o tratamento e as atividades de trabalho e as exigências impostas pelas regras de funcionamento do serviço, estão todos relacionados com questões da ordem programática, ou seja, estão vinculados à participação dos usuários nas ações de planejamento e avaliação das políticas no sentido de adequá-las às suas condições de vida como também ao direcionamento de ações específicas que contemplem as peculiaridades da população atendida.

Os itens não citados na literatura, mas abordados pelo entrevistados, no que se refere à influência do grupo de pares e o desejo do adolescente em não se tratar é outro aspecto importante que também perpassa pela dimensão individual, quando se pensa no grupo como suporte social e no desejo, aparentemente contraditório, de não querer o tratamento.

Olhando para todos os motivos citados, é possível observar que a dimensão individual está muito presente, ou seja, a saída do tratamento, diferentemente dos demais pontos discutidos nos capítulos anteriores, está muito mais vinculada aos aspectos individuais do adolescente.

Como vimos nos capítulos anteriores, usando o termo de Merhy (2007), tanto no momento de buscar o tratamento, como na escolha do mesmo, o espaço de “autogoverno” do adolescente é praticamente nulo. Na primeira situação, na maioria das vezes, como vimos, tanto pela literatura, como pelos dados, a escolha de buscar tratamento, parte dos familiares, da justiça etc., e pouco do próprio adolescente. Na segunda situação, o tipo de tratamento a ser seguido, também é determinado pelo espaço de “autogoverno” dos familiares e principalmente dos técnicos dos serviços escolhidos que, a partir de critérios pré-determinados, definem aquela que consideram ser a melhor estratégia de cuidado para esse adolescente.

Faz-se a pergunta: em qual espaço está o “autogoverno” do adolescente?

O que foi possível concluir diante das falas dos adolescentes, é que o ato de sair do tratamento é um espaço de seu domínio. No momento que decide interromper o tratamento, sem necessariamente compartilhar essa

decisão com a família e/ou com a equipe técnica, parece estar exercendo aquilo que lhe foi negado desde o início do processo, que é o ser sujeito e não o assujeitado.

Ampliaremos essa discussão para a questão da necessidade. Quando o adolescente decide sair do serviço, ele está expressando uma nova necessidade, que pode diferir da apresentada na estrada e durante o tratamento. Observou-se que a maioria deles relata, como justificativa para a saída, algo muito mais imerso no mundo das escolhas, das opiniões pessoais, do que das razões externas como foi visto nos capítulos anteriores.

Portanto, o significado de necessidade aqui, parece não se incorporar ao conceito de carência, falta de algo, mas à uma “... dimensão da necessidade como expressão de um ser que em potência “deseja” ser, deseja positivamente existir, ser mundo e parte dele...” (Merhy, 2007, p.88). Nesse sentido, no espaço interseçor (trabalhador/adolescente), está expressa a busca do usuário por um meio de ser mais autônomo no seu modo de caminhar no mundo (Merhy, 2007).

Por essa razão, foi feita a opção de compreender o “abandono” em uma perspectiva diferente, a de “saída”, na tentativa de dar mais movimento, mais dinamicidade ao processo. O adolescente sai de algo porque *resolveu* voltar a usar a droga; ou porque *não gostou* da forma que trataram sua família; ou porque *desejou* tentar ficar sem usar droga sozinho; porque *não queria* se tratar naquele momento; ou porque *gostaria* de ficar próximo dos amigos.

Mas o que tem isso a ver com a adesão? Quando o adolescente deixa de frequentar um determinado tipo de tratamento, a complexidade desse momento envolve uma série de aspectos que não podem ser analisados isoladamente, mas sempre dentro de um conjunto que compreende desde aspectos psíquicos, demográficos, clínicos, ambientais, institucionais etc.

Se o ato de escolha tivesse sido oferecido ao adolescente, desde o início, como a intervenção inicial paulatina com ações no domicílio ou no bairro, até que o adolescente concordasse em ir ao serviço, e lá, lhe fosse

dada a opção de escolha dentre uma variedade de estratégias de tratamento, priorizando aquela com a qual ele mais se identificasse.

Será que o processo de saída não deveria fazer parte dos atos de cuidado, ou seja, no espaço interseçor (técnico e adolescente)?

Segundo Merhy (2007), “descrever esse final é chave para se poder analisar tanto se o processo interseçor trabalhador/usuário é também 'acolhedor' na saída, quanto que tipos de 'resultados' a cadeia produtiva está realizando “ (p.79).

Portanto, considerando que há indícios científicos que conseguem, de certa forma prever quem abandonará um tratamento, ora traçando um perfil dessa pessoa, ora identificando possíveis fatores externos que influenciam esse processo, será que não seria importante rever esse conceito e pensar no direito de ir e vir, ou seja, de entrar, ficar e sair, como algo a ser incorporado nos atos de saúde, e não como algo a ser eliminado? Será que não existem maneiras de repensar atos em saúde que possam incorporar a saída como parte de processo e não como uma quebra?

quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (Brasil, 2004a, p.10).



O ficar

"...temos que mexer, simultaneamente, com as pessoas, com as estruturas e com as relações entre elas"
(Campos, 1997, p.30)

Na última questão do roteiro de entrevista, indagou-se a opinião dos entrevistados sobre o que seria importante para que os adolescentes permanecessem no tratamento.

Essa questão é uma das mais importantes deste estudo, uma vez que as propostas aqui apresentadas são dos próprios adolescentes e por essa razão estão alicerçadas nas experiências que eles tiveram no tratamento para uso de álcool e drogas para essa faixa-etária.

Existem atualmente três considerações que reforçam o parágrafo anterior.

A primeira delas é o fato de hoje estarmos

em um momento propício para se firmar a legitimidade de políticas gestadas por formas mais democráticas, sensíveis à diversidade de juventudes e direito de representação dos próprios jovens no desenho e gestão de políticas que lhe tenham como sujeitos. Isto considerando tanto o apelo da democracia, o maior exercício da crítica social, e o privilégio do tema juventude na mídia e em discursos políticos, ainda que estes sejam mais pela linha do alarme e do medo. (Castro e Abramovay, 2002, p.07).

Em segundo lugar, considera-se o fato da maioria dos estudos sobre serviços de adolescentes limitar-se a investigar os comportamentos de risco, a prevalência de certas doenças ou o relato dos familiares sobre o uso de determinado serviço. Como resultado disso, as políticas sobre a saúde do adolescente estão baseiam-se em uma compreensão incompleta de suas necessidades de saúde, do seu acesso aos serviços e o seu padrão de utilização dos mesmos. Para os autores, a melhor maneira de investigar essa questão é promover um diálogo com os adolescentes que utilizam o serviço (Klein, McNulty e Flatau, 1998).

E a terceira e última consideração, fundamenta-se no comentário de Cavalcanti, Alvez e Barroso (2008) de que o principal desafio na implementação das políticas específicas para a população adolescente é a captação do público-alvo, ou seja, trazer o adolescente para as unidades de saúde. Portanto, para que possam ser construídas formas de compor com os adolescentes, novas estratégias de ação em saúde, é necessário,

primeiramente acessar esse grupo.

Na tentativa de superar a dificuldade enfrentada pelos serviços, alguns autores têm tentado formular recomendações, destacando alguns aspectos que precisam ser considerados.

Marques, Buscatti, Formigoni (2005) sugerem:

1. a manutenção da forma de entrada do paciente na unidade, mantendo como meta a rapidez e simplicidade no acolhimento;
2. a introdução da entrevista motivacional na abordagem do paciente, em etapas consideradas de maior risco para abandono como a fase inicial da terapia, visando um vínculo mais estável;
3. a prevenção de recaída, como parte da técnica a ser introduzida, visto que a recaída foi um dos fatores preditivos de abandono;
4. o treinamento e a supervisão da equipe devem ser constantes;
5. a orientação familiar mínima que deve ocorrer, preferencialmente, na fase inicial do tratamento;
6. a elaboração de instrumentos de avaliação do papel do terapeuta e da motivação do paciente, a ser aplicado em várias etapas do seguimento para melhor avaliar qualitativamente a intervenção. (p.06).

Baekeland e Lundwall (1975) sugerem, como estratégias para minimizar o abandono de tratamento de doenças crônicas, não especificamente para uso de álcool ou outras drogas:

1. Eliminar as listas de espera e oferecer imediata admissão.
2. Encaminhar imediatamente para os serviços especializados aqueles que fazem uso de álcool e outras drogas;
3. Satisfazer as necessidades do paciente através da oferta de uma vasta gama de serviços possível;
4. Oferecer uma variedade de modalidades de tratamento, disponibilizando aquele que for mais adequado, no lugar daquele mais fácil ou simplesmente, mais disponível.
5. Explicar claramente os objetivos e os resultados, além dos prováveis efeitos colaterais, a duração do tipo de tratamento e certificar-se de que a pessoa que procura compreenda o próprio papel.
6. Minimizar as ausências do terapeuta. Caso isso ocorra, oferecer um substituto.
7. Descobrir se o paciente já abandonou algum tratamento. Se a resposta for afirmativa, explorar as razões.

8. Não permitir que o paciente guarde ressentimentos não verbalizados, possibilitando que ele expresse os sentimentos negativos em relação à clínica ou ao terapeuta sem medo de represálias.
9. Em pacientes mais sintomáticos, dar maior ênfase no alívio rápido dos sintomas.

O documento produzido pelo Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) dos Estados Unidos, no ano de 1999, revisado em 2009, destaca alguns fatores que auxiliam a permanência da pessoa no tratamento, tais como, uma relação positiva entre a equipe e o usuário do serviço, o desenvolvimento do programa de tratamento em conjunto com o usuário, o seguimento correto e a apresentação clara e de fácil compreensão sobre as expectativas do tratamento (NIDA, 2009).

Para a superação desse cenário, Cavalcanti, Alvez e Barroso (2008) sugerem o desenvolvimento de atividades estratégicas extramuros na comunidade. Ações como a divulgação interna na unidade, visitas domiciliares, divulgações na comunidade e estabelecimento de parcerias institucionais com famílias, associações juvenis, grupos sociais e religiosos, clubes e escolas.

Alguns pontos comuns na literatura puderam ser observados. Há uma preocupação em investir na fase inicial do tratamento, atendendo rapidamente a pessoa que procura o serviço, bem como a utilização de técnicas específicas para aumentar a motivação. Também na fase inicial, citou-se a necessidade de passar de forma clara e compreensível todas as informações para o usuário (duração, efeitos colaterais da medicação, objetivo, resultados esperados etc.). Para essa etapa, menciona-se a importância de incluir a família no processo.

Sobre o projeto terapêutico, é destacada a importância de sua construção conjunta (usuário-trabalhador), oferecendo uma variedade de propostas ao usuário. Há uma preocupação com relação ao vínculo entre o usuário e a equipe e com a avaliação constante de ambos os grupos.

O investimento em atividades extramuros como uma estratégia

importante dos serviços foi citada somente por um autor.

Algumas das estratégias citadas também foram referidas pelos adolescentes entrevistados como capazes de auxiliar na sua permanência no tratamento. Isto pode sugerir uma intersecção entre a abordagem teórica e a demanda daqueles que efetivamente utilizam o serviço.

Dentre as estratégias citam-se, particularmente, a importância da divulgação do Serviço, as intervenções no domicílio, a participação da família na fase inicial e as parcerias institucionais.

A importância da divulgação dos Serviços, principalmente na mídia televisiva foi citada por um adolescente, dando ênfase na importância do cuidado com a discriminação, com as consequências do uso e o esclarecimento quanto aos objetivos do atendimento.

eu acho que devia fazer uma **divulgação do trabalho** que vocês fazem lá né... melhor assim (...)aí é complicado não sei... e na TV... não sei né... algum meio de comunicação né é... assim... um meio de comunicação pra todo mundo saber né... sem discriminar (...) ah... tinha que ser bem aberto né... ser bem esclarecido né (...)o objetivo seus lá né... de curar os dependentes né é... assim... tinha que ser bem aberto bem esclarecido conversar bem certinho pra pessoa ficar sabendo o que que é que estraga...eu acho que tinha que ser assim assim... uma coisa não muito assim aberta... também assim a todos não sei... tinha que ser pras pessoas interessadas né pras pessoas interessadas né(...)é que realmente quem não quer não tem jeito né... de jeito nenhum larga...de jeito nenhum só Deus pra fazer. (E10)

Essa questão se torna mais urgente uma vez que, segundo Klein, McNulty, Flatau (1998), pouco se conhece sobre o acesso e os efeitos de diferentes tipos de serviços específicos para adolescentes. Para os autores, embora haja investimento na área, há a necessidade de maior visibilidade para o serviço chegar à essa população e, pouco tem sido estudado sobre a percepção dos adolescentes sobre esse acesso.

O tema discriminação/preconceito apareceu em diferentes situações: como algo que dificulta a busca por tratamento, na descrição de momentos marcantes vivenciados durante o tratamento e como motivos para a interrupção do mesmo. Assim, pode ser considerado um tema “transversal”,

que o destaca dentro da discussão sobre a adesão.

Com relação à importância da intervenção no domicílio, um adolescente sugeriu esta estratégia quando o adolescente começa a faltar, como uma forma de incentivá-lo a retornar ao tratamento.

(...)ou até quando vê que a pessoa já não foi uma semana mandar alguém... psicólogo... alguma pessoa que eles são mais aproximados e conversar e vim buscar... vamo E15.. vamo e vai ser bom... não... não tenha essa recaída... mandar alguém pra conversar que é sempre bom...as pessoas não pedem pra conversar as pessoas que usam droga não pedem pra conversar... quando a pessoa vem e conversa é muito bom é muito bom mesmo porque eles fica muito preso assim... muito... só quer saber de curtir... mas não conta tudo que tá se passando por dentro... o que que ta realmente acontecendo por dentro dela (E15)

Segundo Lopes, Saupe e Massaroli (2008), com a reorientação dos modelos de atenção à saúde no Brasil, a visita domiciliar passou a ter uma importância na facilitação do acesso da população às políticas públicas e à sua condição de “independentes na sua própria produção de saúde” (p.242).

Utilizada com grande frequência por programas da atenção primária, principalmente pelos agentes comunitários de saúde (Ferraz e Aerts, 2005), também tem feito parte das estratégias de intervenção dos serviços de saúde mental, nos quais se incluem os de atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

No caso da Saúde Mental, foram os preceitos propostos pela Reforma Psiquiátrica, como o fim das internações em hospitais psiquiátricos, a criação de leitos para internação em hospitais gerais e de serviços extra-hospitalares no território, que demandaram o investimento em ações também locais que facilitem o acompanhamento da família e do sujeito na comunidade, o que inclui as visitas domiciliares (Reinaldo e Rocha, 2002).

Foi encontrado somente um estudo que discutiu a aplicação dessa estratégia no contexto de atendimento à pessoa que faz uso de álcool e outras drogas. Os resultados preliminares desse estudo, desenvolvido por Moraes et al. (2005), demonstraram que o uso de visita domiciliar no acompanhamento de pessoas, em tratamento para uso de álcool, foi muito efetiva na medida

em que o grupo que recebeu as visitas domiciliares ficou mais abstinente que o grupo controle.

Outro aspecto mencionado na literatura e citado pelos adolescentes foi o estabelecimento de parcerias. Embora não tenha sido mencionado dessa forma, dois entrevistados citam outros locais aos quais eles poderiam se vincular, por meio da intermediação do CAPSad, como parte das atividades da unidade, o que nos remete à ampliação da rede de acesso desses adolescentes em razão de uma parceira do CAPSad com alguns serviços.

(...)mas tem algumas coisas né... eu... eu não posso... eu posso até dizer é tem umas **irmandades boas que seria atração**, como o NA o AA né... **levar esses jovens para conhecer...** então procurar pessoas que passaram o que eles o que nós passamos porque aí rola identificação...então essas pessoas poderiam ajudar levando a mensagem (E2)

acho que precisa **mostrar a realidade de outras pessoas que passaram pelo o que eles passaram...** pelo o que estão passando... porque quando a gente tá na bagunça assim no fervero naquela euforia toda... a gente pensa só naquele momento... a gente acha que vai ficar naquilo sempre e depois o tempo passa e a gente se encontra no fundo do poço onde a gente olha de um lado e de outro e não vê ninguém...e tudo desmorona na cabeça e você tá sozinho...é... numa certa forma no CAPS sempre teve essa presença assim porque a maioria das pessoas com quem eu fiz amizade ali dentro... que trabalharam ali tinham uma história pra contar tinha um... calma... eu já passei por isso... sei que isso vai dar certo... cê entendeu? só que não é todo mundo que está disposto a acreditar no que tá falando... então acho que deveria mostrar uma certa realidade (E13)

O contato com outras pessoas que já foram usuárias, como os grupos de auto-ajuda tipo AA e NA, foi citado por dois adolescentes como sendo uma estratégia que auxiliaria a permanência no tratamento. É importante lembrar que o grupo de 12 passos, modelo de abordagem utilizado pelos grupos de auto-ajuda, também aplicado no CAPSad, foi citado pelos adolescentes ao descreverem o momento marcante do tratamento, como sendo com o qual se identificaram tanto pela abordagem, como pelos profissionais responsáveis por sua aplicação.

De acordo com Marques e Cruz (2000), até 1974, os adolescentes dependentes de álcool ou outras drogas recebiam tratamentos desenvolvidos

originalmente para adultos, sendo que o primeiro tratamento para jovens dependentes de álcool em regime de internação, utilizou como abordagem o modelo Minnesota (intervenção em grupo com o programa dos 12 passos dos Alcoólicos Anônimos.), adaptado ao fato da população ser adolescente, com uma técnica essencialmente comportamental e diretiva.

Winters et al. (2000) estudaram a aplicação do modelo 12 passos (Minnesota) no tratamento para adolescentes. A conclusão dos autores foi de que essa modalidade de tratamento atingiu resultados favoráveis, principalmente na redução do uso da maconha, além de proporcionar a permanência dos adolescentes no tratamento.

O uso da abordagem dos 12 passos também foi citado por Swadi (2000), como parte do processo da psicoterapia grupal com adolescentes, porém o autor recomenda que o conceito de auto-ajuda seja modificado de acordo com o processo de desenvolvimento da população atendida.

Uma outra estratégia sugerida por uma entrevistada foi a realização pelos adolescentes, de trabalhos voluntários em instituições como asilos, abrigo etc.

ah não sei... porque assim...geralmente é porque são adolescentes né... lá no CAPS são adolescentes então... a maioria não trabalha a maioria não estuda... igual comigo... também não tava trabalhando não tava estudando... então eu ficava só lá meio período que era umas horas depois saía e não tinha nada pra fazer... então acho que talvez que a pessoa que não trabalha que não estuda devia ficar lá pelo menos mais tempo mais período... sei lá...ou então **ter outra atividade** assim tipo... **ser voluntário de alguma coisa** fazer alguma coisa... porque eu ia lá de manhã e ficava lá até na hora do almoço e vinha embora né... aí saía... quando eu tava lá nem saía porque eu tava levando a sério mas quando a pessoa não ta levando a sério ela vai pegar e vai sair vai usar vai fazer alguma coisa... então acho que devia ter alguma coisa a mais assim entendeu... pra pessoa fazer pra ela **ocupar o tempo** dela entendeu(...)ah não sei... em casas que tem de acompanhar alguma coisa casa de idosos que tem ai de crianças... ir lá... ficar lá... freqüentar também e vê como é que é...então é isso.... acho que é esse tipo(E11)

Dessa fala emergiram algumas reflexões sobre a razão dessa proposta.

Existe a possibilidade dessa fala estar associada à ideia do “trabalho”

aplicado como um meio de “tratar”, “cuidar”, “educar, visão essa que norteou parte das políticas de atendimento direcionadas às crianças e jovens pobres ao longo da história do Brasil e de vários países.

De acordo com Filgueiras (1996) e Larangeira (1999), a questão da valorização do trabalho como meio de integração social, é parte dos valores trazidos pelos países colonizadores, cujas estratégias de assistência aos indivíduos ditos não-integrados/ marginais, sempre foram direcionadas para a distinção entre os incapacitados para o trabalho e os aptos que não trabalham (indigentes, ociosos etc).

Sendo assim, desde o Império, da República, e mais especificamente até o final dos anos 80, a filosofia de atendimento aplicava o discurso que enaltecia o trabalho “... enquanto instrumento que permitiria, fornecendo-lhes uma profissão, resgatá-los e preservá-los do contato pernicioso das ruas...” (Moura, 1999, p.276).

Os anos 90 trouxeram críticas a estes modelos de atendimento, por não se preocuparem em modificar a forma de inserção e atuação do jovem no mercado de trabalho, ou então por estarem vinculados à lógica da produção e do lucro. Como aponta Marques (1997), nesse período começaram a surgir novos estudos que questionavam as reflexões que tinham o trabalho como categoria central na análise da sociedade e, conseqüentemente, como fator determinante das chances de participação social, política e cultural dos indivíduos.

Com base em novos olhares sobre a relação jovem versus trabalho, o Estatuto da Criança e do Adolescente levantou, então, a necessidade da criação de programas sociais cuja proposta era oferecer um desenvolvimento integral da criança e do jovem, através de um conjunto de atividades (lúdicas, culturais, esportivas etc), onde o trabalho passou a ser mais um componente importante no processo de desenvolvimento e construção da vida dos “pequenos cidadãos” (Santos, 1997).

No entanto, Abramo (1997) comenta que o fato de não existir, no Brasil, uma tradição de políticas especificamente destinadas aos jovens de

baixa renda, com exceção da política educacional, faz com que ainda prevaleçam os princípios “implícitos” de muitos programas antigos como a “...contenção do risco real e potencial destes garotos, pelo seu ‘afastamento das ruas’ ou pela ocupação de “suas mãos ociosas” (p.26).

Ainda segundo a autora, o objetivo acaba sendo o de “...dirimir ou pelo menos diminuir as dificuldades de integração social” (p.26), seja pelo atendimento em programas de ressocialização (realizados através de educação não-formal, oficinas ocupacionais, atividades de esporte e “arte”) ou em programas de capacitação profissional e encaminhamento para o mercado de trabalho, “...que muitas vezes não passam de oficinas ocupacionais, ou seja, não logram promover qualquer tipo de qualificação para o trabalho”(p.26).

A relação do “trabalho educativo” aparece de forma definida na política de atendimento ao adolescente que pratica o ato infracional, consolidada pelo ECA e apresenta o jovem como sujeito de direitos judiciais e sujeito às medidas sócio-educativas, que segundo Volpi (1997), têm como perspectiva a ação educativa, socializadora, e da garantia dos direitos. No entanto, o fato destes jovens ainda serem percebidos pela sociedade a partir de características estigmatizantes e discriminadoras, as políticas aplicadas à eles, ainda os percebe merecedores de um “tratamento” que os “dignifique” e os “integre” na sociedade (El-Khatib, 2001).

A inclusão em atividades de trabalho é uma das propostas destinadas ao atendimento de adolescentes autores de ato infracional, e sua descrição nos remete a idéia referida pela adolescente entrevistada sobre a realização do trabalho voluntário.

Art 117 - A prestação de serviços comunitários consiste na realização de tarefas gratuitas de interesse geral, por período não excedente a seis meses, junto à entidades assistenciais, hospitais, escolas e outros estabelecimentos congêneres, bem como em programas comunitários ou governamentais. Parág. Único: As tarefas serão atribuídas conforme as aptidões do adolescente, devendo ser cumpridas durante jornada máxima de oito horas semanais, aos sábados, domingos e feriados ou em dias úteis, de modo a não prejudicar a frequência à escola ou à jornada normal de trabalho. (Brasil, 1990).

Segundo Ataíde (2002), o objetivo da prestação de serviço à comunidade é possibilitar "...o alcance de uma consciência solidária e comunitária, por intermédio de uma atividade que respeite a aptidão e o interesse do adolescente" (p.31).

No entanto, algo importante a ser considerado, segundo a autora,

..dada a aplicação da medida e, em decorrência, a sua execução ainda incipiente, o que se tem observado é um quadro de consequências realmente prejudiciais ao adolescente e à eficácia da proposta pedagógica. Muitas vezes, tem ocorrido que a algumas entidades que recebem o adolescente para a prestação dos serviços, ainda não têm a exata compreensão do caráter socioeducativo da medida, descaracterizando-a em sua função precípua. Paralelamente, o próprio adolescente também não conhece o real sentido da medida que lhe é imposta, não estranhando quando passa, muitas vezes, por constrangimentos, uma vez que apenas o lado da punição, do castigo é evidenciado. Outras vezes, corre o risco de ser usado, indevidamente, apenas como mão-de-obra gratuita. Nesta perspectiva, impõe-se que a sociedade e, em especial, as entidades executoras e receptoras compreendam o verdadeiro caráter pedagógico da PSC, pois, caso contrário, o risco de exploração do trabalho infantil é real, pois que os jovens estarão prestando serviços sem nenhum amparo legal, no que concerne às leis trabalhistas do país. (Ataíde, 2002, p.111).

Ainda no âmbito das parcerias citadas por Cavalcanti, Alvez e Barroso (2008), como também do envolvimento da família na fase inicial referido por Marques, Buscatti, Formigoni (1995), um entrevistado cita a importância do envolvimento da família como uma forma de manter o adolescente no tratamento.

tipo assim... pegando em cima entendeu tendo certeza de que a pessoa ta indo acompanhando... porque acho que assim... se os pais acompanhando o adolescente fica mais melhor porque... não tem como o adolescente ir sozinho nas três primeiras semanas (...) se for preciso fica até no final esperando na hora que sai pega eles e leva ele pra fora dá uma volta conversá vê como que foi o dia dele lá dentro...conversar porque muitas vezes os pais nem conversa só chega em casa e... ah cê foi mesmo? e ai fala... eu fui pai... será que você foi mesmo? ce não faltou não? não...eu fui... eu fui...mas nunca chega e fala...e ai como que foi..., você gostou ta? Entendeu?o que você fez hoje? porque o CAPS... ele apresenta muitas coisas apresenta muitos temas pra você fazer muitas aulas... então... o adolescente... ele quer que os pais perguntem... quer que os pais entrem também entendeu... não chegar e jogar o adolescente lá e sair entendeu? (E8).

Esse adolescente sugere no final da entrevista, fora da gravação (dado descrito em forma de nota em diário de campo), que os pais deveriam participar no início, no caso, nas primeiras três semanas, como ele definiu, juntamente com os adolescentes, participando dos grupos e não somente aguardando o término do tratamento para levá-lo de volta para a casa, ou então recorrer ao atendimento individual.

Nesse caso, a proposta do adolescente vai além do que já se tem aplicado como estratégia, porque não se restringe à participação da família em grupos específicos, mas sim a participação conjunta do adolescente e da família, em um espaço comum, principalmente no período inicial.

A revisão da literatura sobre tratamento para o uso de álcool e outras drogas realizada por Schenker e Minayo (2004) reforça a importância do engajamento da família nos diversos estágios do tratamento. Principalmente se considerarmos que um dos fatores que levam ao abandono do tratamento é a falta de participação da família no tratamento, como observou Pinsky et al (1995).

Um item não citado na literatura, mas referido por uma adolescente e que também poderia entrar no grupo das parcerias, é a importância de envolver o grupo de pares no tratamento.

bom eu acho que os adolescentes que estão lá no CAPS quando isso acontece... eles tem ao invés deles pegarem e desistirem do tratamento... eles tem que mostrar para os amigos deles que não é bem isso as vezes **convidando para ir para lá...** ou sei lá... explicando como é lá... acho que isso seria assim mudaria um pouco (E4)

A inclusão do grupo de pares como estratégia de atenção, além de incorporar o aspecto do envolvimento da comunidade, também está diretamente relacionada com a adequação do modelo de atendimento às demandas próprias da fase do desenvolvimento.

Um destaque importante é que o grupo de pares foi citado em todos os capítulos dos resultados deste estudo, seja nas razões que levam o adolescente a usar drogas, seja como um dos motivos que dificultam a busca

do tratamento, mostrando-se também marcantes durante o tratamento e como responsáveis pela saída do mesmo. Assim sendo, fica claro o quanto o grupo de pares precisa ser incluído nas estratégias de cuidado, como um tema também “transversal”, vinculando-se diretamente à questão da adesão.

Além do envolvimento do grupo de pares, outro produto da discussão nas entrevistas pode ser incluído e que se relaciona à necessidade de adequação do serviços às demandas específicas da população atendida.

Dois adolescentes referiram o oferecimento de atividades atrativas, como as de lazer e esporte, citadas como uma forma de “ocupar a cabeça” e “desvincular a mente de fora”.

olha para eles ficarem tem que ter uma **atração** muito grande (...) algo atrativo que eles possam se sentir a vontade (...)algo que...algo que **desvincule a mente deles lá de fora** né (E2)

ali no caso... ali tinha que ter mais **área de lazer** né (...)tipo um campo de futebol ali uma quadra né... uma piscina...ter mais desenvolvimento de artesanato e ter mais aulas na semana e não só 12 passos.... 12 passos ajuda bastante porque ali você fala o seu drama de vida né (...)é para **ocupar um pouco mais a cabeça** né (...)não dá para ficar meio período tipo assim... se as pessoas cooperar também... **ficar bem dizer mais tempo**... também é melhor até para eles mesmo né...só de ficar com a mente ocupada já não fica com a cabeça vazia (E3)

No estudo realizado por Silva (2007), com o objetivo de analisar o processo de atendimento nos serviços de atenção a adolescentes usuários intensivos de drogas no CAPSad e CETA, na cidade de João Pessoa-PB, a autora observou que na maioria das falas dos profissionais entrevistados no CAPSad,

...o espaço disponível não oferece condições para uma boa qualidade do serviço, visto que, os adolescentes usuários de drogas em tratamento necessitam de um espaço adequado. Nas falas, todos os entrevistados criticam o atendimento oferecido alegando que ‘deixa muito a desejar’, que a não especificidade de um trabalho direcionado a adolescentes prejudica o bom andamento das atividades, favorecendo os conflitos internos e contradizendo o que rege o ECA (p.92).

Ainda segundo os resultados do estudo de Silva (2007), para os profissionais entrevistados, a estrutura física do CAPSad impossibilita a

diversificação das atividades físicas, consideradas importantes por eles.

No CAPSad as respostas apresentadas pelos profissionais sujeitos da pesquisa, revelam que o tratamento direcionado especificamente para os adolescentes usuários intensivos de drogas seria o ideal. No que diz respeito a profissionalização, a mesma é vista como agente facilitador de ingresso no mercado de trabalho, mas para isso, é necessário formar parcerias através da mobilização da equipe (Silva, 2007, p. 96).

A ênfase na profissionalização, com uma atividade de interesse da população, também foi mencionada por um entrevistado. No caso, ele associa a abordagem das comunidades terapêuticas como uma alternativa de manutenção do adolescente no tratamento, uma vez que as atividades laborais são realizadas como uma estratégia terapêutica.

(...)como eu ia dizendo meu irmão... ele ta num... fazendo um tratamento numa clinica lá em Poconé...lá eles usam uma forma assim de mudar a.. o modo de viver da pessoa adaptando ao serviço né... não é forçado mas sim espontaneamente assim... um carpi aqui rastela ali faz os jardins espontaneamente né... quer dizer... ganhar ganha... num ganha dinheiro mas sim ganha um... um melhor modo de viver porque quem ta ali ta se ajudando (E14)

Segundo estudo realizado por Eduardo (2006) sobre a rede de atendimento à população adolescente na cidade de São Carlos, a profissionalização e a inclusão no mercado de trabalho são ações frequentes oferecidas pelos programas, sendo a que apresenta maior discrepância entre o número de vagas oferecidas e a demanda existente.

A adequação das atividades à demanda da população atendida é algo discutido por alguns autores. Segundo Scivoletto (2001), sabe-se que a maioria dos tratamentos disponíveis atualmente para uso de álcool e outras drogas, tem como referência o tratamento destinados à população, nesse sentido, os adolescentes acabam sendo forçados a se adaptarem a esses programas.

Para Toscano Jr (2001), os serviços destinados ao atendimento de adolescentes com uso de álcool e outras drogas "...precisam ser sensíveis ao estilo de vida, ao meio ambiente e à realidade econômica onde se inserem, respeitando a cultura e a língua local." (p.296). Dois desses aspectos

mencionados foram observados na fala dos adolescentes entrevistados.

Especificamente com relação à adequação do atendimento às condições socioeconômicas, dois entrevistados citam a criação de benefícios sociais para aqueles que fazem tratamento, principalmente em relação ao auxílio transporte, considerando que muitos deixam de comparecer ao serviço por questões financeiras.

(...)as pessoas também podiam dar o passe né porque sem o passe dificulta muito porque tem pessoas ali que mora longe... as vezes eles quer vim mas a mãe ou o pai o pessoal ta desempregado e não tem a condição de dar o passe para el...tem pessoa que ainda fala que tem pessoa que quer se tratar vai de a pé até num sei aonde tantos quilometros mas é a pura mentira... se a pessoa precisa sair de lá 20 km de um lugar... 10 km para vir para um negócio chega lá não tem um passe para vir... não tem um passe para ir... como que vai ficar? isso aí devia... tipo assim... o... ter um plano com a prefeitura ou ter tipo um passe regulamentar para eles(E3)

eu acho que cada um é um caso entendeu... eu acho que podia ser assim no caso da condução tem vez que as pessoas num vai muito por causa da condução... se tivesse um modo de ter uma combi... sei lá um modo de vim pegar o... ou então até fazer a carteirinha de de passe estudante sei lá... pra mim eu acho que seria muito mais fácil pras pessoas irem ia facilitar muito (E15)

A questão econômica, em especial as condições financeiras exigidas dos usuários, para subsidiar o transporte necessário para chegar ao local de tratamento, foi uma das variáveis pontuadas por Baekeland e Lundwall (1975) ao conceituar os fatores que resultam no ato de abandono. Os autores nomeiam como “variáveis relacionadas a fatores ambientais”, as atitudes da família com relação ao tratamento, as intercorrências da vida e os problemas de transporte e custo do tratamento.

Já a necessidade de estar sensível ao estilo de vida, à cultura e à língua local, foi referido por uma adolescente como sendo uma aproximação com a vivência e o jeito de ser do adolescente no sentido de facilitar a permanência no tratamento.

acho assim que o problema dos profissionais é que eles tipo assim... não adianta os profissionais quererem no meio de adolescentes que usam droga... no meio de adolescente que bebem... não tem como ser profissional demais tipo assim... **o profissional ele pode ser profissional** mas tipo assim... no seu

horário de trabalho... mas como você vai misturar com os adolescentes **tenta ser adolescente também** entendeu... tenta enturmar com eles... **tenta falar a língua deles** porque ai eles vão entender porque não adianta nada você pegar um adolescente que chega agora ali e precisando mesmo e falar de profissionalismo porque falar profissional com eles... falar uma língua que eles nunca escutaram... uma língua que ele nem gosta de ouvir...porque tem muitos adolescentes que não gosta de professorzinho... não gosta de doutorzinho entendeu?assim... uma palavra assim... psicóloga... psicóloga falou que é pra louco entendeu? então eles não entendem muito bem...então tinha que enturmar mais... misturar mais... falar a língua deles porque tipo assim... é o que eles precisam entendeu... não chegar uma coisa que o adolescente odeia é regra... só que regras é uma coisa que nois devemos obedecer as regras né... mas é uma coisa que nós não queremos entedeu... mas se você chegar e conversarem bem e explicarem direitinho tal todo mundo vai entender...porque quando entra no caso no começo... uma pessoa chegou ni mim e falou assim... então oh... aqui não pode fumar não... vai e joga o cigarro fora... PÔ... então eu vou embora entendeu... então tipo assim tem que tratar eles com carinho tal porque são pessoas que precisam... pessoas que tão doentes que tem uma doença que ta a procura de cura... então você tem que somar com eles tem que ser mais um deles entendeu...ai eles vão se sentir mais melhor(E8)

De forma contrária à postura dos demais entrevistados, um adolescente relata que não há uma estratégia específica que possa auxiliar na permanência do adolescente no tratamento, pois cada pessoa tem as suas peculiaridades.

isso ai... isso ai eu não sei Marilia que pelo o que eu vi no CAPS e no AA e nos outros lugares cada recuperação é uma... é uma outra batalha...cada pessoa vai ser diferente...comigo pode funcionar um método com outro não vai... eu acho que o mais fácil pra você se recuperar é sair querendo (E6)

Como aponta Scivoletto (2001), “apesar do conhecimento de que qualquer modalidade possa ajudar, muitos dos pacientes usuários ou dependentes de drogas não se beneficiam de um tratamento padrão ou tradicional. Indivíduos diferentes necessitam de tipos, intensidades e combinações diferentes de tratamento.” (p.68).

O adolescente completa sua fala dizendo que embora não haja uma estratégia específica, o principal é a formação do vínculo do adolescente com o profissional, o que, tanto ele, como outro entrevistado, nomeiam como “amigo”.

compreender cada um...acho que é o mais fácil para ele querer ficar ali...compreender a pessoa mostrar que ele quer a recuperação dele também...e acho que assim compreender aquele que foi lá pedir ajuda (...)assim... muitos vem conversar com alguns funcionários e nem todos... você vê que não... que não tava muito assim muito ligado no que ele tava falando...as vezes dava um conselho mas as vezes você mesmo pode se dar um conselho... ai assim compreender...buscar ali estar sempre junto daquela pessoa... por que ela vai precisar de um amigo quando ela procura ajuda... ela vai precisar de um amigo... por que ela não tem mais...ela procura ajuda porque ela não tem mais...então acho que tem que.. o que o profissional tem que fazer... tentar... não é fácil virar amigo de uma pessoa que você mal conheceu... mas eu acho que o jeito é pra ajudar ela é o apadrinhamento sabe... só que aquele apadrinhamento que não é aquela coisa não vira um amigo é só um modo de falar de padrinho... mas em muitos casos aquele padrinho não bate bem com o afilhado dele... acho que tem que ser um apadrinhamento... tem que ser amigo...ele vira amigo de quem foi buscar ajuda pra que ele possa continuar ali cada dia por que se ele voltar usar ou não ele vai estar ali pelo menos... ele tando ali já é um bom passo pra ele parar de usar(E6)

ser amigo dele (E9)

Nessa mesma linha, de que não existe algo específico que faça com que o adolescente permaneça em tratamento, dos 13 entrevistados, cinco enfatizaram que a única coisa que mantém o adolescente no tratamento é o desejo em se tratar.

agora poderia pensar o que fazer né para eles ficarem... sabe... olha... a grande verdade... sinceramente... sinceramente te falando... nada segura (...)se não não querer... no meu ponto de vista... muito dificilmente alguma coisa segura eles (...)**depende da pessoa** né...se a pessoa não quiser né sabe... não tem como segurar (E2)

não tem um CAPS... não vai ter profissional melhor do mundo que vai fazer ele se recuperar se ele não querer se recuperar (...)pode até ser minha mãe que não entende de nada que pra ela é tudo Rwa Rwa Rwa mas ela consegue fazer a pessoa parar se ela quiser entendeu? que ela me ajudou bastante porque eu tava querendo... **eu acho que é só ela querer... não adianta o profissional.** (E6)

lá já tem de tudo né...já tem capoeira... tem tudo parte de coisa pra fazer pra distrair a mente..tipo assim... mais coisa impossível né (...)não... acho que não...acho que a cabeça do jovem hoje só quer saber de droga ou rua... só essas coisas..os meus amigos ali da escola... um né... que assim converso... eles falam... porra... aquele ali ta perdido... eu falo... puta Merda... eu fico na minha... não falo nada... eu já fico na minha ele vai ter que descobrir sozinho porque eu falando assim... num... ele ia falar... ta zuando da minha cara... ele vai ter que descobrir sozinho um dia...no dia que chegar lá no

fundo mesmo **ele vai ter que sentir que ele tem que parar...** então tem que descobrir sozinho...**ninguém pode ajudar...**tem que ir pra frente seguir a vida dele e tentar seguir o rumo reto e não andar de lado seguir a cabeça dos outros... então... pra mim é isso. (E7)

uma coisa assim... porque a maioria das pessoas que começa tem pessoas que realmente não dá...que não tem jeito mesmo cê entendeu? tem pessoas que ou se internam numa clínica por completo 24 horas ou **ela tem que querer...**não adianta você colocar uma pessoa num lugar e a pessoa não querer... ela acaba disvirtuando todos os que querem entendeu? (...) **tem que ser vontade própria...**tem que ser a pessoa querer. (E13)

e o que me segurou mesmo foi **a vontade mesmo de sair** num foi... eu gostava da terapia ocupacional... eu gostava da educação física... 12 passos eu gostava...mais a minha maior vontade mesmo era sair...então pra o adolescente dar continuidade no tratamento ele tem que ter a vontade própria... caso ele não tenha a vontade própria pode amarrar pode fazer o que quiser... num vai pra frente (...)vm de dentro isso ai só vem de dentro mesmo...se a pessoa sentir mesmo vontade de sair ela sai. (E14)

No estudo de Ferreira (2003), sobre a opinião dos adolescentes com relação ao uso de drogas, observou-se que a ênfase dada por eles, como a forma de enfrentar a situação do uso e da necessidade de buscar tratamento, também foi na atitude pessoal que, no caso, a força de vontade.

O material produzido pelo Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) dos Estados Unidos, no ano de 1999, revisado em 2009, também refere ser a motivação pessoal um dos fatores individuais para que a pessoa permaneça no tratamento, além do suporte familiar e do grupo de pares, da determinação judicial e suporte dos programas de proteção na área da infância e adolescência (NIDA, 2009).

A importância de valorizar o desejo da pessoa em se tratar foi relatado por um adolescente quando refere o problema de colocar no mesmo ambiente de tratamento aqueles que realmente desejam, com aqueles que estão em tratamento compulsório, se referindo à unidade de desintoxicação oferecida pela Prefeitura, como uma extensão do CAPSad, para os casos específicos que necessitavam de um afastamento. O adolescente menciona, como erro, o fato da equipe aceitar a internação compulsória, o que fez com que adolescentes que não desejavam o tratamento, fossem internados

obrigatoriamente, juntos com quem estava ali por livre e espontânea vontade, o que para o entrevistado era um erro.

porque eu não sei... no CAPS que eu fiquei foi no CAPS aqui do grande terceiro... lá um dos grande fatores no meu ponto de vista... que deu essa essa caída boa... foi porque lá era um centro de reabilitação que internava joven... (que tinha lá a guia) lá na estrada da guia que fechou... pelo meu ponto de vista... por um erro muito grande... é... no meu ponto de vista... sabe porque tem pessoas... igual eu disse... tem pessoas que não querem né... eu não sei como é que eles fazia né em vez de levar pessoas que tinha problema com álcool levava marginais que não queria parar... enTÃO.. afetava aquele meio né... quando eu fiquei na clinica eu me senti afetado né... porque eu tavo em redor de pessoas que não queria parar (...) porque aí quando uma pessoa quer fica bem mais fácil de para... não que eu to querendo dizer que as pessoas que não querem não podem...é isso...mas tem pessoas que realmente não querem... não querem sabe... não querem... acham que aquela vida ta boa do jeito que ta... ta bom... se ta entendendo...então teria...eu acho no meu ponto de vista...acho que o mais conveniente... não sabe... um querendo ser melhor que o outro... mas tipo tendo uma relação separada de jovens que internaram por livre e espontânea vontade e jovens que foram retirados... um exemplo das ruas...então teria que ser... sabe seria... acho que seria mais conveniente (...) não que eles sejam melhor...isso...aquelas pessoas que estão querendo sabe tenha mais vontade de parar...não é aqueles que pelo momento de ta no ponto de vista muito doentes... com muita seqüela... no momento eles não querem... não que isso não possa mudar mas sabe...eu peço a Deus que isso mude nessas pessoas... mas essas pessoas que não querem né por um tempo... quem sabe se um dia eles vão querer né...então eu acho que seria melhor essa parte sabe tipo de fazer essa parte (E2)

Somente um entrevistado relacionou a motivação para o tratamento com a religiosidade.

(..)as vezes a gente conversa e as pessoas fala que vai... ai chega no dia e não vai e no caso aí vai ser só Deus mesmo... só Deus mesmo e se tocar um dia na cabeça dele aí... sou doente mesmo e preciso de ajuda. (E3)

Segundo Sanchez e Nappo (2007), os estudos científicos publicados em revistas indexadas apontam para o papel fundamental da religiosidade, principalmente no tratamento de doenças crônicas e severas, o que, segundo os autores, inclui os usuários de álcool e outras drogas.

Em relação ao consumo de álcool e outras drogas, a religião vem sendo identificada como um fator protetor, tanto no Brasil quanto no exterior (Sanchez e Nappo, 2007).

Para os autores,

No Brasil, não há muitos estudos nesta área, no entanto, recentemente, foi publicado um estudo qualitativo que corrobora os achados internacionais quantitativos, evidenciando que a maior diferença entre os adolescentes usuários e os não-usuários de drogas psicotrópicas, de classe social baixa, era a sua religiosidade e a da sua família (Sanchez e Nappo, 2007, p.76).

Especificamente na área da adolescência, Sanchez, Oliveira e Nappo (2004) e Dalgarrondo et al (2004), realizaram importantes estudos que relacionam esse tema à religiosidade.

No estudo de Sanchez, Oliveira e Nappo (2004),

A espiritualidade apresentou-se desperta em todos os entrevistados não-usuários que, através do desinteresse pelo consumo de drogas e suas implicações, mostraram uma preocupação quanto à manutenção de seu bem-estar e auto-preservação, atribuída principalmente ao fato de estabelecerem planos de futuro em sua vida. O despertar dessa espiritualidade pareceu-nos intimamente associada com a religiosidade, já que a maior parte dos entrevistados desse grupo acreditava e praticava uma determinada religião. Em contrapartida, a maioria dos usuários não apresentou indícios de religiosidade e nem sequer a crença em uma religião, fatos que poderiam justificar a ausência de valorização da vida, decorrentes da pouca espiritualidade nesse grupo. Curiosamente, o mesmo grupo citou a religiosidade como importante fator protetor. (p.54).

Já Dalgarrondo et al (2004), observaram dentre os achados que, o uso pesado de pelo menos uma droga foi maior entre os estudantes que tiveram educação na infância sem religião. Além disso, os autores concluíram que as várias dimensões da religiosidade relacionam-se com o uso de drogas por adolescentes, com possível efeito inibidor. Principalmente para aqueles que receberam maior educação religiosa na infância.

No entanto, ainda são poucas as informações sobre a relação entre o tratamento para o uso de álcool e outras drogas e a religiosidade, o que torna esse campo importante para futuros estudos (Sanchez e Nappo, 2007).

As falas dos entrevistados deixaram em evidência a importância de adequação do atendimento à realidade e necessidade da população atendida. Porém, sem dar ênfase à algum tipo de trabalho específico, trouxeram

importantes contribuições relativas à dimensão individual e programática, no sentido de aproximar a equipe da população adolescente, principalmente no que se refere ao modo de falar, de acolher, de explicar a proposta de tratamento e o serviço em si. Outro ponto destacado por eles, foi incluir na proposta de tratamento atividades de lazer, profissionalização, o grupo de pares e a família como parte do processo e não como um atendimento outro, demandas essas também muito presentes no momento de vida.

As ações na comunidade apareceram, na perspectiva da dimensão social, seja por meio do trabalho voluntário, das visitas à outros serviços, da divulgação do trabalho, principalmente como meio de minimizar os processos estigmatizantes e possibilitar à comunidade o acesso às informações sobre o que significa o tratamento na modalidade CAPSad. Outro ponto importante foi o foco do trabalho na identificação com aqueles que já passaram por experiências semelhantes e conseguiram buscar caminhos alternativos e o investimento no vínculo do profissional com o adolescente.

A visão de que a motivação pessoal para o tratamento é um fator fundamental foi muito citada pelos adolescentes entrevistados, reforçando assim, a literatura que enfatiza o uso de técnicas como a Entrevista Motivacional, Intervenções Breves, entre outras, que auxiliam no engajamento inicial do tratamento. Ainda, com relação à essa fala dos adolescentes, a importância da motivação inicial também está diretamente relacionada com aquilo que lhes é oferecido inicialmente, desde o espaço físico da unidade de atendimento, assim como o repertório de atividades oferecidas, a linguagem empregada pelos profissionais que os recebem, a visão prévia que o adolescente tem do tipo de tratamento oferecido, e quando chega, a visão que constrói sobre o profissional que o recebe.

Esse capítulo representa a quinta cabeça de sete, isto é, a quinta forma de dialogar com a adesão ao tratamento, no qual os adolescentes nos mostram que, para que ocorra o ficar, é necessário pensar no encontro, na chegada, no estar e na saída.

Na tentativa de responder à pergunta formulada por Ayres (1993), “ Que qualidade de trabalho poderia contribuir para a construção da adolescência como um recorte estratégico para ações de saúde de âmbito coletivo? (p.166), buscou-se na fala dos adolescentes as dimensões de um saber não técnico, que abarcasse “categorias aplicáveis para um plural, historicamente delimitado”(p.167) e que representasse necessidades efetivamente postas para o trabalho.

Um outro aspecto interessante, observado, é que alguns pontos levantados pelos adolescentes estão inseridos no Documento Síntese produzido pelo Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil com base nos debates e nas deliberações da VIII Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil (Brasil, 2009), com participação de profissionais da saúde mental, em especial trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS i e CAPS ad), gestores municipais e estaduais de saúde mental e saúde geral, operadores do direito, representantes de movimentos sociais, membros de instituições universitárias e demais setores da educação, e de entidades de defesa dos direitos de crianças e adolescentes, além de representantes do poder legislativo.

Os pontos comuns são:

- Afetiva articulação das redes de saúde mental com as redes e/ou equipamentos para infância e adolescência do território, particularmente com os dispositivos da educação, saúde geral, assistência social, justiça, garantia de direitos, cultura, esportes, lazer – decisivos para potencializar a atenção no caso de usuários abusivos de álcool ou outras drogas;
- Que o desconhecimento das diretrizes da política, das redes, serviços e recursos dos territórios, bem como a invisibilidade dos serviços para a população, são importantes barreiras ao acesso;
- A necessidade do acolhimento ao sofrimento das famílias, ensejando em relação a elas atenção e trabalho regulares por parte dos atores da rede de saúde mental e por todos os componentes da rede pública

ampliada;

- A necessidade de estratégias multissetoriais de aproximação que tomem o jovem usuário como protagonista, levando em conta seu desejo e seus impedimentos já construídos, possibilitando a construção de alternativas à droga através dos movimentos sociais articulados aos equipamentos do campo das políticas públicas;

- A utilização de estratégias de promoção e prevenção criativas e inovadoras em diferentes mídias de forma que se aproximem da linguagem dos jovens, despertando seu interesse para o cuidado à saúde no que diz respeito ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Se o foco da discussão é a necessidade do adolescente, a necessidade da política e a necessidade do serviço, é possível observar que as necessidades mencionadas pelos entrevistados demonstram o quanto as ações programáticas, por mais que reconheçam a realidade e as expressam oficialmente, ainda, por motivos diversos, acabam direcionando seus investimentos em um sentido um pouco diferente do que se percebe como demanda.

Por outro lado, tendo por base as reflexões de Heller e Fehér (2002), o fato de existir uma confluência entre o que foi dito pelos adolescentes e o o documento síntese acima relatado, está mostrando que a sociedade civil, composta principalmente por “demandadores de necessidades e objetos de satisfação”, pode estar significando a constituição de um importante veículo para a justiça social, que, por meio da linguagem dos direitos, pressiona o Estado, como fonte última de distribuição.

Para os autores, a vantagem em ver a modernidade na perspectiva das necessidades, é justamente a possibilidade de combinar dois discursos : o da filosofia social com o da filosofia existencial, ou seja “a criação, distribuição, percepção e satisfação social das necessidades, e igualmente tematizar a relação *subjetiva* do indivíduo com o sistema de necessidades, isto é, as aspirações, alegrias, sofrimentos e esperanças das pessoas *qua* pessoas, suas ligações umas com as outras, suas vulnerabilidades, anseios, felicidades e

infelicidades” (Heller e Fehér, 2002, p.30).

Como diz Heller e Fehér (2002), as necessidades humanas ao mesmo tempo em que se apresentam e se expressam de forma subjetiva como sentimentos e motivações, são interpretadas através do entendimento dado pelas instituições, mediante normas, leis, políticas.

Conclui-se então que um grande desafio para essa discussão é definir a ordem de satisfação das necessidades.

Um primeiro passo, poderá ser o rompimento com a rigidez na relação meio-fim exigidas pelos instrumentais técnicos, ou seja, as ações devem estar mais aptas a “detectar e utilizar a variabilidade de seus significados por referência aos diversos sujeitos e contextos envolvidos” (Ayres, 1994, p.58).

Isso porque, as necessidades de saúde também são sociohistóricas, conscientes, objetualizadas, individuais, como as demais necessidades.

Para Merhy (1999), todo processo de trabalho em saúde, como um cuidado, tem que produzir um procedimento, entendido como atos de saúde. Porém, esses atos de saúde, podem variar conforme o modo de “cuidar”, que nem sempre pode proporcionar produção da saúde (Merhy, 1999). “As produções de atos de saúde podem ser simplesmente centradas em procedimentos e não nas necessidades de saúde dos usuários” (p.307).

Nesse caso, como pontua o autor, nem sempre o resultado é alcançado, ou seja, nem sempre os atos em saúde possibilitam aos usuários ganhos de autonomia²⁸ no gerenciamento de sua saúde (Merhy, 1997). Isso pode estar acontecendo uma vez que, no campo da saúde, as necessidades são apresentadas como se fossem igualmente de todos, não sendo consideradas as desigualdades sociais e a inadequada distribuição de recursos, ou seja, negando o modo de vida das pessoas (Mandu e Almeida, 1999).

Nesse sentido, as necessidades representadas e vivenciadas pela

28 Autonomia como “ a construção de maiores capacidade de análises e de co-responsabilização pelo cuidado consigo, com os outros, com o ambiente; enfim, com a vida” (Campos, Barros e Castro, 2004, p.747).

população “...tanto reiteram necessidades criadas pelos serviços, como também instauram novas necessidades interpretadas de modo próprio, segundo condições sociais vividas” (Mandu e Almeida, 1999,p.58).

Essa discussão é transversal e ampliada, na medida em que reúne todos os capítulos anteriores e, dela emergem importantes considerações:

- Um programa que se propõem a atender essa população não deve restringir e delimitar sempre as mesmas intervenções para todos os adolescentes (Ayres e França Júnior, 2000).
- A estruturação das ações do serviço não podem, em princípio, partir da definição de uma dada condição (ser adolescente) a com base no conhecimento científico e técnico assistencial, mas sim do entendimento de *desenvolvimento de sujeitos* e de um grupamento com uma legítima demanda social (Ayres e França Júnior, 2000, p.67).

Apoderando-se das falas de Ayres (1994), ao se referir às práticas médico-sanitárias e transferindo para o âmbito das práticas de saúde, voltadas para o atendimento do adolescente que faz uso de álcool e outras drogas, é possível concluir também, que o precário perfil sanitário e socioeconômico de grande parte da população brasileira acarreta aos serviços demandas sem condições de resolução de forma isolada, seja pelas estratégias técnicas existentes, seja pela relação dessas estratégias com a forma como está organizado o trabalho assistencial destinado à essa questão.

Ainda, segundo esse autor, diante da multiplicidade e complexidade das demandas trazidas pela população adolescente, muitas vezes o que os serviços têm conseguido fazer é identificar os distúrbios ou queixas psicossomáticas, o que, na opinião, é totalmente insatisfatório, se se considerar que a intenção do serviço é ampliar o conhecimento e favorecer a autonomia do adolescente no gerenciamento de sua vida e saúde (Ayres, 1994).

Nesse sentido, tendo como referência a discussão de Ayres (1994), uma das primeiras superações, seria construir e otimizar espaços de diálogos entre os dois sujeitos, partícipes da realidade, mesmo que vista de ângulos

diferentes e muitas vezes contraditórios: o profissional e o adolescente.

Para Ayres e França Júnior (2000),

Auscultar outras necessidades dos adolescentes em seus processos concretos de individualização/socialização é uma tarefa imprescindível para a organização de programas de saúde para o grupo. É essa ausculta que nos permite detectar demandas de informação, por espaços e temas para discussão e reflexão, por oportunidade de experimentar-se, por apoio para aventurar-se, por subsídios para defender-se contra opressões de ordem social, política, econômica etc. (p.71).

Ainda segundo os autores, não basta somente aprender a ouvir o adolescente, mas sim aprender a *dizer* numa linguagem que não somente tecnocientífica (Ayres e França Júnior, 2000).

A construção de um projeto de ação, segundo Merhy (1997), “é um apontamento de um caminho estratégico traçado por um determinado ator, que lhe permite maiores chances para atingir a sua aposta” (p.133), sendo a aposta a possibilidade de buscar algo novo e idealizado. Nesse cenário traçado, estão contextualizadas diferentes variáveis passíveis e não passíveis de controle, sob as quais são previstos comportamentos e possíveis ações (Merhy, 1997). No entanto, “para esse processo, é importante considerarmos que todo ator tem uma visão parcial da realidade. Isto porque um ator em situação sempre está imerso em uma cegueira situacional, ou seja, há ângulos da realidade que ele desconhece e, portanto, não consegue inferir, não pode nem prever.” (p.134). A forma de superar essa cegueira, do ponto de vista do autor, é a incorporação da visão dos outros atores.

Os instrumentos necessários para que ocorra essa escuta estão, segundo Ayres e França Júnior (2000), na imprensa não especializada, nas diferentes formas de expressão artística feita por eles ou sobre eles, como nos espaços de organização e participação grupal tanto fora, como dentro do serviços específicos.

Com a escuta deste capítulo foi possível ouvir dos dolescentes a importância em: *divulgar* trabalho, levar para *conhecer* (grupos de auto-ajuda), ser *voluntário* de alguma coisa, *convidando* (grupo de pares) para ir para o Serviço, *somar* com eles (profissionais somar com os adolescentes).



Os encontros e desencontros entre...

A sexta e penúltima cabeça apresenta a discussão sobre os significados de adesão e não adesão, sob a ótica dos adolescentes entrevistados e dos trabalhadores do CAPSad Adolescer e como podem interferir no processo de adesão ao tratamento.

O trabalho foi desenvolvido em três etapas, em um mesmo dia. Pela manhã realizou-se um grupo focal somente com os trabalhadores do CAPSad e no período da tarde, dois grupos, sendo o primeiro com os adolescentes e o segundo com a participação de todos.

Os primeiros dois grupos tinham o objetivo de refletir sobre o significado dado à adesão e não adesão ao tratamento, a partir da descrição das cenas vividas no cotidiano do atendimento. No terceiro grupo, misto, foi solicitado para que criassem a história de um personagem adolescente que precisava buscar atendimento para uso de álcool e outras drogas, visando a vivência de uma construção conjunta sobre um processo de cuidado.

Antes de iniciar o relato dos grupos, será apresentada a seguir uma reflexão sobre como a adesão e a não adesão ao tratamento têm sido discutidas na literatura em geral e especificamente na área de álcool e drogas.

De acordo com Silva et al. (2003) e Guerra e Seild (2009), a adesão é vista como sendo um importante desafio no tratamento de doenças crônicas em geral e especificamente no tratamento de adolescentes.

Para Reiners et al. (2008),

Muitos são os elementos que tornam a questão da adesão ao tratamento motivo de estudo entre os pesquisadores, desde sua definição até as formas de lidar com ela. Vários estudos focalizam-se em estratégias para melhorar a adesão aos medicamentos, em mudanças de comportamento de promoção à saúde e em teorias sobre os motivos apresentados por algumas pessoas para justificar certos tipos de comportamento (p.2300).

Em levantamento de Reiners et al. (2008) sobre estudos realizados na América-Latina, entre 1995 e 2005, mostrou que a produção científica relacionada com esse tema, especificamente para as doenças crônicas, é incipiente e se caracteriza, em sua maioria, por investigações epidemiológicas. Para eles, são essenciais novos estudos que tenham como

modelo teórico outras correntes de compreensão do fenômeno, tais como aqueles que investigam a adesão/não-adesão sob a ótica dos sujeitos que a vivenciam (pacientes, família, profissionais) e podem trazer subsídios para a compreensão mais abrangente dessa problemática.

Um dos campos de estudo sobre adesão ao tratamento é a conceituação do próprio termo em si.

Segundo Leite e Vasconcellos (2003), embora “O conceito 'adesão à terapêutica' conta com uma vasta literatura, especialmente focando a adesão ao tratamento de uma determinada enfermidade, como nos casos de Aids, tuberculose, hipertensão, ou em determinados grupos populacionais, como crianças e idosos” (p.776), ainda não há um consenso sobre o conceito. Para eles, o conceito de adesão tem variações e, em suas importantes considerações observaram que, de forma geral, ele é compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total.

Segundo Reiners et al. (2008),

a idéia recorrente é a de que o paciente deve cumprir, seguir, obedecer às recomendações dos profissionais de saúde e que seu comportamento deve coincidir com os conselhos e indicações médicas. O paciente tem autonomia para escolher seguir ou não o tratamento, mas o profissional não tem responsabilidade sobre as conseqüências dessa decisão (p.2301)

Outra questão observada por Leite e Vasconcellos (2003) foi a diferença entre a forma de compreender o fenômeno da adesão como intrínseco ao paciente e externos à ele. No caso do intrínseco,

a responsabilidade pela não-adesão ao tratamento é definida como ignorância dos pacientes ou responsáveis por eles sobre a importância do tratamento, a pouca educação da população (presumindo que seria um comportamento típico de classes menos privilegiadas), ou como simples desobediência de “ordens médicas” (Leite e Vasconcellos, 2003, p. 777).

A visão de que a adesão é afetada ou direcionada pelo meio social e cultural em que acontece, é bastante citada, segundo as autoras. Principalmente estratificando os dados por faixa salarial e escolaridade. No entanto, poucos trabalhos avaliam a questão social e cultural sobre o uso de

medicamentos, como resultado de um processo de decisão racional que leva em conta diversos determinantes, tais como: a disponibilidade à crença no tratamento, o resultado da dinâmica de aprendizagem social vivida e a forma de construir o seu enfrentamento à doença (Leite e Vasconcellos, 2003).

Outro destaque dessas autoras, em sua revisão, é a relação da adesão à doença em si, “...o que pode ser lido como a forma como o paciente vê seu estado e compreende sua enfermidade” (p.778), observado tanto no tratamento para Aids como na tuberculose. Na área da pediatria, as autoras citam estudos que discutem o quanto o fato dos pais não compreenderem a importância do tratamento ou a gravidade da enfermidade, pode ser um entrave para a adesão (Leite e Vasconcellos, 2003).

Para o indivíduo que busca o serviço de saúde, a adesão pode estar relacionada com a aceitação da própria doença ou com a interferência no cotidiano de vida do sujeito, exigidas pelas recomendações terapêuticas, muitas vezes, não desejadas pelo usuário. Nesse sentido, alguns autores analisados discutem a necessidade de se compreender questões relacionadas ao paciente e ao meio em que está inserido.

A influência do profissional de saúde no processo de adesão, tema de discussão de alguns autores investigados por Leite e Vasconcellos (2003), é diretamente proporcional à confiança depositada pelo usuário do serviço na prescrição, na equipe ou no médico especificamente.

Ainda com relação aos aspectos que envolvem o binômio usuário/profissional, as autoras comentam que, “Certas atitudes do prescritor, como linguagem, tempo dispensado para a consulta, atendimento acolhedor, respeito com as verbalizações e questionamentos dos pacientes e motivação para o cumprimento da terapia são fatores citados na literatura” (p.779).

Considerando os fatores citados relacionados à doença, ao tratamento e ao serviço de saúde, o que se percebe nos estudos é que mesmo alterando as situações, o grau de adesão continua sendo baixo. Entre os estudos de adesão disponíveis, o grau de adesão varia muito dependendo do método e do conceito de adesão utilizado, ficando em torno de 50% para a população

infantil, por exemplo (Jones, 1983), o que leva a acreditar que os fatores relacionados ao paciente, mais dificilmente controlados, tenham sempre um peso grande na questão da adesão (Leite e Vasconcellos, 2003, p.779).

Butterworth (2008) relata que historicamente existem quatro argumentações populares que explicam as razões das pessoas não aderirem ao tratamento: eles não veem (estão negando ou falta conhecimento), eles não sabem, eles não sabem como e/ou eles não ligam.

Pensando dessa forma, a autora diz que a superação desse cenário seria:

- Dar a elas conhecimento : se você pode fazer as pessoas verem, então elas mudarão.
- Dar a elas saber: se as pessoas sabem o suficiente, então elas irão mudar.
- Dar a elas competências : se você pode apenas ensinar as pessoas a mudar, então elas irão fazê-lo.
- Dar a elas um período difícil: se você fizer as pessoas se sentirem mal ou com medo o suficiente, então elas vão mudar.

No entanto, na visão da autora, isso não é tão simples, motivando a busca, pelos pesquisadores, de respostas para duas questões: Por que as pessoas mudam? e O que podemos fazer para ajudá-las?

Diante do exposto, fica claro o quanto o tema adesão tem se tornado objeto de investigação.

Vários autores têm estudado a adesão ao tratamento em diferentes contextos, como o tratamento da Tuberculose, Aids e Hipertensão, pela razão de ser essa uma das grandes dificuldades enfrentada pelos serviços.

Em todos eles, buscam-se os possíveis fatores que podem estar relacionados à adesão ao tratamento, sejam dados sociodemográficos, a forma de atendimento, a relação profissional-usuário e também as características do usuário e da doença.

Alguns exemplos serão citados a seguir:

- São muitas as causas de não adesão ao tratamento para a

hipertensão arterial que podem estar relacionada às características do paciente, da doença e do seu meio social e cultural. Contudo, achados demográficos a respeito do paciente, tais como idade, sexo, nível educacional e socioeconômico, ocupação, estado civil, etnia e religião não mostraram relação com os níveis de aderência (Lessa, 2006).

- Fatores que parecem influenciar na adesão ao tratamento da tuberculose podem estar relacionados à dinâmica do atendimento, a burocracia que sujeitava os usuários à filas, horários inflexíveis e preenchimento de formulários que inviabilizam um atendimento fluente e de qualidade. Quanto aos profissionais, observou-se que o não cumprimento dos horários reflete na qualidade do exame clínico e na interação com o cliente. Outra reflexão importante é a questão da interferência dos fatores de natureza econômica, social e cultural na adesão ao tratamento, ou seja, o espaço vivencial dos atores (precárias habitações, falta de saneamento básico e destino do lixo, carência de escolaridade e ausência de lazer, desqualificação profissional e desemprego (Lima et al., 2001). Ainda para o tratamento da Tuberculose, um intervalo maior entre o início do tratamento e o primeiro retorno associou-se ao maior abandono e um melhor entendimento do paciente sobre sua doença e tratamento estava relacionado à uma maior adesão. O abandono também foi relacionado aos efeitos adversos dos medicamentos e quando ocorre principalmente na primeira metade do tratamento, está associado à melhora clínica, à falta de percepção da própria doença e à importância do tratamento. Isto ocorreria pelo mau relacionamento entre médico-paciente e serviço de saúde-paciente (Bergel e Gouveia, 2005).

Estudo realizado em Pelotas, não encontrou significância estatística para fatores sócio-econômicos, trabalho do chefe da família, idade, sexo, alcoolismo e presença de sintomas associado com não-adesão ao

tratamento (Costa et al., 1998).

- Conforme Oliveira e Gomes (2004), são vários os aspectos que vêm servindo como indicadores de adesão ao tratamento médico em jovens portadores de doenças crônicas: percepção dos pais, características peculiares de cada faixa etária, comportamentos relacionados à doença, características do paciente, regime de tratamento, problemas psicossociais do desenvolvimento e relação médico- paciente.

- Segundo o relatório produzido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2007), sobre as estratégias que podem ser utilizadas para aumentar a adesão e o acompanhamento de adolescentes com HIV/Aids, as dificuldades de adesão dos adolescentes à terapia anti-retroviral podem estar diretamente influenciadas pela negação e o medo por sua condição de infectado pelo HIV, como também pela desinformação, pelo comprometimento da auto-estima, pelo questionamento sobre a resolutividade do sistema de saúde, pela eficácia da proposta terapêutica e pela dificuldade de receber apoio da família e social.

Para Adão e Caraciolo (2007) a adesão ao tratamento para HIV/Aids, principalmente o medicamentoso, está relacionada à vários fatores ligados à doença em si, ao tratamento, ao usuário do serviço, à relação usuário/técnico e ao serviço. Sobre a doença, os autores relatam que o aspecto crônico, a ausência de sintomas, a insegurança (medo do desconhecido), a segregação social (doença estigmatizante), a exclusão e o isolamento (aumento da vulnerabilidade individual) e a forte carga emocional, são fatores que interferem diretamente na adesão. Com relação ao tratamento, os autores citam o fato dele significar a concretização da doença, da conscientização da finitude, da exposição à condição de soro positivo, da complexidade do esquema terapêutico, dos efeitos colaterais, da duração e do objetivo do tratamento (de controle e não de cura) e da necessidade da medicação. Os fatores específicos da pessoa que está em tratamento e que dificultam a adesão é o fato de aceitar a doença, o medo da doença, a baixa

escolaridade e baixo salário, o uso social do álcool e de outras drogas, o nível de conhecimento sobre a doença, a fragilidade por oscilação clínica, a solidão, a depressão, o esquecimento devido ao efeito colateral da medicação, a falta de privacidade para fazer uso da medicação e a baixa auto-estima. A relação entre profissional e usuário do serviço também foi citada pelos autores, como a qualidade do vínculo, a postura profissional (não julgamento e acolhimento), a linguagem utilizada e o grau de confiança na equipe. Especificamente sobre a dinâmica do serviço, Adão e Caraciolo (2007) citam a rapidez com que são feitas as consultas, a dificuldade de acesso aos serviços, o não envolvimento de todos os profissionais, não ter reunião de equipe e assistência domiciliar.

Especificamente para o tratamento do uso de álcool e outras drogas, alguns autores têm tentado definir aspectos relacionados à adesão e não adesão e, dentre os resultados, observam-se algumas semelhanças com os estudos em outras áreas.

- Silva et al. (2003), investigaram os possíveis fatores intrínsecos à pessoa e extrínsecos (procedimentos, equipe e setting) que influenciam a adesão ao tratamento. Foram entrevistados 86 adolescentes entre 12 a 18 anos, atendidos em um Centro de Atendimento no Rio de Janeiro. Eles observaram que, em relação às variáveis investigadas (gênero, idade, escolaridade, repetências escolar, escolaridade dos pais, envolvimento com a justiça e tipo de droga utilizada), nenhum dos fatores apresentou relação com a adesão ao tratamento, indicando que não eram intrínsecos, mas podem estar relacionados ao processo de tratamento e às características da equipe. Outra conclusão importante foi de que a maior parte dos abandonos ocorreu no primeiro mês do tratamento, sugerindo a criação de estratégias específicas de motivação para o tratamento nessa etapa.

- Scaduto e Barbieri (2009) em estudo para conhecer e compreender os discursos sobre a adolescência e sobre a adesão de adolescente ao

tratamento, por parte dos membros da equipe de uma instituição de saúde para dependentes químicos, observaram que “os participantes compreenderam a adesão de modo amplo, como um processo ligado ao vínculo paciente profissional e não como mero seguimento de condutas específicas ao tratamento em si” (p.609). Segundo os autores, a maioria compreendeu a adesão em termos de motivação e afiliação ao tratamento, também enfatizada como um processo gradual. Dentre os fatores citados pelos entrevistados para a não-adesão, tem-se a relevância da maturidade dos pacientes, o papel da família tanto na adesão como na não adesão, a dificuldade da equipe em lidar com adolescentes e o despreparo da instituição para acolher adequadamente essa população. Especificamente para a não -adesão, foram lembradas: a marginalização, as dificuldades práticas como à localização do serviço, a exigir recursos financeiros para a locomoção e a dificuldade em conciliar trabalho e tratamento. A dificuldade de convivência entre adultos e adolescentes, no mesmo serviço também foi citada pelos participantes.

- Para De Weert-Van Oene et al. (2001), a permanência no tratamento para uso de álcool e outras drogas está, em vários estudos, associada ao tipo de vínculo terapêutico.

- Segundo O' Brien e Mcllellan (1996) fatores como condições socioeconômicas desfavoráveis, presença de comorbidades psiquiátricas, falta de suporte familiar e social para a manutenção da abstinência, têm maior influência sobre a não adesão ao tratamento nos casos de usuários de álcool e outras drogas, Hipertensão, Diabetes e Asma.

O agrupamento de todos os fatores citados nos estudos, relacionados ao tratamento, sobre as causas da não adesão ao tratamento, como está apresentado no Quadro 3, permite evidenciar claramente a semelhança entre as áreas.

Quadro 3 – Distribuição dos motivos para não adesão ao tratamento segundo o tipo de demanda.

	Hipertensão	Tuberculose	HIV/Aids	Álcool e drogas
Doença	Ausência de sintomas	-	- ausência de sintomas - negação e o medo por sua condição de infectado pelo HIV - insegurança por desconhecer a doença - segregação - Forte carga emocional - Cronicidade	- presença de comorbidades psiquiátricas, - marginalização
Pessoa	-	-	- comprometimento da auto-estima - questionamento sobre a resolutividade do sistema de saúde e da eficácia da proposta terapêutica - aceitar a doença - medo da doença - o uso social do álcool e de outras drogas - o nível de conhecimento sobre a doença - a fragilidade por oscilação clínica - a solidão e a depressão - o esquecimento devido ao efeito colateral da medicação e a falta de privacidade para fazer uso da medicação	maturidade dos pacientes
Serviço	dinâmica do atendimento (tempo despendido para consultas) as	dinâmica do atendimento (filas, horários inflexíveis e preenchimento de formulários, intervalo maior entre início e primeiro retorno)	- dinâmica do atendimento (rapidez com que são feitas as consultas) - a dificuldade de acesso aos serviços, - o não envolvimento de todos os profissionais - não ter reunião de equipe e assistência domiciliar.	- despreparo da instituição, - localização do serviço
Trabalhadores	linguagem inadequada	não cumprimento dos horários	- postura profissional (não julgamento e acolhimento) - linguagem inadequada - grau de confiança na equipe	dificuldade da equipe em lidar com adolescentes
Tratamento	- duração da terapêutica - regime terapêutico	efeitos colaterais da medicação	- significar a concretização da doença, da conscientização da finitude, da exposição à condição de soropositivo, da complexidade do esquema terapêutico, dos - efeitos colaterais da medicação, - da duração e do objetivo do tratamento (de controle e não de cura) e da necessidade da medicação	conciliar trabalho e tratamento
Relação	Inexistente ou mal relacionamento entre médico-paciente	- mal relacionamento entre médico-paciente e serviço de saúde-paciente (melhora clínica, com a falta de percepção da própria doença e da importância do tratamento)	qualidade do vínculo	Mal vínculo terapêutico
Fatores econômicos, social e cultural		precárias habitações, falta de saneamento básico e destino do lixo, carência de escolaridade e ausência de lazer, desqualificação profissional e desemprego	a baixa escolaridade e baixo salário	Condição econômica desfavorável, falta de suporte familiar e social,

Ao lado dos aspectos que dificultam a adesão, também são temas para estudos, aqueles que a auxiliam em diferentes áreas. Dentre eles destacam principalmente aqueles relacionados aos procedimentos.

Segundo Guerra e Seild (2009), foi importante para o aumento da

adesão na área do HIV/Aids em crianças e adolescentes a concomitante adesão do cuidador ao tratamento e a realização sistemática de atendimentos domiciliares.

Ainda no âmbito do tratamento da Aids, de acordo com o relatório produzido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2007b), a adesão dos adolescentes à terapia anti-retroviral, pode depender da preparação para aceitar e revelar o diagnóstico; negociar um plano de tratamento que haja envolvimento e compromisso do adolescente, informando adequadamente as possibilidades do prognóstico; envolver família, grupo de pares e outras instituições no apoio ao tratamento; criar grupos de discussão sobre a temática entre os adolescentes atendidos e; proposta terapêutica próxima ao estilo de vida do adolescente, incluindo as informações sobre afeitos colaterais, prevenção e conduta das medicações.

No estudo de Scaduto e Barbieri (2009), na visão dos trabalhadores de um serviço da rede para a atenção ao uso de álcool e outras drogas, principalmente para adolescente, para a falta de adesão, é necessário lidar com limites, no sentido de negociar regras do tratamento. Também foi mencionada a busca por contato com os adolescentes que abandonam o tratamento, e a realização de intervenções específicas, seja através de outras instituições que trabalham com adolescentes ou com atividades apenas para eles.

A importância do agente de saúde como facilitador da adesão, foi citada como sendo relevante por propiciar uma relação de confiança que favorece o tratamento. Benefícios secundários, tais como tratamento médico de outros problemas de saúde, carteiras de passes de ônibus, alimentação ou cuidados pessoais também favorecem a adesão (Scaduto e Barbieri, 2009).

A relação entre as características da pessoa que usa o serviço e a adesão, foi citada por Kaminer e Szobot (2004) em relação ao tratamento para uso de álcool e outras drogas. Eles acrescentam que a adesão e o sucesso do tratamento dependem da gravidade da dependência química, do funcionamento global do adolescente antes do uso da droga, da presença de

co-morbidade psiquiátrica e da motivação para a mudança de comportamento sendo esses dois últimos fatores, também apontados por Castro e Passos (2005).

Battjes, Gordon, O'Grady e Kinlock (2004) também identificaram aspectos individuais relacionados com o processo de adesão. Ao examinarem os fatores associados ao tempo de duração no tratamento para uso de álcool e outras drogas de 173 adolescente, observaram que para um maior tempo de tratamento, houve correlação significativa para : uso de outras drogas além do álcool e da maconha, ter menos amigos que usam substâncias psicoativas, uso de substâncias que não causam problemas emocionais, ser entrevistado inicialmente por um método de aconselhamento e não por entrevista motivacional e uma boa relação com o terapeuta.

O material produzido pelo Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) dos Estados Unidos, no ano de 1999, revisado em 2009, aborda outros aspectos que interferem na adesão e que estão relacionados à fatores externos ligados às ações em nível programático e social, tais como o aumento do acesso aos tratamentos mais efetivos, a equidade no oferecimento do tratamento, as ações para diminuir o estigma social em relação à pessoa que buscar tratamento na área de álcool e drogas, o aumento da percepção das equipes de saúde e da sociedade de uma forma geral com relação a importância do tratamento (NIDA, 2009).

Portanto, conclui-se diante da literatura investigada, que o fenômeno da adesão ou não adesão ao tratamento segue diferentes percursos, ora direcionada ao perfil sociodemográfico e econômico da população atendida, ora ao perfil de saúde-doença, ora às características relacionadas ao serviço (objetivos, procedimentos, dificuldades).

Segundo Leite e Vasconcellos (2003), os estudos voltados para a adesão ao tratamento, em geral, utilizam métodos que podem ser classificados em diretos e indiretos. Os métodos diretos são baseados em "...técnicas analíticas que verificam se o medicamento foi administrado ou tomado na dose e frequência necessária através da identificação de

metabólitos do medicamento ou de marcadores químicos de maior permanência no organismo” (p.780). Já os indiretos incluem entrevistas estruturadas, porém muito questionadas quanto a fidedignidade dos dados, uma vez que estes podem ser manipulados pelo próprio entrevistado. Observam que “Em nenhum momento é citado o direito do paciente de decidir sobre o seu corpo. Criam-se engenhocas eletrônicas e formas de cercar o paciente por todos os lados e este necessita prestar contas do que faz e deixa de fazer com seu próprio corpo” (p.780).

Ainda é algo pouco discutido o envolvimento das pessoas que compõem o sistema, cujas (inter)relações podem abranger os princípios e diretrizes do SUS que influenciam diretamente no processo saúde-doença-cuidado (Camargo-Borges e Japur, 2008).

Mesmo que contemporaneamente esteja se buscando um entendimento ampliado da atenção à saúde – englobando, além das questões biológicas, a qualidade de vida, as questões sociais, históricas, econômicas e ambientais – sua lógica tem sido difícil mudar. As discussões que se pretendem ampliadas, tratam destas questões ainda dentro de um saber tradicional, trazendo eminentemente pontos técnicos a serem desenvolvidos, dentro de uma interação hierarquizada e numa perspectiva de alguém que tem o conhecimento (profissional da saúde) informando quem não o tem (comunidade) (Camargo-Borges e Japur, 2008, p.65).

De acordo com essas autoras, na perspectiva da saúde ampliada, a questão do cuidado envolve um novo aspecto, o auto-cuidado, isto é, é fundamental o paciente de saber de si e de seu tratamento com responsabilidade.

Camargo-Borges e Japur (2008) observaram que a não adesão ao tratamento, foi uma solução encontrada pelos usuários da Estratégia de Saúde da Família, como uma forma de se proteger, na figura do auto-cuidado, em face da má escuta do profissional e suas consequências.

Nesta ampliação de sentidos, somos convidados a pensar a questão o auto-cuidado em um contexto mais complexo, da relação entre sistema de saúde, profissionais e pacientes envolvidos, deixando assim de ser um problema de (falta de) responsabilidade individual, apenas da parte dos pacientes, como vem sendo mais frequentemente descrito (p.69).

Nesse sentido, essas autoras entendem que a não-adesão se desloca de

uma dimensão individual, como algo que o indivíduo faz sozinho e, portanto é responsável por isto, para algo que é realizado a partir do encontro entre trabalhadores de saúde e usuários. A promoção do cuidado em saúde é da ordem do relacional (Camargo-Borges e Japur, 2008).

Pensar a não-adesão como uma forma de auto-cuidado, e não como falta de compromisso com a saúde, possibilita reconhecer o usuário como um aliado na luta pela promoção da saúde nas comunidades. Por outro lado, implica também repensar a forma como essas pessoas têm sido abordadas em suas necessidades de saúde, situações que requerem o entendimento mútuo do que é importante e necessário num tratamento e nos cuidados à saúde, para que possa haver a possibilidade de co-responsabilização pelos cuidados (p.70).

Assim, incorporar a conversa como recurso de cuidado em saúde é possibilitar a interlocução, em que ações conjuntas entre profissionais e população rompam com a tradicional hierarquia rígida nas relações de saber/poder, legitimando assim, outras descrições de vivências de saúde/doença.

Dentro dessa perspectiva buscou-se, por meio da realização de grupos focais, discutir a questão da adesão ao tratamento, agora em uma perspectiva voltada para o conceito em si, tendo como referência a descrição de cenas vivenciadas no cotidiano pelos trabalhadores do serviço e pelos adolescentes que foram entrevistados na primeira etapa do estudo, bem como a construção conjunta, com os dois grupos, da história da vida de um personagem adolescente que precisa de tratamento para uso de álcool ou outras drogas.

O primeiro grupo focal foi realizado com os trabalhadores que estavam no CAPSad no dia da coleta e que concordaram em participar. Foram eles: dois monitores²⁹, uma psicóloga, uma assistente social, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista e uma enfermeira.

O trabalho foi dividido em três etapas. Na primeira solicitou-se aos participantes a descrição individual de uma cena que representasse, para

29 No CAPSad Adolescer os monitores são pessoas que fizeram uso de algum tipo de droga e que passaram por tratamento. E estão abstinentes. A função dos monitores é coordenar os grupo que utilizam a metodologia dos 12 passos.

eles, um adolescente aderido ao tratamento. Em seguida, com base nas narrativas, o grupo teve que definir categorias para agrupar as cenas e expressar a visão coletiva do que seria a adesão.

Primeiro momento, cenas de adesão para os trabalhadores:

éh eu não...eu não esqueço de quando o... o A...éh::...quele ...começou a se entender no tratamento... ele caminhava em torno de cinco a dez quilômetros a pé pra vir e pra voltar pra casa... só para fazer o tratamento...isso éh uma coisa assim... e teve também um dia numa reunião de sentimento onde ele **derramou lágrimas** junto comigo... isso foi muito importante pra mim... ficou muito marcado (trabalhador 1)

eu lembro muito do ...(nome do adolescente), quando numa atividade em grupo... ele tava ah:: tava com alguns adolescentes aqui e a atividade proposta... eu..eu não consigo me recordar que atividade era... mas ele tava bem assim:: ... ele tava muito compenetrado... muito concentrado na atividade e naquele momento ele começou a falar de ah:: algumas coisas assim.. da história do primo que ele tinha que ...que faleceu né que foi morto... e quanto aquela pessoa que morreu era ...era significativa na vida dele...né e ele começou a **compartilhar** isso com o grupo e os meninos... os outros adolescentes foram perguntando... e ele... e ele começou a falar né de todo o significado... de todo o sentido dessa pessoa... da importância dessa pessoa pra ele... né e começou a falar da situação do irmão que que ta preso né... ta cumprindo medida sócio-educativa...e do QUAnto ele começou a falar do sentimento dele de quanto aquilo para ele tava sendo sofrido... da... de ter perdido essa pessoa muito importante pra ele que era o primo e de tá com a situação do irmão preso... né éh:: cumprindo medida e de como ele sentia em relação a isso... E foi bacana ver como que o, o, o grupo se comportou com ele... né de ver a assim eles si eles interagindo né... o sofrimento ai o outro também pegou e falou assim ah... cara... eu também tenho uma pessoa que aconteceu mais ou menos ISso lá no meu bairro... então assim foi bacana ver naquele moMEnto ele compartilhando né essa história dele e as outras pessoas também os outros adolescentes tamBÉM ... né se sensibilizaram ...enfim falando a linguagem deles ai e trabalhar isso com eles ... (trabalhadora 2)

eu tava aqui e o pessoal contando e eu fiquei me lembrando muito do A... o A... era um do... do... eles eram dois irmãos né... dois gêmeos e tinha... o apelido de um era *do bem* e o apelido do outro era *d o mal*... E esse que era *do bem* que assim tava até no pescoço né... com a questão do () do uso... as vezes do tráfico também... que foi morto ...Esse menino... que era intitulado como *do mal* ele... ele ..ele sofreu bastante por conta do irmão... Eles eram muito parecidos então ele apanhava era ameaçado de de morte o irmão dele aprontava e usava documento do ...do... desse que éh *do mal* então assim... mas... o momento assim ...que eu... que percebi que ele tava aderindo ao programa foi a partir do momento que ele começou a **ficar mais tempo no grupo**... ele **deixou de ser aquele**

menino rebelde de quando chegou aqui no começo... porque ele e o irmão dele... era... era difícil para lidar com os dois... né e ele começou a aderir ao programa e se tornando assim uma pessoa muito querida... não só por nós assim mas pelos próprios adolescentes né que vinham aí e que... estavam com ele e se dividiam então eles vinham e já ficavam o dia todo e era semi-intensivo e eles ficavam no intensivo... todos os dias e ele vinha a pé... éh então... quando ele conseguiu uma forma assim mais rápida de chegar aqui através do skate ai eu me lembro eu tava tirando fotografia () com as meninas... eu falei assim eu me lembro muito do A... porque na subida ele botava o skate debaixo do braço e quando era na descida ele (), eu lembro uma vez que eu tava descendo de ônibus e ele no skate e ele vinha a pé... né.. e assim pena que ele não continuou mas () a partir do assassinato do irmão né.. () foi uma situação muito chocante então ele foi embora junto com a mãe ... mas foi um garoto assim que tinha aderido ao programa (trabalhadora 3)

eu me lembro assim quando teve um passeio né ...eu me lembro assim quando teve um passeio que a gente fomos lá na chapada... quando se reuniu os adolescentes né... nós tava em sete adolescentes... em grupo né... foi eu o educador físico mais sete adolescentes Ao chegar na chapada o grupo se dispersou... três desceu pra cachoeira e quatro ficou pra trás e NISSO o... o professor tava na frente e eu fui com ele e eu vi que eles dispersaram pra trás mas ai eu falei assim éh coisa de adolescente eles que se resguardá com coisa que não tão junto né... não deu nem dois minutos assim deu um estralo na minha mente eu falei não eles foram usar ai eu voltei em seguida eu senti o cheiro e aí eu falei não acabou o passeio acabou o passeio... acabou o passeio... ai tinha três que foram três lá na cachoeira que tavam curtindo o passeio e eu falei não acabou o passeio nós vamos embora ai paramos em frente a Kombi e começou a discutir e () se tavam usando mas não tava que não tava e ai os que tava que não tavam usando começou a debater mas porque você fez isso porque vocês fizeram isso né ai naquela naquela briga assim ai nós como profissional decidimo junto né ...que era pra ta encerrando o passeio e voltar ...mas ai quando nós viemos quando nós TAva indo daqui pra lá tinha um crima... tava todo mundo sorrindo cantando música né'...distraído os adolescentes tavam interagindo entre si Você VIA aquele... aquela interação deles ai né e quando voltou ...voltou aquele grupo um olhando pro outro né um grupo olhando pro outro assim como se diz pô vocês estragaram meu passeio né Ceis não ta em recuperação se vocês tivessem em recuperação ceis num tava ceis não tinha feito isso né ai eles falaram ah da próxima vez esse pessoal não vai () esses pessoal que fizeram num vão né.... ai nós vortemo nós cheguemo aqui ... todo mundo foi pra suas casas né ai na próxima reunião que nós teve de GRUpo ai começou ai o que que aconteceu todo mundo começou a **jogar o seu sentimento** do que que eles tinham sentido durante aquele passeio ali ce pode ver que tinha adolescente que tava REALmente **imbutido no tratamento** e falava assim pó... oh a atitude desse cara oh oh oh oh o gesto oh o jeito que esse adolescente fez isso né... () quer dizer os outro passeio a gente já vai vim com mais... éh assim... mais resGUARdo vai se cuidar mais...

vai se preparar mais né ...foi interessante foi que depois que aconteceu isso u.us... adolescentes que tavam inserido mesmo no programa eles começaram a se desenvolver MAis ainda... e os outros... infelizmente alguns recaíram pararam... mas só que teve a conscientização né eh::: () tem um que hoje já completou a maioridade e foi pra crônica né de tratamento () internou não tem nem um mês e a vó ligou avisando e era um desse adolescentes que tava usando durante aquele o negócio e ele ta agora imbutido no tratamento ele ta internado... Interessante é a essa a minha visão (Trabalhador 4)

que eu lembro... éh::: da M... né () a M... ela vinha ao CAPS participava... e assim ela gostava de ta aqui... ela tinha um conflito muito grande com a mãe e aconteceu da Mãe quer começar a cortar o laço dela de vim pra cá... então eu via assim teve um dia que ela chegou... e comuni... falou né falou porque que a mãe dela queria não queria deixar ela vim tipo um castigo... Porque assim o conflito das duas podia cortar o laço dela porque era uma coisa que ela gostava de fazer... então eu lembro assim que ela era uma adolescente que vinha porque assim **gostava muito e participava...** mas assim a mãe as vezes queria colocar um castigo e ...() mas éh uma que () aderiu bem... acabou se perdendo por causa da própria... eh ...coordenação que... eh::: começaram a encaminhar para outro lugar e acabou se perdendo mas si se não tivesse acontecido eu tenho certeza eu ela ia ta indo... participando (Trabalhadora 5)

eu lembro do AL quando ele chegou aqui... ele chegou muito mal e a mãe dele precisava do tratamento também e com certeza ela teve né...aqui e ele recaiu basTAnte por causa das drogas e a mãe dele pedindo sempre com o apoio da gente e na época tinha internação... e ela pedia internação pro A L na época não tinha vaga pra ele ta internando e ele sempre recaindo Ai ele vinha no tratamento e eu falava A muda de vida você não tá bem não Lú eu vou internar ai passava outra semana e A vinha de novo no dia que ele resolveu internar::: ...ele tava até ah::: namorada dele.. a namorada dele tava até grávida ai ele falou Lú eu vou ser pai ai eu falei então trata né você vai ficar bom... vai ser bom pra você o internamento pra você sair das drogas... não eu vou tratar e ai encontrei o padrasto dele na rua e ele falou ah o André vai amanhã pra internar... e a mãe dele me ligou dizendo que tinham matado ele... ele foi assassinado no bairro dele lembram do A A L de C... Isso daí eu não esqueço até hoje... e a mãe dele veio aqui e chorou muito mas chorou muito... e ela sempre pedia ajuda sabe ajuda me ajuda (Trabalhadora 6)

mas eu não vou contar nenhum caso ()éh rotina a gente colher exame toxicológico né... eh...agora ta ficando mais tempo sem colher porque não tem médico e ele não ta querendo deixar pedido mas a gente sempre colhe o exame toxicológico deles né ...e ai assim tem adolescente que quando você vai colher eles recusam falam que querem que colha no outro dia que a gente sempre pega de surpresa né ou eu ou a jú tipo numa segunda-feira ou num dia que tem bastante adolescente a gente vai e colhe o exame... tem uns que não querem colher... () ...tem uns que aceitam numa boa

colhem e ai a gente vê que esses que aceitam mesmo éh ...acho que éh o que ta mais aderido né ao tratamento porque sabe que pode dar negativo e o outro que não quer colher ta usando e ai vai dar positivo e ai né... é um argumento pra gente cobrar mais dele ainda né (Trabalhadora 7)

No segundo momento do grupo, a coordenadora lê novamente para os participantes um resumo das falas e pede que eles as agrupem em categorias, chamando esse procedimento de “dar nome aos bois” segundo as argumentações presentes nos relatos das cenas.

a) Argumentações 1:

ele **caminhava em torno de cinco a dez quilômetros a pé** pra vir e pra voltar pra casa... só para fazer o tratamento... (Trabalhador 1)

todos os dias e **ele vinha a pé**... éh então... quando ele conseguiu uma forma assim mais rápida de chegar aqui através do skate ai eu me lembro eu tava tirando fotografia () com as meninas... (Trabalhadora 3)

Para o grupo, as argumentações significaram desejo, vontade, consciência de que precisa de ajuda e de que está sofrendo e humildade.

o **desejo** de tratamento... a **vontade** (Trabalhador 1)

uma questão de **consciência** também de de que tem... existe um problema e que precisa ...cuidar precisa cuidar... dessa coisa ...que está aparecendo (Trabalhadora 2)

mesmo o exame toxicológico (...)mesmo sendo...eh sabendo que isso vai dar positivo já éh um passo...né ele tá...ele já tá começando a desenvolver a **consciência** de que ele ta sofrendo de que **precisa de ajuda** ele tem essa necessidade... e éh mais fácil de aderir ao tratamento... éh (Trabalhadora 3)

mas pra... pra essa caminhada até::: o CAPS é necessário que esse adolescente adquira né esse conhecimento da **humildade** porque não éh fácil ele vim de lá até aqui caminhando... se ele não tiver humildade porque muitos deles eles... eles só conseguem adquirir essa humildade quando eles conseguem ver realmente... que ele ta **necessitado** né ai ele tem a humildade de vim até CAPS do jeito que tiver que vim (Trabalhador 4)

então mas essa **humildade** (...) essa humildade que você ta falando é sinal de que ele tava aderido ao tratamento... né ...faz parte da da **recuperação**... né RESgatar éh::: atitudes **comportamentos... da vida social de uma pessoa....** ...que::: **tem o convívio normal** com as outras pessoas (Trabalhador 1)

b) Argumentação 2 -

mas ele tava bem assim:: ... ele tava muito compenetrado... muito concentrado na atividade e naquele momento ele começou a falar de ah:: algumas coisas assim.. da história do primo que ele tinha que ...que faleceu né que foi morto... e quanto aquela pessoa que morreu era ...era significativa na vida dele...né e ele começou a **compartilhar** isso com o grupo e os meninos... os outros adolescentes foram perguntando... (Trabalhadora 2)

um dia numa reunião de sentimento onde ele **derramou lágrimas** junto comigo... (Trabalhador 1)

ai nós vortemo nós chegemo aqui ... todo mundo foi pra suas casas né ai na próxima reunião que nós teve de GRUpo ai começou ai o que que aconteceu todo mundo começou a **jogar o seu sentimento** do que que eles tinham sentido durante aquele passeio ali ce pode ver que tinha adolescente que tava REALmente **imbutido no tratamento** e falava assim pó... oh a atitude desse cara oh oh oh oh o gesto oh o jeito que esse adolescente fez isso né.....(Trabalhador 4)

Para o grupo essas argumentações representaram o fato do adolescente estar se permitindo mostrar os sentimentos, estar aberto para viver uma experiência diferente e de compartilhar com os demais esses sentimentos e situações vividas. Foi citado também que nesse momento, o adolescente aceita a dependência da droga e significa que ele está se enturmando e despertando sentimentos no grupo.

a questão do CHoro Marilia é a questão assim de **identificação**... entendeu é uma questão di di ...di você se identificar se identificar com... com o sacrifício da pessoa entendeu i:: i:: para outro que ta em busca de recuperação **também** é:: no ponto de identificação que eu falo é as vezes essa questão não passou com ele entendeu ele se identificou que ele poderia ter passado por isso só que ele não teve como o David falou a **humildADE** entendeu de fazer como o ele tava vendo o companheiro dele fazendo... entendeu um um um ajudando ao outro né entendeu ele automaticamente expõe o comportamento dele de caminhada... é:: de interesse... em busca da da da recuperação do trabalho oferecido pela CAPS é assim... deu-se ah:: minha pessoa um:: sentimento de inveja um sentimento de de onipotente entendeu eu não não cheguei ao nível de ter a humildade que ele () de ver o sacrifício que ele tava fazendo... pra buscar o tratamento... eu só esperei... e:: ele buscou
.(Trabalhador 1)

jogar o sentimento, exatamente, (...)acho que isso ai... é a questão é aquela coisa do **se permitir**... né de de **tá aberto ah ah ah experiência** mesmo chorar pra você chorar... desde que esse choro

éh um choro... - -real- - real um choro né de expressão... do que você ta sentindo eh eh () esse não éh pros adolescentes ainda chorar um na frente do outro chorar na frente de alguém ele se permite... ele se entrega praquilo ...pra você compartilhar com o outro você também se permite você se entrega praquela situação de compartilhar uma coisa que nem sempre éh muito legal... né de ta compartilhando mas que ele quer naquele momento ele deseja compartilhar com o outro e ele decide fazer isso... então eu acho que éh um momento de entrega (Trabalhadora 2)

muito diferente nesse... nesse grupo quando acontece o choro éh que o **sentimento que aquele adolescente desperta no GRUpo** que ele possa estar dando o seu depoimento porque muitas vezes... eu sou espelho de outro adolescente e o adolescente éh meu espelho também a partir do momento que eu conto a minha... vivência eu por dentro eu to ali... chorando por dentro porque quanta coisa que eu fiz e () aí quando ele começa a ver aquilo consegue se identificar através do espelho que eu servo de espelho pra ele e começa a dar o depoimento dele e muitas vezes quando ele ta dando o depoimento dele e choRANdo eu não posso ficar chorando no mesmo tempo com ele mas eu sinto aquela dor dentro de mim aí éh a hora que as outras pessoas se identifica com com o que ele ta falando e reunião acontece e frui muitas vezes quando a gente quando você colocou a terceira questão que eu até me esqueci... o que eu ia colocar falar também... a terceira fala... tipo assim éh a gente usa temas né e muitas vezes a gente surge com o tema vamos falar hoje sobre um tema vamos supor assim ... sobre ah::: rendição né se render realmente... ai a gente começa a falar da rendição ai já cai na aceitação porque aquele que não aceitou realmente ele não ele ainda ta brigando pra se render ai quando ele começa a ver que o outro ta se expondo ta se colocando pra fora tudo aquilo que ele sente () ele **começa a se render** ele começa a aderir ao programa e começar a **aceitar realmente a dependência** dele e se **inturmar mais no grupo** né (Trabalhador 4)

c) Argumentação 3 -

a partir do momento que ele começou a **ficar mais tempo no grupo**... (Trabalhadora 3)

Para o grupo, *o ficar mais tempo*, significa identificar-se, seja com a equipe, com os demais adolescentes, com o tema droga, com os sofrimentos e com as dificuldades familiares.

Identificação (Trabalhadora 2)

essa **identificação** ela cabe () no grupo mas muitas vezes ela pode ser () **invertida em dois pólos** né porque aqui nós tratamos o adolescente que muitas vezes a classe social de um **não bate com a classe social** de outro né que o mesmo adolescente que freqüente a lan house né não éh aqueles adolescentes que freqüenta a rua e que freqüenta a campo de futebol né que nem nós temos casos aqui que

era do Vinicius do do Eno do do Alisson que tem uma classe social melhor... né mas que busca a programação mas que identifica com aquele outro tipo de adolescente eles pode se identificar na DROga em si... mas na na fase assim que ele ta vivendo hoje a internet pra ele é real mas pro outro que nunca viu uma internet ele não vai saber o que ele ta falando de de algum sistema que tem na internet se ele tiver falando pra ele aqui vai ser grego né (Trabalhador 1).

a identificação com a equipe que ele tem **conFIANÇA** né então não é só com o adolescente que ta lá eu vou lá porque eu tenho () **identificação com o adolescente** não... com a equipe né com o David que dá os 12 passos ou com a psicóloga... que com ela ele conversa () né ...coisa que ele não faz em casa (Trabalhadora 7)

acho que também tem a **identificação com a própria questão do do tema** da da droga... todos estão aqui... por pelo mesmo motivo e não e também pela **questão da adolescência todos são jovens... todos são adolescentes** estão na mesma fase de vida eh eh eles eles se compreendem é assim...eh eh tão na () mesma fase de dificuldade de de de auto conhecimento de de conhecer as coisas de descobrir na fase de de dificuldade com a família... né então acho que ah ah essa identificação não não só... também com a questão da instituição.. da instituição... da instituição... de de profissional... de lugar mas também... pela:: questão... viva de que tá neles né que é a adolescência... acho que também por isso - - (Trabalhadora 2)

Quando vc falou assim das drogas muitas vezes ele não se identifica com as mesmas drogas, tem adolescente que chega aqui com o sintoma só (Trabalhador 4)

Mas eu não tô falando o tipo da droga mas dá droga (Trabalhadora 2)

então ...mas tem adolescente que não se identifica com o outro porque o outro usa só pasta base que nem ele só usa pasta base... e o outro que só usa maconha ele queira ou não queira ele discrimina aquele que usa pasta base... isso acontece muito aqui ai tem... dois grupos que se dividem nessa identificação que muitas vezes eu tô tentando colocar uma outra identificação que a gente tem que... que ta sempre atento a essa ah ah eh identificar realmente o grupo tentar formar o grupo por mais que ele tenha divergência entre um e o outro ou assim... vamos se dizer não consegue se identificar mas a gente **buscar identificação para eles que... aquele que não chegou no fundo do poço ele vai chega... ele vai atingir o ponto daquele outro** mas muitas vezes isso pra ele não é real hoje ele não consegue ver que é real o Alisson quando chegou aqui na unidade ele só fumava maconha esses dias atrás ele se afundou na pasta base dum tanto... que quando ele foi se internar que ele se internou não tem um mês ele ta doido pra voltar pra vir aqui conversar com a gente o que que ele vai conversar... a identificação vai falar D ah você lembra quando eu falava procê que eu ia atingir esse fundo do poço ele vai voltar e claramente ele vai mostrar identificação porque agora ele se identifica... né porque muitas vezes quando eu falava que eu usava o que eu fiz ele não se identificava ele não sofreu aquilo... ele não passou por aquela identificação (Trabalhador 4)

é mas eu acho que tem uma coisa que a gente tem... tem que pensar é uma questão maior... não só pensar apenas na na nos tipos de substâncias que são usadas né mas eh na **identificação**

daquele ser que está em sofrimento né eu eu percebo assim talvez não pegando tantos os detalhes mas assim daquele adolescente que ta em sofrimento... e nisso eles se identificam independente do que estejam usando porque todos estão passando pelo processo do adolescer... né e muitas vezes alguns estão perdendo a sua identidade... uns já chegaram no fundo do poço outros tão a caminho outros tão tentando sair... né acho que o importante é a gente ta trabalhando isso numa liga maior pra manter a coesão do grupo e da identificação pra não né
 .(Trabalhadora 3)

os familiares né () a questão da **identificação das dificuldades familiares** também com eles é muito forte então não é só uma identificação como você ta falando da droga da instituição tem toda uma questão maior como você tá falando ai... que a gente precisa levar em consideração mesmo e ah ah identificação da dificuldade com a família é muito forte e isso isso isso deixa o grupo mais coeso quando eles falam dessas dificuldades como se eles percebessem e falam puxa ele também tá vivendo a mesma situação que eu e isso deixa eles mais a vontade pra ta falando dos problemas que eles passam () (Trabalhadora 2)

d) Argumentação 4 -

aconteceu da Mãe quer começar a cortar o laço dela de vim pra cá... então eu via assim teve um dia que ela chegou... e comuni... falou né falou porque que a mãe dela queria não queria deixar ela vim tipo um castigo... Porque assim o conflito das duas podia cortar o laço dela porque era uma coisa que ela gostava de fazer... então eu lembro assim que ela era uma adolescente que vinha porque assim **gostava muito e participava...** (Trabalhadora 5)

Essa argumentação mobilizou no grupo uma discussão sobre o papel da família no processo de tratamento. Nas falas dos trabalhadores, a família pode tanto prejudicar, como auxiliar a permanência do adolescente no tratamento e, para isso, referem a necessidade de envolver-se a família no processo, principalmente pelo papel dela como cuidadora e vigilante.

eu coloquei () de castigo por que... porque ela queria vim... então era assim a **mãe queria cortar aquilo ali que ela mais queria** entendeu não é que Todos fazem foi uma exceção que eu vi geralmente os pais que eles né...estejam aqui né () e nesse caso foi assim eu me surpreendi por causa disso que foi ao contrário...-- ela queria muito vim e de certa forma ela queria dar um castigo tirando... cortando ela de vir pra cá () não é... que foi bem
 (Trabalhadora 5)

é interessante a família muito interessante né quando ela adere mesmo ao tratamento junto com o adolescente porque... o adolescente sozinho sem a família ele consegue... mas só que **pra**

ele manTER... é interessante que a família esteja esteja junto esteja unida porque muitas vezes o adolescente aderindo ao tratamento para e a família não parando... não não tando participando não tando buscando se conhecer:: ou conhecer o adolescente em si ela prejudica muitas vezes o adolescentes... porque eu vejo aqui... a a mãe de um adolescente quando ela embutiu mesmo na programação aqui... o adolescente virou mil maravilhas ele voltou a trabalhar um monte de coisa e agora eu vejo que esse adolescente por ta morando no mesmo bairro que eu ele já ta fugindo porque ele não tá vindo mais na programação... né a mãe já acha que ele tá recuperado e ele ta trabalhando... ai ela começa a achar que ele não precisa mais mas **AÍ sim que precisa a família precisa a ta vindo porque porque ela... ela passa por uma fase que parece que acabou que já mudou e não é bem assim a gente que ta aqui na programação a gente vê que que a gente tem que ter vigilância constante e a família tem que ter essa vigilância tem que ter esse preparo pra tá cuidando sempre** porque as drogas num vai sumir de hoje pra manhã di um ano pro outro as droga vai ta sempre ai como uma armadilha pra esse adolescentes e a mãe... ou o pai ou a tia tem que sempre tá percebendo qualquer coisa de estranho que venha a acontecer com esse adolescente porque ele ainda não aprendeu a lidar com o sentimento a gente não aprende assim a se identificar ou lidar com o sentimento dum dia pro outro ou dum ano pro outro
(Trabalhador 4)

() o quanto é importante para eles eles sentirem que a família está dando apoio para eles... numa::: ou em atendimento individual ou no trabalho em grupo... sempre que tem reunião da família eh::: a mãe ou a família ou responsável pelo adolescente não vem na reunião da família... muito deles ficam preocupados em ficar justificando porque que a família não veio... e quando é eles não sabem explica a gente percebe a gente sente o QUAnto isso incomoda eles deles terem tá justificando o porque da família não que eles tenham que justificar... mas eles as as vezes a gente pergunta ah tua mãe não veio aconteceu alguma coisa a gente pergunta para saber o que que é se tá acontecendo alguma coisa diferente tal... eles falam assim não é minha mãe não veio a gente percebe o quanto ISSo afeta eles o fato da mãe não vim ou o pai não vim e quando vem a gente percebe a gente consegue perceber os dois lados **quando vem o quanto isso afeta eles positivamente e quando não vem o quanto isso afeta num certo desconforto**
(Trabalhadora 3)

e) Argumentação 5 -

...ele **deixou de ser aquele menino rebelde** de quando chegou aqui no começo... (Trabalhadora 3)

Para o grupo, essa argumentação significou uma mudança no comportamento, como na forma de se vestir, de se relacionar com as pessoas, de se portar à mesa.

mudança de comportamento né.(Trabalhadora 7)

Por que? Quem usa corrente parecida de cachorro é porque usa drgoa?
(Trabalhadora 2)

essa **mudança de comportamento** () a gente a gente percebe radicalmente né o adolescente vem aqui com aqueles cordão que parece de cachorro no pescoço... vai pintando o cabelo ai ele vai aderindo a programação... ele vai **muDANDO a personalidade** dele ele vai **mudando o jeito de vestir** mas só que isso não acontece também de um dia pro outro... porque tem um adolescente aqui que ele estuda até num colégio ganhou uma bolsa né ai eu vi ele e falei pô ma você tá até você modificou bastante porque eu ficava só no período da manhã ele ficou no período da tarde né... ai eu tô nos dois período agora ai olhei pra ele mas ai cadê aquelas correntes e negócio ele mudô ai ele falou mudei não abriu a mochila tava lá as correntes e os negócio mas quer dizer ele pelo menos ele quando vem pra cá ele tira ele guarda quando ele vai pro colégio ele guarda né quando ele tá com aquela mesma turminha dele ai coloca... corrente pulseira () ai essa mudança vai ocorrendo de pouco a pouco né. (Trabalhador 4)

éh porque éh assim o::: A. né éh muito né danado mas na atitude de rebeldia mesmo o A. era um dos gêmeos que tinha ai... então ele pra gente **não tinha modos...** entendeu -- e com o passar do TEMpo nossa ele começou por exemplo ele comia só com a colher ele começou a **comer com garfo e faca** ele já chegava e **cumprimentava a gente** ele não chegava e ia parando que nem ele fazia antes tipo assim pra protestar pra chamar a atenção ele passou a **mudar o comportamento** dele... né e uma outra pessoa assim que mudou muito muito mesmo éh o N... éh e ele vem aqui ele já fala difícil palavras novas né o corte do cabelo o jeito de se comportar de se vestir de conversar nossa não éh aquele menino que vivia às turras com o grupo aqui né e que as vezes a gente pensava olha...o negocio ta difícil mas olhe mudou bastante (Trabalhadora 3)

O tema identificação mobilizou o grupo para uma discussão ampliada, pois houve discordância sobre a responsabilidade do serviço em relação à mudança de comportamento do adolescente. Em resposta, fala-se da mudança como resultado de um deslocamento do adolescente de um grupo para outro e a mudança como algo a ser percebido pelas pessoas que se relacionam com o adolescente.

fiquei preocupada com o que o D. falou que você ta como que se tudo aqui tivesse funcionando como uma instituição que muda o

comportamento de alguém (Trabalhadora 2)

o que eu quis falar é que geralmente quando a gente começa um tratamento há uma diferença da gente mesmo porque toda () ele tem uma ele tem... um jeito... ele tem uma característica e essa característica esse jeito ele é mudado... ele passa a ser mudado... que ele vai sair dum grupo e vai começar a interagir em outro grupo se eu for começar a interagir nesse outro grupo eu não vou fuma... eu... tem pessoas que não fuma... tem pessoas que andam de skate... () se ele vai sair desse grupo ele já não vai mais andar de skate quer dizer... ele vai pertencer ao outro grupo... ele vai ter uma mudança mesmo nessa forma de ser de vestir... muitas vezes... vai ter essa mudança e essa mudança (...) (Trabalhador 4)

não... na maioria das vezes não... mais o que identifica... O que que identifica... Muitas vezes aquilo pra ele ta () mas pra uma outra pessoa que não entende que não conhece ele... vai achar que ele ta usando droga só pelo fato dele ta vestido daquela forma () quer dizer há mudanças... ..muitas vezes quando ele começa a mudar ele não muda só pra ele... só por ele... ele muda... pra que as outras pessoas veja que ele ta mudando... perceba que ele esteja em mudança... quando eu perguntei pro adolescente () .aquela corrente sua... que eu vi que tinha algo diferente e até colocando melhor aí () pra mim a corrente de cachorro é uma corrente grossa (Trabalhador 4)

No segundo momento, o grupo foi instado a descrever, individualmente, uma cena que representasse um adolescente não aderido ao tratamento. O riso veio como manifestação espontânea, pois, segundo os participantes, seria muito fácil lembrar-se desses eventos que são comuns no cotidiano de trabalho.

Cenas de não adesão para os trabalhadores:

ele com uma adolescente... éh:: um **xingou o outro**... fui trabalhar o sentimento de um com o outro... ele pegou uma cadeira... se eu não seguro a cadeira... ele tinha quebrado...- - ele tinha quebrado a cabeça dela e a cadeira junto também - - ... (...) éh com o N mesmo... né ..., aquele período que ele tava eh:: no que a gente chama de fundo de poço... né... entendeu... éh momento dele... que... que ele não tava em recuperação tava fazendo de conta que vinha aqui... mas no fundo ele queria recuperação...né... se ta vindo éh um sintoma de que quer... quer buscar... tem o desejo da recuperação ... mas éh com a atitude dele se demonstrou que ele precisava de muita ajuda ainda... de ser ajudado mesmo... de aceitar ajuda... era essa a minha... minha cena (Trabalhador 1)

minha cena... éh ... o G... o G foi um adolescente assim que me...

primeiro porque eu tava né tinha pouco tempo aqui né... no CAPS... eh:: ele participou de todas as atividades () é rolou sentimento mesmo da minha parte assim porque é:: a a mãe né família no caso a mãe... é uma mãe que estava sempre... está né... sempre solicitando a nossa ajuda... ela tava sempre se colocando como... como aquela família que estava preocupada aquela pessoa que tava pronta pra dar tudo o que ele precisava... na recuperação dele... e ele **fazendo exatamente o movimento inverso**... eh:: quando ele decidiu que ele se daria alta... ele veio com a mãe com o avô... eh:: eu e o M conversamos com ele numa sala fechada... e não teve não teve qualquer tipo de di di di ...conversa enfim... acordo não porque **não tinha acordo**... não tem acordo... **é é um tratamento... nós somos aqui uma instituição qui qui o nosso serviço é esse e ele precisa estar exposto a... estar aberto a nossa proposta... né... de trabalho e querer se cuidar**... e ele foi daquele momento sim ele tava até verde ele não tava nem amarelo () tava verde... .. ele tava completamente **afundado na droga**... eh:: **na nossa frente ali dizendo que não... que não queria... que não precisava disso e tudo o mais**... enfim... **naquele momento né... que toda... todo... toda pessoa que se envolve com droga faz**... eh:: e aquilo pra mim foi muito forte... porque .. é complicado... a gente sofre... foi um caso que me causou sofrimento () (Trabalhadora 2)

é:: eu vou falar do R... é um adolescente que tá aqui... só que ele vem encaminhado pela... pela justiça... e ele vem só que assim... ele **vem mesmo obrigado** porque toda vez que ele ele eu converso com ele ele pergunta até quando que ele vai ter que ficar aQUI e se ele não vim o que que acontece... e toda vez que ele vem a gente vê que ele não quer ficar aqui... **ele mente que tem compromisso** que tem que sair mais cedo... e aí **ele falta**... então assim... a gente vê que **ele tá vindo mesmo por causa que é encaminhado pelo juiz**... e na hora de **fazer exame toxicológico também ele se recusa** () e quando a gente faz ele fala e aí se der positivo o que que vai acontecer se vai mandar pro juiz **ele tá preocupado só com o juiz** (Trabalhadora 7).

eu assim pra mim... o que me marcou bastante... na não adesão...pra mim foi do C...o CN... um adolescente... de mil e oitocentos aí eh:: a gente fez assim... fez inúmeras visitas inclusive numa das visitas qui qui foi feita... eu não sei se era a R ou alguém tava comigo... eh:: ele **tinha plantação né lá do negócio** lá... mostrou lá na horta nos fomos lá ver () tomamos leitinho puro da vaquinha... né...e vimos a plantação lá na horta dele né () e depois ele vinha pra cá mas assim não teve adesão e também porque os pais assim quando coloca a questão da droga da família do usuário os **pais tavam assim doentes extremamente doentes**... é então as vezes eu falo da questão da co-responsabilidade né da co-dependência da da família nisso(...) (Trabalhadora 3)

é interessante... isso né... eu senti uma vez isso () foi quando... quando me chamaram numa sala ali... né... eu e uma TO pra pra tentar dobra o guri pra ver se ele aderiria a programação aqui. porque ele já tinha sido internado varias vezes... aí ele tentou varias vezes ficar aqui... aí ele veio veio com a mãe dele... e

convicto que não ia ficar... aí eu fiquei dum lado conversando... aí eu saí aí ela tava conversando com ele... né... a nossa TO... aí ele ele falou que não... aí eu voltei na sala... aí nos saímos nos dois para discutir fora e agora... que que tem que fazer... né... é encerrar o contrato desse adolescente... né infelizmente né... e nesse dia eu vi que... ele não queria a adesão dele né (Trabalhador 4)

eu acho que é o F... o F tem 12 anos um menininho... ele **não quer o tratamento**... não quer... o pai luta... vai pro conselho vai pro SOS... o menino vem pra cá ele foge daqui... né... o pai ta doente a mãe não que... e ele não que o tratamento... ele **só fica na boca de fumo** (Trabalhadora 6)

no geral... assim... o que eu vi de alguns adolescentes que não aderiu... é aqueles que eles mesmo **falam que não precisam de tratamento**... ele sabe que usa mas **ele acha que a droga não ta prejudicando ele**... então nesses casos que eu vi que não teve... mesmo a família querendo tudo mas ele não adere... ele acha que não precisa () (Trabalhadora 5).

O argumento exposto pela Trabalhadora 5, sobre a percepção dos adolescentes para o evento *não precisar de tratamento*, motivou alguns comentários do grupo que percebe a negação do adolescente como uma forma de discordar da necessidade do tratamento, como um sinal de alguém com um quadro de dependência, como um mecanismo para convencer as pessoas e a si próprio de que não precisa do tratamento, como resultado de “doença” familiar ou como expressão da discordância familiar da necessidade de tratamento pelo adolescente.

.. só vou completar essa questão da J né... é o que ela falou... a não adesão ao tratamento... depois de uma avaliação né... perante a equipe... e assim detectado entre a gente que **HÁ** necessidade de tratamento entendeu e o adolescente sempre apontando a **negação** ...né... a negação presente aí 24 horas (Trabalhador 1)

..então...mais um sintoma pra gente poder ta trabalhando... essa **negação** dele né... que é o primeiro sintoma () a negação.....não preciso estou bem.. não sou dependente (...) (Trabalhadora 3)

em qualquer momento ele **justifica o uso** dele... em todo e qualquer momento ele justifica o uso dele porque que ele não precisa como... o porque que ele não quer... e ele tem que estar justificando pra ele mesmo... e tentando **convencer o próximo que ele não precisa** (Trabalhador 4)

com... com relação à família né... a gente () percebe... no caso desse de não adesão do adolescente... o que a gente vê sempre deixa aberta né a reunião da família para toda todos os pais... enfim a família que quiser continuar a vir... continuar frequentando o

grupo... por por a gente entender que... por nós entendemos que existe a a a necessidade que é importante a família ser trabalhada nesse sentido por conta da co- dependência... a **família toda fica doente** a família **não sabe o que fazer** a família fica desesperada... e por conta do desespero acaba tratando do assunto da questão é com agressividade... com com ... enfim... () é a família... de muita... agindo né de uma **maneira totalmente inadequada** e que muitas vezes vai agrava a situação né... do do adolescente... então por entender dessa forma é que a gente sempre deixa o grupo aberto pra essa família que mesmo o adolescente não... não aderindo ao tratamento mas que ela precisa... vai chegar um momento dele... uma hora vai chegar o momento dele... e que ela ta se preparando... ela () se preparando (Trabalhadora 2)

... eu já vi um pai falar assim... ah::: ele só ta usando maconha ... maconha é leve assim - - **acha que o filho mesmo não precisava ter um tratamento** assim porque era só maconha(..) (Trabalhadora 5)

Para alguns trabalhadores, a negação pode representar que o adolescente ainda não atingiu o momento de desejar o tratamento. Ainda com relação à essa questão, um trabalhador menciona a necessidade de um manejo adequado, para não aumentar o processo de negação do adolescente.

tem o caso do do como é o nome daquele rapaz () o A o A ele... eu não cheguei a atender o A mas eu sei da historia dele por vocês... e também... ouvi de vocês ouvi que **chegou um momento,... momento DELE** que ele chegou e pediu pra a avó e pro vô ... falou assim olha não dá ... não dá mais pra ir ... não dá pra fazer mais nada eu preciso me internar... e e não foi ...M.... e ele pediu para os avós... falou ó... vocês me mandam prum lugar aí onde eu vou ficar afastado internado ...e é o que aconteceu ele ta afastado... ta numa clinica em são paulo não é isso... e as noticias que a gente tem aqui da avó... é que ele ta bem... então... vamos ver quando ele sair de lá né... chegou o momento dele... o tempo dele... dele falar... olha preciso... preciso disso... preciso... que me deixem num lugar... ele **tomou consciência** de que ele sozinho... de outras maneiras não ia dá... e que teria que ser dessa forma ... vamos ver quando ele sair de lá () vamos ver como é que vai ser mais... **é um tempo dele assim... um momento diferente dele né... que você percebe que algo ta diferente algo mudou pra ele** (Trabalhadora 2)

e isso na maioria das vezes acontece quando o adolescente ta... é adolescente () adulto... quando ele chega no fundo do poço ele ele por si só...ele pede ajuda ... mas essa **ajuda também tem que ter alguém... que tenha um mínimo de conhecimento** né... pra poder dar nossa ajuda pra ele... porque na hora que ele necessita dessa ajuda .manda ele ...que nem nos temos aqui... inúmeras clinicas mas que as que ... as BOA mesmo são particular... e na maioria das

vezes não tem condições de financiar... aí já vem de lá uma igreja numa numa clinica terapêutica onde o cara reza o tempo todo que nem já aconteceu aqui ... ah ta com dor de dente reza que vai passar... aí não passa... aí o adolescente vai lá e muitas vezes acontece isso... e faz o que...faz com que ele volte pra clinica... com mais rebeldia com mais raiva e com mais sede ao pote ainda ... ele vai usar mais em vez de buscar a ajuda necessária (Trabalhador 4)

Nessa etapa não foi necessária a construção de categorias pelo grupo porque houve maior consenso nas argumentações.

Para o grupo:

a não adesão significa quando... eh::: por exemplo... ele **resolve um problema** ah::: **com agressividade**... né mesmo tentando conversar **ele busca... outras maneiras de lidar com aquele sentimento**... ele se... () **se dá alta**... quer dizer ...ele fala **não tem conversa**... ele fala não quero...né...() **não quero tratamento ... fala que não precisa** mesmo tendo consciência do problema... quando ele não está... éh quando ele está fechado à proposta... mesmo que apresentada ele não quer... quando ele não quer se cuidar... éh::: quando ele **vem por obrigação**...por exemplo... ah::: foi a questão do juiz... quando o juiz encaminha ele vem obrigado... quando por mais tentativa que faça ele planta maconha no quintal dele... quer dizer não tem muita... quando os **pais são doentes** co-dependentes... quando os pais... tentam resolver as coisas com agressividade... isso interfere na não adesão... ah::: quando **ele nega**... mesmo ele tendo consciência ele fica negando negando isso... e **quando ele tenta por toda a lei justificar... o uso**... justificar porque ele não quer e tenta convencer todo mundo porque que ele não precisa daquele tratamento (Coordenadora)

No Quadro 4 resume-se a percepção dos trabalhadores acerca da adesão e não adesão.

Quadro 4 – Percepção dos trabalhadores do CAPSad acerca da adesão e não adesão – 2008.

Adesão	Não adesão
desejo	resolve um problema com agressividade
vontade	busca outras maneiras de lidar com aquele sentimento
Consciência que precisa de ajuda	Alta voluntária
humildade	não estar aberto para conversa
Identificação (equipe, grupo de pares, tema droga, sofrimento do outro)	falar que não precisa do tratamento
Se permitir	pais são doentes (co-dependência)
compartilhar	tenta por toda a lei justificar o uso
Estar aberto	Não querer o tratamento
Mudança de comportamento	vem por obrigação
Mudança de personalidade	Negar que precisa do tratamento
Se enturmar com o grupo de adolescentes	
Aceitar a dependência	

No último momento, foi lido o conceito de adesão proposto por Bertolozzi (2005), e solicitou-se ao grupo a discussão dessa forma de conceituar adesão.

..não se reduz a um ato de volição, desconectado da realidade do sujeito doente, mas depende de uma série de intermediações que envolvem o indivíduo, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo, que diz respeito aos processos que levam (ou não) ao desenvolvimento da vida com dignidade (Bertolozzi, 2005, p.167).

O grupo reage à leitura do conceito. A Trabalhadora 2 diz que esse conceito ampliado de adesão, o que envolve os processos externos, que não o desejo da pessoa, já era algo que eles sabiam. Porém isso não havia sido dito porque, por solicitação da coordenadora, eles pensaram em uma cena de adesão relacionada aos adolescentes. A mesma trabalhadora pergunta ao grupo: porque a gente não apontou, porque ninguém apontou?

Para alguns trabalhadores, justificar a adesão depositando todas as questões no adolescente é resultado da lógica da sua prática, que se restringe ao próprio serviço, sem ações externas na comunidade. As dificuldades

enfrentadas pelo serviço também foram citadas como motivo para pensar a adesão centrada no adolescente. A falta de uma rede de atenção articulada, de investimento e contrapartida governamental para possibilitar a execução de ações entendidas como fundamentais acabam gerando trabalhadores estressados com interferência no trabalho e na relação com o adolescente atendido.

por que a gente aponta basicamente....oooo... como se a gente tivesse abrir mão... entendeu... **levantando o problema... somente nele (...)** (Trabalhador 1)

a gente **não olha a visão lá fora...** não vai lá () entendeu... trabalhar o lá fora... **só trabalha o aqui dentro** (Trabalhadora 5)

() éh porque a rede...éh a ... porque se a rede existisse esse adolescente ia ser tratado... naonde ele tivesse ia ser tratado ... o CAPS... por si... ele está aqui nesta unidade... ele **não se desloca na comunidade** onde precisa muitas vezes... que nem... inúmeros projetos que a gente vê fala ... escuta fala... a gente poderia tá trabalhando na comunidade... mas pra gente estar trabalhando na comunidade vai o que... os passe que eu ganho pro meu CAPS aqui... eu vou ter que ... aí eu venho pra cá... assino meu ponto e vou lá pruma outra comunidade e vou gastar o que... meu transporte... pra mim tá indo lá pra outra comunidade ... aquela pessoa que tem o carro... vai estar gastando o carro dela pra estar indo pruma outra comunidade ... **requer recursos...** e se tivesse a rede... a rede por si...ela mesma fazia esse ... esse... esse trajeto pra que que tem um conselho... o conselho pega o adolescente lá não sei daonde... que ele ta ruim ele trás aqui... né.. ... só uma vez e ele não poderia estar trazendo ... reunindo aquela comunidade e trazendo ... você inúmeros fatos por o adolescente ta vindo... e tem inúmeras redes que poderia estar trazendo o adolescente até aqui... mas eles não se unem... **a rede não existe...** a verdade é essa (Trabalhador 4)

éh quando eu falei da da da:: questão mais ampla né... éh que a gente teve esse olhar pra... pra toda a problemática... onde esse adolescente está inserido né... porque que o:: A... porque que ele vinha de skate né.... éh porque ele achava bonito andar naquilo... ...éh porque ele não tinha condições de vir de ônibus... me cortava o coração .. tantas vezes eu ia de ônibus eu ia folgada dentro do ônibus e ele ia naquele skate e as vezes ia andando com aquele trem debaixo do braço e era todo dia todo santo dia o A tava aqui mesmo quando não era para ele estar aqui ele vinha e ficava aí... como ele gostava daqui... outros adolescentes que não vem... tem um que tem esposa e filho ... eles vem lá do sucuri... lá do... éh muito distante daqui...da Guia... - - ele ele vem de bicicleta... de lá aqui... debaixo desse solão... como que nos vamos exigir que essa criatura éh tenha uma adesão completa... ate que ele ta tendo né... ele ta tendo... vem ele a mulher e o bebe... tem outro adolescente que mora noutra bairro aqui que vem a pé... então éh assim... eu acho que a gente tem olhar... ter esse **olhar mesmo né pra todas as questões onde está**

inserida esta historia emocional social... éh o psicológico... éh tudo que ta influenciando ai pra adesão e não adesão também - -
(Trabalhadora 3)

eu acho que ambém () a gente não tocou nesse assunto... porque nos aqui... especificamentenos - - estamos passando por um processo de que ta todo mundo já commeio sabe... com o saquinho assim meio... sabe **cansado já** de de... da () gente entender do que precisa ... do que éh necessário... e da gente não ter... não ter essa devolutiva **não TER contrapartida...então a gente ta sempre falando nisso... da mesma... dos mesmos problemas a gente esta sempre reivindicando algumas coisas que a gente acha que éh imprescindível pra cá... né... mas essa contrapartida... ela éh. ela éh difícil.....** então assim... éh quando você fez a pergunta **a gente já parte logo pro adolescente porque a gente vai ficar discutindo sempre as MESMAS coisas tem hora assim que ... que a gente olha um pra cara do outro e fala assim.... de novo...né..** então assim... isso éh estressante pra gente e isto de alguma forma... com certeza os adolescentes são afetados... eles sentem isso... eles sentem isso e e isso também eu acho que éh uma dificuldade também que a gente enfrenta né...também ta se trabalhando () a equipe ta sim... cuidando desse lado também que chega uma hora ta todo mundo estressado... fala gente a gente quer fazer... mas a gente não tem ..tem certas coisas que a gente não consegue...que a gente não tem poio não tem contrapartida não depende só da gente (Trabalhadora 2)

existe uma demanda muito grande que se chama judicial... o adolescente éh obrigado a vim até aqui ... mas esse adolescente não consegue estar vindo aqui... ele vem aqui e abre a ficha de... o prontuário dele... passa por todo mundo nesse dia e não volta mais porque **não tem condição de ta vindo** .. e que que acaba... acaba que por medida socioeducativa ele volta a a fica preso novamente porque... porque ele descumpriu uma lei ... mas não éh que ele descumpriu uma lei... ele não tem um veiculo que venha até a unidade de tratamento muitas vezes ele quando ele chega aqui ele fica maravilhado ... fica louco para continuar e fazer o tratamento mas não tem como porque não consegue (Trabalhador 4)

tem uma questão que eu sempre coloco assim pras famílias né... durante o atendimento... que éh elas começarem a pensar em formar uma associação ou alguma coisa assim pra lutar por uma assim por políticas publicas permanentes e eficazes você vê... essa questão do **passé éh uma questão muito séria pra o adolescente dar continuidade no tratamento pra ele aderir ao tratamento...** eh::: a gente vê que eles passam por inúmeras situações assim de de **miserabilidade MESmo** ... de ta em **risco social** né... e aí... quem que a gente vê o **poder paralelo** ganhando todas né... ou matam os nossos adolescentes ou levam eles pra delinqüir e a voltar pra cadeia ... né então fica assim ... os nossos gestores não dão atenção a atenção devida e fala em combate ... mas não se combate coisa nenhuma porque não dá a atenção devida a esses adolescentes e por outro lado o poder paralelo acaba ganhando da gente... né e nos tamos aí lutando brigando mas ainda tem muita () (Trabalhadora 3)

e há uma questão também muito ... () que é a questão da **redução de danos**... que que acontece... o adolescente uma vez que ele venha no CAPS há uma redução de danos muito grande ... esse esse numero de adolescentes que já passou pelo CAPS... e vamos supor que:: tem uma índice de mortalidade entre ele os adolescentes... não tem mais porque eles passam pelo menos... no máximo de 100% que passam aqui... 5% 3% acaba voltando e () acabando morto mas a maioria () eles... eles conseguem se conscientizar mesmo usando pra não se envolver com o crime não se matar não... consegue... identificar o tratamento... mas não consegue aderir ao tratamento (Trabalhador 4)

O segundo grupo focal foi realizado com os adolescentes participantes das entrevistas. Estavam presentes seis adolescentes, sendo quatro meninas³⁰. É importante destacar que oito adolescentes não puderam participar da etapa do grupo focal em razão do horário de trabalho. A possibilidade de fazer o grupo no período noturno foi descartada, uma vez que alguns estudam após o trabalho e pelo próprio fato de ser a noite, considerando que muitos moram em regiões distantes do CAPSad.

A primeira etapa do trabalho foi semelhante à mesma realizada no grupo dos trabalhadores, solicitando-se a cada adolescente, a descrição de uma cena, da época que estava no CAPSad, representativa de adesão ao tratamento. Diferentemente do grupo dos trabalhadores, após a descrição das cenas, a coordenadora fez uma síntese do que foi dito, permitida pelos muitos ponto comuns nas falas e conceitos expostos.

Cenas de adesão:

eu vou citar assim uma uma pessoa que fez parte assim do tratamento junto comigo ...que foi o A....acho que todo mundo lembra dele... um moreninho A.A...assim. eu vou citá ele porque sempre...assim... achei que ele sempre se dedicou assim ao tratamento completamente porque... da minha parte assim porque eu sempre conversei com com as pessoas, tudo assim, sempre fui comunicativa. ..então, ele foi uma pessoa assim que eu mais **conversei quando eu tava com algum problema**.teve um dia que eu cheguei aqui eu tava mal demais... ele e a A também, a A eu sempre conversei com ela assim quando eu tava com problema...então ele, teve um dia que eu cheguei aqui muito mal

30 A fala de um adolescente ficou prejudicada, pois a tonalidade da voz e a velocidade da fala alterou a qualidade do som. Portanto, foram consideradas as falas de cinco adolescentes (quatro meninas e um menino).

assim, eu tava com vontade usar tudo e sempre eu conversava com ele, ele **me dava altos conselhos...** a gente sempre conversou.. sempre se demo bem também.. por isso que eu citei ele porque eu acho que ele se identificava assim com o tratamento completamente (E11)

uma outra questão que:: pra mim marcou bastante enfim ...no Caps em si foi um dia de uma reunião... não sei nem se você tava ? foi uma reunião de 12 passos... que teve logo após de uma briga entre a gente aqui dentro que muita gente parou de falar com muita gente ... aí teve uma reunião de 12 passos com o Emerson (monitor)... aonde ele tava falando de como lidar como aprender a lidar com a nossa própria doença e ...nossa .foi muito bom...a gente... **parou todo mundo pra pensar no que a gente tava fazendo de errado** e tal. (...) Ele tava ensinando sobre::: como ele dar o primeiro passo que eu não me lembro agora dos 12 passos, primeiro passo... (...) admite a nossa impotência ... ah::: teve uma reunião que todo mundo **abaixou um pouco a crista** e todo mundo **resolveu parar com intriga parar de cuidar da vida dos outro** e começar a **cuidar da própria e iniciá o tratamento...**foi uma questão assim de **admitir mesmo que todo mundo aqui tava aqui porque era doente** então foi um dia que me marcou bastante(E13)

eu acho que quem mais ()... tava bem situado ao fazer o tratamento era o L.F... foi a pessoa também assim. mais dos guri que eu mais me identifiquei. que ele sempre me **ajudou quando eu tava assim com problema** ... quando eu tava com vontade de usa ele **me incentivava a ir procurar novas pessoas... novos tratamentos...** ir no AA no NA... então acho que ele me incentivou bastante.. eu acho...na época que ele tava aqui ele era uma pessoa muito envolvida com o tratamento pelo menos até quando ele tava né...acho que ele é a pessoa que eu mais vi envolvida quando eu tava no tratamento (E15)

Comiogo também era assim...no primeiro eu comecei e vir por obrigação, depois por dependência ((risos)) (E11).

essa questão de falar em relação ao M. e ao próprio P.. éh:: acho que é questão de ... do fato deles terem passado pelo que a gente tava passando ...rolou muito um lance de identificação entre a gente uma coisa assim legal uma coisa muito bacana que aconteceu.... não só com ele... mas com a própria S (cozinheira)... o pessoal com quem... que lidavam com a gente... era um pessoal que sabia o que tavam fazendo...eles sabiam o que a gente tava passando...então era mais fácil esse pessoal, a gente conversar com esse pessoal, eu não conseguia me abrir com a minha psicóloga mas eu me abria com a E. com a esposa do P., então era coisa assim de identificação de bater assim e falar... nossa, você me entende...um lance assim legal (E13)

bom eu não citar ninguém que eu não conversava muito com ninguém... era mais fechada...só que teve um dia que eu vim... tava fazendo oficina com a E., que é a esposa do M... .de bijouteria... que foi quando eu tava conversando com ela... (coisas assim..meus...)...dai foi quando eu comecei a admitir que eu precisava do CAPS...que eu era doente que eu precisava disso aqui e foi quando eu resolvi...admitir e **peguei pra valer o tratamento e me dediquei ao máximo** ... tanto é que **ficava LOuca quando acontecia alguma coisa e minha mãe falava... não hoje não dá para você ir no Caps... eu queria morrer... eu queria vim pro Caps... eu ficava... eu colocava todo mundo doído pra conseguir vir pro CAPS...eu adoRAva ficar aqui, gosto muito daqui...** (E4)

eu quem que:: me influencio bastante aqui... foi o C..o P..e::o M.. (trabalhadores)....(...) assim..o C assim quando tava assim ele **distraia a minha mente** quando tava com vontade assim **conversava...** e o P(trabalhador) e o M(trabalhador) porque eles foram dependentes também. eu começo a ver .. **via como que eu tava e como eles tão** né...depois recuperandor né.... aí **começava .a raciocinar...**e isso ai (E5)

Para o grupo:

vocês imaginam que quando um adolescente tá com adesão ao tratamento ele tá demonstrando tá...dedicação ao tratamento... ele **ajuda o outro que está fazendo tratamento** né... igual a E15 e a E4. falaram isso... ce vê é um colega que está no tratamento e pode já até ajudar o outro que tá chegando tá... quando o adolescente **admite que ele precisa do CAPS** como a E4 falou e **admite a doença** como a E13... falou e **dá incentivo pra os tratamentos pro colega** né... fala olha... busca aí isso... busca aquilo e tal... quando tá envolvido... quando adora vir ao CAPS... quando **tem vontade de vir ao CAPS** participar... o CAPS passa numa obrigação à uma dependência como disse a E11 vira uma .coisa assim...e o que que pode influenciar essa adesão.... veja se eu to correta no que vocês me falaram.... o profissional, exemplo, o C...o M... o P... profissionais que podem atuar como é na na... distrair... quer dizer trazer coisas pra gente pensar...coisas boas...distrair a cabeça e também pra gente poder se **identificar**.... é isso? (Coordenadora)

Na segunda etapa o grupo teve que descrever cenas que representassem a não adesão ao tratamento. Como no grupo de trabalhadores, a reação à proposta foi semelhante, todos começaram a rir, considerando a facilidade para identificar cenas de não adesão.

..eu citei isso na na entrevista que ela, que ela fez comigo lá lá em casa eu também citei isso.... e eu vim pra cá por que eu fui obrigada a vim pra cá..se eu não viesse pra cá eu tava ferrada....eu vim pra cá obrigada...((risos)).cheguei aqui eu tratava todo mundo mal... não olhava na cara de ninguém... não falava não me abria com ninguém. ..a psicóloga falava comigo eu não falava .. aí elas perguntaram se eu vim aqui .. se eu tinha vontade de parar.. eu falei bem assim... não eu vim aqui só por causa do minha mãe..por que ela jogou eu aqui né...no começo eu .. foi assim.. eu vim pra cá por causa de obrigação (E11)

não ... também tem assim eu acho que tem muitasmuitas pessoas que não levou a sério.....tambem porque teve muito lance assim de **uma pessoa julgar a outra** aqui dentro igual a gente sempre tava **envolvida em discussões aqui**, a E11 tambem .. era briguinta por coisas Mínima assim, pequena, entendeu? aí tinha que chegar alguém profissional pra juntar todo mundo e esclarecer o que era, porque se fosse a gente mesmo ia ser um terror ..((risos)).. porque **a gente brigava**.. era uma discussãozinhaaté cadeirada que gente tinha aquiera briguinta... coisa assim pequena que era... até por causa de oficina mesmo.....de brincar ali fora .(...) de namoro.... [[risos]]...então **era era muita discussão** assim:::a gente::: no começo assim... muita **gente não levava a serio** mesmo (E11)

ah:: esse negocio de vir pra cá pra mim foi uma loucura eu já queria bater ním todo mundo porque eu **não queria vir pra cá** não...eu **vim pra cá por causa de D**... que abriu o bocão para a minha mãe..e me colocou na parede... que se eu não viesse pra cá ela não ia mais falar comigo...aí naquela época eu tinha D. na terra e D no céu né... aí a idiota veio pra cá...aí já arrastamo essa aqui junto...fizemo a cabeça dela pra ela vim...mas de inicio... não tinha jeito...de inicio...mamãe eu to indo pra escola...era... A....usando maconha.....fumando maconha... não tinha jeito cara.. eu num vinha pra cá porque **eu não gostava daqui ()** ...(...) eu não vinha pra cá... eu não gostava de vir para cá... porque **eu não gostava** mesmo... eu **não queria parar** entendeu.... só que... e rola muito, rolava muito aquele lance aqui

dentro... que todo mundo sabe... todo mundo tinha uma doença...todo mundo queria fazer um ser mais manipulador que o outro... então fazia.. então... não...que nada sua mãe não vai saber pra onde você vai mesmo... vamos fervê.. ah:: vamo embora... nós tamo no grupo memo...então rolava muito isso... de inicio...desputa para ver quem fumava mais... quem era mais louco... rolava muito isso...(E13)

.... teve uma turma que quando eu tava quase saindo do Caps entrando para a turminha, cabava de falar, que não, não... **tô parando tal tal tal e chegava bem ali reunia bolava um brown** e eu passava assim e ficava olhando..iiih..o cara acabou de falar que não tá usando, que ficou tantos meses sem uSÁ .. que exemplo que eles tão dando né... aí tinha até uma menininha, esqueci o nome dela agora..... começou a vim.. eu ia la na casa dela passava toda vez e trazia ela e ela começou... ir junto com os povo que ia fumá né e a gente falava pra ela não vai.. não vai... até aconteceu uma coisa engraçadado pai dela...meio constringedora né mas engraçada assim... não é causo de rir mas... bem na hora que ela diz que tava vindo pro CAPS nesse dia até eu num vim...parou ali num terrero baldio()de minino e um monte de gurizada que vinha aqui no CAPS... aí o pai dela falou vou ver memo se ela ta no Caps.... ela não tinha nem umas duas semanas que ela tava frequentando aqui..., o pai dela passou ...por incrível que pareça passou na mesma rua que ela tava fumando encontrou ela lá... hummm...mas fez o maior bafão, diz que veio aqui queria tirar ela de todo jeito que aqui não era bom exemplo pra filha dela... falou que tinha tinha um guri que tava manipulando que não sei o quê não sei o quê aqui não era lugar pra se tratar era lugar de perdição... então aí o pai dela na hora já veio aqui já não queria que ela viesse mais..já veio aqui e .já deu o maior sermão.....nem lembro ni quem.. cheguei no outro dia que eles me contaram..... **então acho que por incentivo de um outro vai.pra zuar tamém acaba esquecendo o tratamento** e voltando fuma aqui mesmo por aqui com alguém que tá fazendo tratamento(E15)

é como todo mundo falou né que no começo é **obrigação ninguém qué vim**, qué bate em todo mundo .. cara virada e depois começa perceber que precisa e... aí não tem jeitoa adere ao tratamento até permanecer limpo... muito difícil ter um adolescente que chega aqui e fala eu vim porque quistodo mundo vem obrigado...até perceber que...(E4)

ela falou que no começo todo mundo vem pra cá trazido né?... ele falou... eu vim porque eu quis, ai eu falei... é uma minoria que vem porque quer (E11)

bom eu, **eu vim pra cá por causa do conselho tutelar** .. ((risos))*....ai o conselho tutelar foi e falou pra minha mãe e minha mãe falou pra mim vim pra cá falou que era...eu gostava de aula de violão e isso e aquilo..ai eu peguei e vim pra cá e quando fui vê era outra coisa né, não era do jeito que ela tava falando.....aí eu peguei fiquei grilado pra caraio com ela ... grilei com aquela mulher do conselho tutelar lá e xinguei ela todinha ...((risos))...aí... eu assim meio que ...senti assim um vazio mas... não sabia que era pra pará com a droga assim ... eu usava a droga pra preencher esse vazio mas... no final tudo ficava um vazio maior ainda....aí eu vim aqui tava fechado... aí, começava ver o povo que tinha bastante tempo aqui ... começava ouvir o que eles falava assim... começa presta atençãoaí fui

percebendo que o jeito que eu tinha era pará memo senão... tava enrolado... ai fui continuando (...) mas mesmo assim eu não queria vim né, minha mãe falou .. eu vim por ela só só pra ver memo.(E5)

*vários adolescentes dizem ter vivenciado a mesma coisa

O relato da cena de um dos participantes, referindo-se à imagem que ele fazia do trabalho desenvolvido no CAPS, o que ele de fato encontrou e o efeito dessa diferença na hora da adesão ao tratamento, foi explorado mais detalhadamente. Para isso, solicitou-se ao grupo que falassem sobre a imagem construída para o tratamento antes de conhecê-lo.

comigo foi assim né...igual eu citei aqui que amigas começaram antes né... então assim eu já sabia que aqui era esse tipo... do jeito que ele falou...isso aqui e aquilo....as meninas falava ... a psicóloga é daquele jeito.... tem uma psicóloga que é bonita... a outra é olho verde.... não sei o quê.. ((risos))... lá tem lanche... tem isso... tem aquilo e tem não sei o quê ... aí tudo bem né... sabia que era assim né... só que... como eu também falei que eu .vim. obrigada pra cá então eu falei pra minha mãe que era outro jeito falava não mãe lá vão me dopá...vão fazer isso aquilo... pra mim não vim.. eu sabia que não era... mas eu falava pra minha mãe pra minha mãe não manda eu pra cá.que lá vão mudar meu jeito... vão querer me interná... vão querer me dopá... vão fazer um monte de coisa... então eu falava isso... só que eu sabia que não era,eu falava isso pra minha mãe pra passar outra coisa pra ela (E11)

eu tamem achava que aqui era uma **clínica de internação** porque antes de eu descobri isso aqui... eu ouvia a D. falano mas eu não sabia que era aquiaí um belo dia minha irmã foi e fugiu de casa e tive que procurar no conselho tutelar ... aí eu cheguei lá pra saber onde ela tava .. eu ia ser testemunha da minha mãe porque ela tinha agredido minha mãe naquela época... aí::: minha irmã pareceu lá com a policia no camburão gritano, esperniano.. que que essa guria qué falá de mim, .ela fuma maconha... essa menina é uma drogueira..não sei o que...derrubou minha casa.. aí ela brigou comigoaí isso que dá ser dedo duro, ó ai se fodeu... ai não sei o que...ai acabou que a mulher lá pois pressão ni mim não tem.....e seu eu não quisesse::: vir pra clínica por vontade própria só com encaminhamento ela ia me mandar lá pro... como chama aquele lugar ... não.. lar da menina moça, coisa assim...(..) ah, eu assitia muito aquele filme de de que o povo internava drogado não tem? tipo eu achava que era uma clínica igual aquelas que interna que dopa o povo lá é um povo tudo louco não tem? eu não queria vir pra cá não...**eu pensava que aqui era uma coisa muito séria...** um negocio assim que não ia dá, tipo que eu não queria para na real, eu queria vim pra cá fazer médiapro povo largar a mão de pegar no meu pé... e pro pessoal do conselho tutelar não manda eu presa..coisas do tipo...então eu cheguei aqui achando que isso aqui

aí ser assim (bate na mesa), ai eu descobri que eu parava se eu quisesse e tal.. (E13)

não ... a mesma coisa que a E13... eu **achei que era uma internação...**, eu falava pra minha mãe que isso aqui era um **hospício** e que eu não tava louca e que eu não queria vim pra cá... aí eu não vinha... eu não ia vim de jeito nenhum...eu ficava louca... eu falava pra todo mundo que minha mãe queria me internar no hospício...tava achando que eu era louca e até descobrir que era tudo diferente... ai deu vontade de vir pra cá... ai eu gostei e não queria sair....(E4)

eu pensei que era uma internação...que era horrível... no começo **pensei que ia tomar um monte de remédio...**igual a E13 achou... que ia só ia viver dopada... aí no começo eles deram remédio memo ... eu não tomava quase .. minha mãe que tomava... mas eu não tomava..., eu ficava com medo né... aí de repente me dá vontade de usá usé.. e toma o remédio e fica doida... então não tomava... eu chegava em casa... já tomou o remédio? já tomei. (E15)

eu quando::: comecei aqui eu **achava que era interno** também né... porque antigamente o povo ficava de manhã e a tarde... aí eu vim tava na triagem... aí foi de manha né aí almoçamo... ai eu almocei... fui fumar um cigarro lá fora... fiquei lá... aí vim conversei com a psicóloga... depois vi as gurizada tudo ali deitada no colchonete dormimo... aí eu comecei a pensar que é interno memo né... aí começou falá de remédio lá... aí eu comecei a fala pra mãe... não mãe... não quero fica lá pra sempre não internado naquele negocio lá... eu não tô doido...aí foi indo. fui fazeno amizade assim... aí comecei ir né... aí me dero os remédio... não tava quereno toma não... eu fui tomei uma vez.. no fim ai foi comecei fica sem toma né...minha mãe perguntava se eu tomava mas pegava.... arrancava e jogava fora... falei que tomou pra ela olhá que tava faltano...aí comecei fica tomamo tomamo os remédio ai e eu virei um psicomania com esses remédio aí... gastava uma cartela em menos de uma semana... aí esse carbamazepina começou a não dar mais efeito pra mim e o medico deu pra mim um tarja preta... aí o::: tarja preta tinha que toma um quarto por dia do comprimido... aí comecei a tomar dois comprimido no dias..aí fui vendo assim... fui parando um pouco os remédio...usando a dosagem certa e começando a fazer aquele tratamento.....(E5)

A referência à medicação mobiliza o grupo e uma grande discussão acontece. Alguns falam de como gostavam de usar a medicação, enquanto outros o quanto tinham receio em usá-la. Segundo as anotações do observador, “O grupo, juntos falam do remédio à vontade, riem, falam do perigo. Todos falam juntos, mobilizam-se no assunto” (Observador).

Falam da mistura do remédio com o uso de drogas, do valor das cartelas e da possibilidade de conseguir dinheiro com a venda das mesmas.

(...) era **muito errado** esse negócio de remédio...(E15)

(...)eu ia lá no psiquiatra... ele passava a receita e eu memo já pegava aqui....levava pra casa e tomava...(E11)

(...) eles **tiraram uma droga da gente e colocaram outra**(E4)

(...).eu vou falar porque eu fazia isso.. eu saia do NA... todo mundo... a (tropinha) e chegava no posto (Los Angeles) e comprava aquelas garrafas de coca-cola e ta escrito lá no negocinho .. contra-indicação () socava três, quatro, dissolvia num copo de coca-cola gelado, pra **ficar tudo louco** ... o remédio ..diazepan .. o povo cheirava, esfarelava e cherava o remédio.. ((risos)) (E13)

lá na Guia o povo cheirava tamem os comprimido.... eu não .. mas uma vez o cara fumou e eu fumei também...esses comprimidos eu comecei dá pra gurizada do meu bairro lá... a gurizada gostou e começou a querer toda hora (...) eu **virei até traficante de remédio** lá no bairro (E5)

Foi perguntado ao grupo sobre quem controlava o uso da medicação, se eles mesmos ou os responsáveis. Segundo eles, a responsabilidade e a manipulação dos medicamentos eram do próprio adolescente, de forma que a família e até mesmo o serviço pareciam pouco compromissados com a questão, ou mesmo não capazes de perceber o uso inadequado pelos adolescentes.

no começo era assim... eles liberava prus pais e passava a dosage certa ou o horário que tinha que tomá... só que teve tempo que eu chegava eu ia lá no psiquiatra ele passava a receita... eu memo pegava aqui....levava pra casa .. (E11)

do remédio ele num tinha tipo controle... se ele me dava remédio hoje eu esperava passar uma semana... minha cartela já acabava e era para durá o mês inteiro... eu chegava lá e falava que não tava conseguindo dormir e ele já me dava outra receita com um remédio mais forte e eu só.. no remédio. (E13)

ah também eu que controlava o que eu queria beber... quanto eu queria beber... minha mãe nunca... eu que pegava... eu era menor né não podia dar ...eu que pegava... minha mãe nunca controlou não... eu memo que tomava sozinha... quanto que eu queria...mas tomei muitas poucas vezes... não tomava muito não (E15)

o meu:: eu comecei eu memo controlá né? ...foi inté eu pará de tomá ele ... aí porque eu lembro uma vez que eu tava lá no meu quarto né... aí eu tava lá assim comecei a ficá com vontade assim né de usá e a vontade foi ficando cada vez mais e mais forte né... aí eu fui tranquei ...a porta do quarto... aí fui jogar assim a chave pela janela... joguei muito forte que foi .. no telhado lá... no fim da área...

aí ficou lá... aí eu comecei fica com vontade... a vontade começou a fica forte pensei em quebrá a porta e saí né... aí eu falei... ai que nada... eu vou tomá esse remédio... eu foi.. porque na época eu tava ...o médico deu tarja preta pra mim... aí eu fui e tomei três assim e nada deu capotá... começou a me bate mais vontade .. eu fui e acabei tomano a cartela inteira...aí foi...eu não aguentei e apaguei né... minha mãe que falou pra mim que ela olhou pela janela.. viu eu deitado lá começando a tremer...tremer... caiu da cama.. começo a tremer... aí ela tentava abrir a porta batia e nada... trancada.. aí ela falou.. olha deve ter jogado pela janela e começou a olhar no chão e nada de acha... nada de acha... aí quebrou a porta lá e depois foi lá... me socorreu... ficou um tempão lá... eu assim tremendo... minha mãe tentano abri... aí eu comecei parando aos poucos... aí até pará completo (E5)

isso aconteceu comigo també...de tomá uma cartela...que aconteceu uma briga... tinha uma psicóloga que eu não suportava a cara delaporque toda vez que ela ia me atende ela falava bem assim pra mim... óh... lembro até.. eu consigo lembrá a cara dela... ai... ela era insuportável.... ela tava grávida na época e eu tava na minha época de dicção ativa e eu tava com ódio de todo mundo... então eu entrei na sala... ela falou que a gente usava droga porque a gente queria... porque a gente não tinha vergonha na cara... se entendeu? falou... tocou nuns pontos assim que ela tocou na ferida mesmo... cê entendeu? eu fiquei com muita raiva dela... mas com muita raiva dela... que eu falei pra ela que se ela não saísse da minha frente eu ia dar um chute na barriga dela que ela ia ter o filha dela na hora e ela ficou lá dentro da sala... me trancou dentro da sala e começou a fala um monte de coisa pra mim... eu já peguei meu celular e liguei pra minha mãe e falei pra minha mãe que se minha mãe não viesse aqui eu ia quebrar tudo aqui dentro... e eu discutindo com ela nesse dia () em aclamar e eles me deixaram aqui deis minutos aqui dentro... sozinha.... depois de deis minutos que eles me deixaram aqui dentro foi o tempo suficiente pra mim achá uma cartela de diazepam e óh tomei a cartela inteira... eu fiquei desmaiada um tempão... quase.... num lembro quantas hora aqui dentro do CAPS...minha mãe ficou louca... queria processar o CAPS (E13)

Optou-se pelo aprofundamento desse tema, uma vez que muitos dos estudos que discutem adesão, estão relacionados à medicação. No tratamento de Tuberculose, Aids e Hipertensão arterial, esse é um dos desafios dos serviços. Porém, observando a fala dos adolescentes, a medicação pareceu ser percebida tanto como algo ruim, principalmente pelo receio dos efeitos colaterais quando usada em conjunto com a droga, como também, como algo bom, que ocupa o lugar da droga, ora pelas sensações corporais, ora pela possibilidade de ser uma alternativa de obter dinheiro com a venda de

cartelas. Esse dado não foi encontrado em nenhum dos estudos analisados nas outras áreas.

Assim, percebeu-se a medicação, nesse contexto, como um desafio maior, não apenas no sentido de estimular o uso, mas envolvendo uma dimensão individual, social e programática, que deve conter o acesso à informação e esclarecimento quanto aos seus efeitos colaterais, a razão para a sua prescrição, a discussão sobre a relação e o papel da família e/ou responsáveis, como também dos profissionais dos serviços.

Para o grupo:

vocês falaram o seguinte... quando vocês reconhecem que não tem adesão... quando a **pessoa vem pra cá..., aí sai daqui e logo depois e já começa a usar droga lá fora...** enfim... **sai pra curtir** ou quando **vem aqui pra lancher...** pra ..só pensando na questão da comida..., pra satisfazer a necessidade do depois do uso né? quando **vem por pressão da família... vem por obrigação...** quando vem e **só quer saber de discutir e brigar... dar cadeirada...se desentender...** quando de repente... você..., éh::... o grupo puxa você ta aqui e o **grupo puxa você pra, o incentivo né...** pra não ficar aqui... pra fazer outras coisas lá fora... quer dizer... incentivo interno para não aderir... quando ta aqui mais pra **ficar disputando se usa mais que o outro...** se é melhor que o outro nesse sentido tal (...) vocês colocaram a questão da turma que por exemplo...ou já tão encaminhado pra tratamento aí chega uma turma de fora nova que né...não foi isso? você fica olhando aquela pessoa que vem... **fala que não ta usando e sai lá fora e usa né?** não é isso ? ta...a **família é que vê no CAPS um problema...** acha que o CAPS é um problema... que o CAPS é perdição né... você colocou... que você falou ali também que teve um problema.. que o CAPS não é um bom lugar... que isso também interfere né? a pessoa vem com cara virada... pessoa **vem esperando uma coisa né... igual o E5 falou... encontra outra** e aí de repente... e que mais... quando tá sentindo um vazio muito grande e aí vem pra cá mas acha que o vazio ele tem que ser coberto com a droga né... tem a impressão né... como você falou também... e aí vocês trouxeram essa questão que eu acho que tem a ver talvez com a adesão ou não adesão que é a **imagem que o adolescente tem do CAPS...** da fantasia que o adolescente tem sobre o CAPS...então não sabe o que é ou sabe mais ou menos ou sabe acha que é só **curtição** ou vem porque a psicóloga é bonita... porque o lanche é gostoso... ou então **vem achando que aqui é uma clinica de internação...** aqui vão dopar a gente... nos vamos ficar dormindo no colchonete... vamos morar aqui ficar o dia inteiro aqui, que aqui é horrível, que aqui é **coisa de louco...** que aqui é hospício... é:::aí... essa questão do remédio que vocês trazem muito forte da relação dentro desse processo todo como que o remédio... vocês viram isso... o uso do remédio pra vocês...então... que ele era mais um... vocês usavam para curtir né no começo quer dizer... como você falou... tira uma droga e põe outra... era um uso sozinho que vocês não tinham controle... vocês mesmo que controlavam

né... e que depois de um certo momento quando passam uns baques assim, como o E5 contou ou então como é que tem consciência e vai diminuindo e faz uso correto ou para de usar né... que são as possibilidades (Coordenadora)

No Quadro 5 resume-se a percepção dos adolescentes acerca da adesão e não adesão.

Quadro 5 - Percepção dos adolescente acerca da adesão e não adesão - 2008.

Adesão	Não adesão
Ser capaz de ajudar um outro adolescente que está em tratamento com conselhos e escuta	Está em tratamento, fala que não está usando, mas continua usando
Admitir que precisa do tratamento	Vem ao tratamento para lanchar e curtir
Admitir que tem uma doença	Vem por obrigação
Ser capaz de incentivar os outros adolescente à fazer tratamento	Tenta resolver os problemas com agressividade
Ter vontade de vir ao CAPSad	Entra em pequenas discussões
Se identificar, principalmente com trabalhadores do serviço	Segue o grupo que continua usando
	Família vê o CAPS como um problema
	Imaginava outra coisa do tratamento
	Ficar disputando se usa mais que o outro
	Acha que o CAPS é uma clínica de internação ou "coisa para louco"

O terceiro grupo focal trouxe a possibilidade de uma experiência conjunta entre a equipe e os adolescentes para a construção de uma proposta de atendimento. Participaram do grupo sete adolescentes e cinco trabalhadores.

As falas dos participantes foram gravadas como nos demais grupos, porém perderam-se os registros por problema no aparelho de gravação. Como essa perda dos dados foi detectada logo após o término do grupo, a coordenadora reuniu as anotações da observadora e o material produzido pelo grupo durante o processo e em conjunto elaboraram da forma mais fidedigna possível os detalhes da atividade.

O grupo foi iniciado com a fala da coordenadora explicando o tema

que deveria ser discutido. Os participantes deveriam criar um personagem e sua história, cuja única característica exigida de antemão, era ser adolescente e estar precisando de um serviço para álcool e drogas.

A História de Maria

A primeira fala partiu do Trabalhador 4 que sugere o nome João para o personagem. O grupo não concorda com a escolha de um menino, as meninas se manifestam dizendo que é um tipo de discriminação e decidem mudar o personagem para o sexo feminino com o nome de Maria.

A coordenadora pergunta a idade da personagem. Uma das adolescentes diz que Maria tinha 15 anos por ser a idade de em que tudo começa, se refere à escola no primeiro ano (primeiro colegial), quando conhece todo mundo novo. Trabalhador 4 sugere que a Maria já foi reprovada por dois anos. O grupo se manifesta lembrando que ela está na idade correta para a série, então fazem a opção por manter somente um ano de repetência. Uma adolescente sugere que Maria seja revoltada, que tenha fugido de casa, que agredia a irmã mais velha e roubava, que era dependente de droga e “alcoólatra”. O Trabalhador 4 sugere o crack, mas o grupo reage, principalmente os adolescentes, e decidem pela maconha, tabaco, alegando que essas são as primeiras drogas que os adolescentes conhecem. O grupo de adolescente sugere que a personagem more com o padastro e que ele já a abusou sexualmente. Complementam ainda que ela já passou por instituições como SOS criança, casa da retaguarda e ser menina (abrigo para meninas) e pela Fazendinha (unidade de internação para adolescentes que praticam ato infracional).

Até esse momento os profissionais não estavam opinando na construção do personagem, com exceção do Trabalhador 4, sendo necessária a interferência do coordenador para estimular esse processo de participação. A percepção do observador é de que os profissionais estão mais atentos às falas dos adolescentes.

Após a intervenção da coordenadora, os profissionais passam a participar mais. O observador comenta que alguns profissionais interrompem a fala dos adolescentes. Há certa discordância entre alguns profissionais.

Volta a discussão sobre qual foi o tipo de droga que a Maria havia usado primeiro e o grupo de adolescentes decide que ela havia começado com o tabaco, passado para o álcool e depois a maconha, seguida da cocaína e da pasta base.

O grupo decide que a personagem vai procurar um local de tratamento como o CAPSad, por indicação do serviços que ela frequentava, no caso, “ser menina”. Os adolescentes se pronunciam dizendo que a personagem procura o tratamento por obrigação e vai ao serviço pela primeira vez acompanhada pela mãe.

Nesse momento a Trabalhadora 2 faz uma pergunta ao grupo, sobre a adesão da personagem ao tratamento, se ela havia aderido ou não. O grupo inicialmente se cala e depois decide que não, pelo fato dela ter vindo por obrigação. O Trabalhador 4 trás alguns detalhes vividos pela personagem durante o processo de triagem (ela não queria parar de usar, só queria ir para as “baladas”, não aceitava o tratamento e acreditava que poderia parar de usar sozinha).

O grupo de adolescentes decide que a personagem abandona o tratamento após 1 mês e nesse momento a Trabalhadora 2 lembra que como ela havia sido encaminhada por um serviço, que seria necessário enviar um relatório para o juizado falando da desistência. Feito isso, o juizado faz contato com a adolescente, que retorna ao tratamento. Nesse momento surge uma discussão entre os adolescente sobre as razões que fizeram com que ela retornasse ao tratamento. É falada a diferença entre voltar pela dor causada pelo uso e pelo fato de ser dito à ela que o não retorno implicaria em prisão ou internação.

Nesse momento então, o grupo decide pelo retorno ao CAPSad e a principal questão trazida pelo grupo, para que ela aderisse ao tratamento, foi

a identificação na visão dos adolescente, com os outros adolescentes em atendimento.

Um adolescente trás a possibilidade de recaída (retorno ao uso), o que ressoa no grupo que concorda com essa possibilidade, somente um adolescente não concorda alegando que nem todos passam por recaída. Nesse momento o Trabalhador 4 trás a possibilidade da abordagem da redução de danos e o grupo se silencia enquanto ele explica para o grupo a proposta. Então uma adolescente questiona o porquê do serviço não ter feito isso com a adolescente. Outro adolescente questiona se essa forma de trabalho é possível e pergunta se alguém consegue fumar somente uma cabeça de pasta base. O grupo se cala diante dessa fala e o Trabalhador 4 retoma a explicação sobre a abordagem de redução de danos. Novamente a adolescente questiona então a forma que a personagem foi tratada e novamente o Trabalhador 4 fala sobre a abordagem.

Na visão do observador, nesse momento o grupo fica incomodado e não consegue decidir se a personagem recai ou não, a questão mobiliza o grupo como um todo na discussão sobre como e quando a recaída acontece. Há posicionamentos sobre a recaída em razão de um novo encontro, alguns falam da influência de uma amiga antiga em uma festa. O Trabalhador 4 trás que a recaída é um resultado de um processo que já estava acontecendo, pois ela já estava tendo o mesmo comportamento de antes. Alguns adolescentes acham que a recaída acontece pelo fato dos adolescentes acharem que já estão bons e que são capazes de se cuidarem sozinhos. Segundo o observador, a discussão sobre a recaída gerou muitas divergências no grupo que não conseguiu evoluir.

Surge a questão: o que fazer no momento da recaída? Um adolescente sugere a visita domiciliar do CAPSad e todo o grupo dá risada. A discussão passa então para a forma que a visita acontece, detalhando como a personagem estava no momento e como reagiu à visita. E sugere que ela estava brava, estava dormindo e acorda agressiva e sem diálogo, enquanto o CAPSad estava aberto para o retorno dela ao tratamento. Nesse momento

todo o grupo fala ao mesmo tempo e ri. A visita domiciliar é vista pelo grupo como a forma de plantar uma semente. O Trabalhador 1 sugere uma reflexão da personagem por 2 dias e a Trabalhadora 2 fala que a personagem começa a se sentir angustiada, deprimida, fica sem sair do quarto. Na visão do observador o grupo se incomoda nesse momento. É falado sobre o sentimento de medo e da sensação de impotência e, nesse momento os adolescentes verbalizam a concordância com a situação e complementam que a personagem está tomando consciência de que precisa buscar ajuda.

Nesse momento o grupo começa uma discussão sobre o que é assumir/reconhecer/admitir, mesmo fazendo uso e dessa discussão o grupo chega ao consenso de que admitir é o primeiro passo e o grupo decide que a adolescente retorna ao serviço com humildade, mais receptiva, pensando em no que fazer para não recair, admitindo o erro, mais aberta e desejando o tratamento. O Trabalhador 4 não concorda e diz que a personagem não reconheceu e nem admitiu que precisa de ajuda. Inicia então um debate entre esse Trabalhador 4 e todos os adolescentes. Nesse momento a Trabalhadora 5 e a Trabalhadora 2 interferem dizendo que o papel do CAPSad é acreditar e apoiar a adolescente, acreditando na possibilidade de mudança e confiança. O Trabalhador 1 sugere então que a personagem fique por três meses sem usar drogas. De acordo com o observador, o grupo fica mobilizado com o desfecho da história e todos falam ao mesmo tempo, trazendo lembranças de outros colegas que vivenciaram coisas parecidas. Começa a discussão sobre o que acontecerá com ela após o processo de tratamento. Os adolescentes sugerem que a personagem retome os estudos, tenha mais amor próprio, sentimentos mais positivos, mudança de comportamento, e concilie os horários de trabalho com o tratamento no CAPSad, pois começa a trabalhar como babá por meio período. O Trabalhador 4 pergunta ao grupo o que foi importante no tratamento para a personagem. O grupo fica em silêncio. Uma adolescente fala da importância de terem acreditado nela. O Trabalhador 4 retoma o processo de tratamento no CAPSad e todos ficam em silêncio. A Trabalhadora 5, diante do silêncio, pergunta ao grupo, referindo-se aos

adolescentes, o que eles preferiam, é manifestado o desejo de um final feliz, contrária a opinião do Trabalhador 4 que sugere a necessidade de recuperação permanente. Finalizada a história, o grupo debate sobre as formas de tratamento e aparece a discussão sobre a importância de diferenciar o tratamento para aqueles que estão iniciando com aqueles que estão a mais tempo em tratamento, para que os primeiros não influenciem os segundos. Nesse momento também, aparece a necessidade de ouvir o que os adolescentes pensam e que essa dinâmica tinha mostrado para alguns da equipe que os adolescentes pensavam, tinham idéias e opiniões.

Se a proposta neste capítulo é compreender a adesão e a não adesão como um encontro e um desencontro entre... as discussões realizadas pelos participantes nos grupos focais veio concretizar essa forma de compreensão.

A primeira observação é que a forma de compreender a adesão ao tratamento também é mais um aspecto a ser discutido quando se quer compreender a adesão dos adolescentes ao tratamento. Portanto, a forma de entender a adesão influencia na adesão!

No primeiro grupo focal, os trabalhadores pensaram a adesão como sendo algo diretamente vinculado ao adolescente, ou seja, para aderir ao tratamento o adolescente precisa ter desejo, vontade, consciência, humildade, aceitação e identificação. Uma vez adquirido essas condições, o adolescente aderido deve mudar de comportamento, de personalidade, se enturmar com o grupo, de forma que possa compartilhar seus sentimentos e estar aberto para receber a ajuda.

Para os adolescentes entrevistados, um adolescente aderido ao tratamento é aquele que se mostra capaz de ajudar um outro adolescente que está em tratamento com conselhos e escuta, como também incentivá-lo para se tratar. É aquele que admite que precisa do tratamento, que demonstra vontade de vir ao tratamento e se identifica com ele, principalmente com os trabalhadores do serviço.

Fazendo um comparativo entre os dois grupos é possível observar que as semelhanças para o significado de adesão foram: vontade de ir ao

tratamento, aceitar que precisa do tratamento e identificar-se com aspectos do tratamento, no caso, com pessoas da equipe.

As diferenças entre os dois grupos estão na forma de avaliar atitudes. Ambos citam formas de comportamento dos adolescentes que representam a adesão, porém, para os trabalhadores, há uma mudança de comportamento “aceitável” socialmente (modo de se vestir, sentar à mesa, de se relacionar com as pessoas), enquanto que para os adolescentes, a atitude está na capacidade do adolescente acolher e auxiliar outros adolescentes que vivenciam situações semelhantes.

Quanto a não adesão, os trabalhadores também atribuem o fato quase que exclusivamente ao adolescente, com exceção de uma observação que envolve a interferência familiar. Para o grupo, a não adesão está presente quando o adolescente resolve seus problemas usando agressividades, quando não está aberto para conversar, quando não deseja o tratamento ou por não considerá-lo necessário, ou por ter sido obrigado, o que o faz pedir alta sem a concordância da equipe, situação essa também percebida como não adesão. A co-dependência dos familiares foi mencionada como sendo um aspecto que influencia na não adesão.

No grupo dos adolescentes, a não adesão é expressada também como algo que está muito ligada aos comportamentos do adolescente, como falar que interrompeu o uso de drogas e continuar usando, resolver os problemas de forma agressiva, disputar com o grupo de pares quem usa maior quantidade de drogas, vir ao tratamento para lancha ou se divertir e não se identificar com o tipo de tratamento. Um importante aspecto citado, foi o fato do adolescente se deparar com um tipo de tratamento muito diferente daquilo que imaginava, sendo este um fator para a não-adesão. A família e o grupo de pares são citados como responsáveis pela não adesão em algumas situações, quando a família não percebe o serviço como benéfico e quando o grupo de amigos incentiva o uso.

As semelhanças para a não adesão entre a percepção dos dois grupos estão centradas no comportamento agressivo do adolescente e no fato dele

ter vindo por obrigação. A influência da família para a não adesão também foi algo comum entre os dois grupos.

Somente o grupo dos adolescentes referiu aspectos da adesão que envolvem a relação do adolescente com o serviço.

O que foi referido nos grupos, também apareceu no levantamento de estudos acerca da adesão e não adesão realizado por Reiners et al. (2008), pois a maioria dos fatores citados e que contribuem para a não-adesão ao tratamento estão relacionados ao paciente, principalmente aqueles que discutem a relação com os dados demográficos e o uso de drogas.

Esse resultado revela que tem sido conferida ao paciente a maior carga de responsabilidade pela adesão/não-adesão ao tratamento. Muitos estudos dos últimos anos têm focalizado o sofrimento dos pacientes com problemas crônicos de saúde e concluído que o sucesso do tratamento é fortemente dependente do comportamento deles (p.2302).

Os autores mostram fatores que contribuem para a não adesão citados nos estudos analisados. Dentre os 37 fatores identificados, somente três se aproximam daqueles citados pelos entrevistados: a falta de apoio da família e a dificuldade de percepção quanto à eficácia do tratamento, aproximando-se do fator citado *não achar que precisa do tratamento*.

Não houve propósito de discutir “formas de lidar com o problema da não-adesão”, no entanto, durante o debate sobre como eles tinham considerado a adesão e o conceito proposto por Bertolozzi (2005), alguns trabalhadores referiram aspectos importantes que auxiliariam no processo como: a importância da contrapartida e investimento governamental, a possibilidade de acesso aos serviços oferecendo vale-transporte, fortalecendo a articulação da rede de atendimento e a necessidade de realizar ações na comunidade para além dos muros da unidade.

Reiners et al. (2008) também observaram nos estudos analisados, referência sobre possíveis medidas a serem adotadas na resolução do problema da não-adesão, como a participação dos profissionais, dos serviços de saúde, dos governos e das instituições de ensino. Dentre as 24 estratégias

citadas, quatro se assemelham às aquelas mencionadas pelos entrevistados: as ações na comunidade (especificamente a visita domiciliar e a busca ativa daqueles que interromperam voluntariamente o tratamento); ampliar rede de apoio e oferecer suporte social diante das demandas sócio-econômicas da população atendida.

Em nenhum momento foi citada a necessidade de aproximação entre a população atendida e os trabalhadores como forma de auxiliar na adesão ao tratamento. As ações tidas como capazes de intervir nos processos de construção das políticas públicas, foi citada por uma trabalhadora ao sugerir aos familiares que formassem uma associação com o intuito de lutar pelos direitos sociais, como o vale-transporte para ir ao tratamento, No entanto, a fala da trabalhadora não demonstra um movimento ativo do serviço nesse processo, mas como algo a ser realizado somente pelos familiares.

Em quais situações foi possível perceber encontros entre...?

A vontade de ir ao tratamento, aceitar que precisa do tratamento e se identificar com aspectos do tratamento parecem sugerir um entendimento da adesão como algo unilateral, exclusivo do adolescente. Portanto não há encontros..

Há encontro quando as falas destacam a identificação por um profissional e do profissional por..., o que possibilita ações de cuidado e de auto-cuidado.

A forma de avaliar atitudes, no caso, o comportamento dos adolescentes designando formas de entender a adesão, também assume uma posição unilateralizada, não há encontros entre...

Há encontros quando há uma percepção do comportamento dentro de um contexto, como, quando, porque e para que...

Há encontro entre...quando a adesão está refletida no comportamento socialmente aceito?..... A mudança de comportamento é observada, e o que se pode fazer com ela?

Quando os adolescentes se referem à adesão em relação ao comportamento de um outro adolescente no grupo, há um encontro

entre...um adolescente que ouve o outro adolescente, que acolhe, que incentiva...promove-se cuidado e auto-cuidado.

Em quais situações foi possível perceber desencontros entre....?

Em uma perspectiva bilateral, a não adesão foi percebida no comportamento “agressivo” e “incorreto” do adolescente e no fato dele ter vindo por obrigação ao tratamento e não por desejo. O comportamento “errado” da família, que não percebe o serviço como sendo algo benéfico, também foi identificada como não adesão.

Coisas para se pensar...

As percepções dos atores sociais sobre a qualidade dos serviços são determinadas por suas experiências inerentes à vivência junto aos programas em questão (Uchimura e Bosi, 2002, p.1567)

A dimensão subjetiva da qualidade de programas e serviços remete-nos a um terreno pouco explorado. Guarda, certamente, em seus meandros, muitos aspectos a serem desvelados, já que pertence ao plano das nuances, do profundo, do particular (Uchimura e Bosi, 2002, p.1567)

O que observamos é que ora em adesão, ora em não adesão...é possível perceber os sujeitos e suas subjetividades. É a adesão como algo dinâmico...os encontros e desencontros com movimento.

A fala de um dos trabalhadores, se referindo ao comentário de um outro trabalhador sobre a facilidade de identificar a não adesão de um adolescente, mostra bem esse movimento,

é e não é né Marília, porque quantas vezes o N. deu sinal de não adesão. Um adolescente pensá de enforcá o outro, o adolescente pensá em bater no outro, o adolescente pensá de matá o outro, e de repente cê vê esse adolescente recuperado. É inúmeras situação que cê vê, cê pensa: ah não vai ter adesão, mas no final há adesão desse adolescente (Trabalhador 4).

Entender adesão e não adesão como algo estático, inviabiliza qualquer ação transformadora no âmbito do cuidado. Como pontua Ayres (2004b), a ampliação de um horizonte normativo que tenha como concepção de saúde um “estado” de coisas, e “completo”, torna-se inviável uma vez que esse novo olhar, “como qualquer horizonte, deve mover-se continuamente,

conforme nós próprios nos movemos, e não pode estar completo nunca, pois as normas associadas à saúde, ao se deslocarem os horizontes, precisarão ser reconstruídas constantemente (Ayres, 2004b, p.19).

Um primeiro passo seria então, a adesão e a não adesão significarem um encontro entre... e um desencontro entre...por meio de um deslocamento de algo que o adolescente faz sozinho e, portanto é responsável por isto, para algo que o adolescente faz "...em sua relação com o momento interativo do encontro trabalhadores de saúde e usuários" (Camargo-Borges e Japur, 2008, p. 69). Ambos, encontro e desencontro entre...podem se transformar em um cuidado e um auto-cuidado.

Quando os trabalhadores, diante do conceito ampliado de adesão, reagem dizendo que têm consciência de que a adesão envolve outras questões que não somente aquelas relacionadas ao adolescente e, justifica essa fala como resultado de uma descrença em nível estrutural parecem

apontar a situação de encontro não atualizado, isto é, de um potencial de interação que não se realiza plenamente, como o núcleo contraditório da crise enfrentada naquela relação terapêutica, como a crise de legitimidade pelas quais passam as práticas de saúde de modo geral (Ayres, 2004b, p.20).



O que considerar

As considerações deste estudo, não são finais, embora representem a última das sete cabeças de um bicho que se chama adesão de adolescentes ao tratamento para uso de álcool e outras drogas

Como foi apresentado na história mitológica de Hércules e a Hidra de Lerna, a cada cabeça cortada, outra nascia no lugar, fazendo com que o herói mudasse de estratégia para conseguir interromper esse processo.

Neste estudo, também foi necessário repensar estratégias, porém o intuito não foi derrotar o bicho de sete cabeças, pois a adesão ao serviço não deve ser vista como um problema, mas como um encontro e, em contraposição, a não adesão deve ser vista como um desencontro. Portanto, esse movimento de ir e vir, nada mais é do que um processo dialético que envolve, na trajetória percorrida, uma batalha onde não há vencedores e nem vencidos, mas sim modos de estar no mundo (Quarentei, 2001).

Figurativamente falando, as cabeças desse bicho, embora unidas em um só corpo, tiveram cada uma a sua independência e a sua peculiaridade. E com essa última não será diferente.

Na primeira cabeça refletimos sobre o *encontro com...* o uso de álcool e outras drogas e as diferentes facetas desse processo, mas não com um olhar para o fator de risco, mas sim como um aspecto que pode interferir na adesão. Nesse sentido, foi sugerida uma estratégia para pensar junto com os adolescentes de que maneira acontece o encontro com... tanto em âmbito coletivo e individual, sendo esse o primeiro passo para o início de um trabalho.

A segunda cabeça compôs a chegada... e tudo o que está vinculado à ela. Nesse momento, o diálogo foi feito no sentido de destacar a importância de conhecer os pormenores do processo da chegada do adolescente ao tratamento, principalmente se pensarmos nos obstáculos ultrapassados e não ultrapassados e que podem interferir diretamente na adesão. Sendo esse o segundo passo.

Na terceira cabeça foi alcançado o estar... em tratamento e para isso, destacaram-se aspectos que estão diretamente associados à adesão e o

cotidiano em si. Foi possível concluir que antes de um saber técnico, de um saber fazer, há um saber não técnico, o saber ouvir e ser ouvido. Sendo esse o terceiro passo.

A quarta cabeça representou a saída...e com ela a possibilidade de enxergar o ato do adolescente em interromper o tratamento voluntariamente, como um autogoverno, como a afirmação de um autocuidado, mas também como resultado de um ato técnico dissociado das necessidades previstas no encontro com....no chegar... e no estar.... Sendo esse o quarto passo.

Na quinta cabeça a estratégia foi mostrar a importância de abrir espaços para o ficar...tendo como referência aquilo que se sabe a partir do que se vive. Foi aberto o espaço para os adolescentes compartilharem suas propostas de cuidado, que confirmaram e/ou ampliaram as estratégias criadas a partir de saberes técnicos, como também inovaram com outras alternativas.

A sexta cabeça foi uma estratégia compartilhada entre os trabalhadores e os adolescentes, cujos saberes técnicos e não técnicos se cruzaram e possibilitaram compreender que o significado de adesão e não adesão também interfere diretamente no modo dessas acontecerem.

O que se propõe, na sétima cabeça, como último diálogo possível com a adesão ao tratamento, é a necessidade de adequação da linguagem, ou seja, "...voltar às coisas simples, à capacidade de formular perguntas simples..." (Santos, 1988, p.46).

Com relação a isso, temos então um problema, pois "a linguagem com que se faz a ciência, é ela própria também um elemento da própria produção científica..." (p.586) e é com ela que, segundo Ruivo (2004), são definidos campos cujas fronteiras são traçadas ou transpassadas.

Então, como será possível fazer essa transformação se,

Um dos grandes obstáculos à compreensão mútua é, frequentemente, um desconhecimento da linguagem do outro e a pretensão de que, sendo inteligentes e dominando eximamente as ferramentas do nosso campo - difícil por excelência -, somos capazes de rumar no campo dos outros, sem precisarmos aprender o seu alfabeto (Ruivo, 2004, p.588).?

A construção de uma nova linguagem, para Ruivo (2004), seria criar um outro tipo de conhecimento, fora do contexto em que nasceu e que tenha a real função de nos tornar aptos a um melhor exercício da cidadania e sabedoria de vida. Um conhecimento que veja a ciência, não como a única forma de pensar o mundo, mas como uma forma de transformar o senso comum e transformar-se nele (Santos, 2003).

Para Santos (1988),

Na ciência moderna a ruptura epistemológica simboliza o salto qualitativo do conhecimento do senso comum para o conhecimento científico; na ciência pós-moderna o salto mais importante é o que é dado do conhecimento científico para o conhecimento do senso comum (Santos, 1988, p.70).

Neste estudo estamos propondo dar o segundo salto, como uma última estratégia para promover o encontro **entre...**

Portanto, sem a intenção de finalizar, interromperemos essa trajetória dizendo,

No momento é difícil... só que tudo tem jeito... tudo tem jeito... que nada é um monstro de sete cabeças que parece na hora... depois você olha pra trás e ri de tudo... não tem insanidade... então é isso. (E13)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramo HW. Considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil. *Rev Bras de Ed.* 1997; 5 e 6: 25-36.

Abramovay M, Castro MG, Pinheiro LC, Lima FS, Martinelli CC. *Juventude, Violência e Vulnerabilidade Social na América Latina: Desafios para Políticas Públicas.* Brasília: UNESCO, BID; 2002.

Abramovay M, Waiselfisz JJ, Andrade CC. *Rua MG Gangues, Galeras, Chegados e Rappers: juventude, violência e cidadania nas cidades periféricas de Brasília.* Rio de Janeiro: Garamond; 1999.

Adão VM, Caraciolo JMM. Fatores que influenciam a adesão aos anti-retrovirais. In: Caraciolo JMM, Shimma E. *Adesão - da teoria à prática. Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo.* São Paulo: Centro de Referência de treinamento DST/Aids; 2007b. p. 28-42.

Almeida AMT. *II levantamento epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá-MT.* Cuiabá-MT.[dissertação] Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Mato Grosso; 1997.

Almeida MM , Oliveira MAF, Pinho PH. Levantamento bibliográfico sobre a adesão de adolescentes ao tratamento para o uso e abuso de álcool e outras drogas. In: *Anais do Seminário Internacional da Rede de Pesquisa sobre Drogas;* 2007, out 5-6; Brasília, DF

Almeida MM, Oliveira MAF, Pinho PH. O tratamento de adolescentes usuários de álcool e outras drogas: uma questão a ser debatida com os adolescentes? *Rev Psiq Clín.* 2008; 35 Supl 1: 76-81.

Almeida MM. *Compreendendo as estratégias de sobrevivência dos jovens antes e depois da internação na FEBEM de Ribeirão Preto.* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, Departamento de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2002.

Almeida MM. Grupo de Terapia Ocupacional com jovens após o cumprimento de medidas socioeducativas: um espaço para produção de vida. *Cad Ter Ocup UFSCar.* 2003; 11(2): 106-110.

Almeida MM. O jornal e o vídeo como meio de expressão de jovens internados na Unidade Educacional da FEBEM de Ribeirão Preto. *Rev Ter Ocup USP*. 2004; 15(1): 33 – 38.

Alvarez MLO. As expressões idiomáticas nas aulas de ele: um bicho de sete cabeças? In: Rey IG. *Les expressions figées em didactique des langues étrangères*. Fernelmont: Proximités; 2007. p. 159-179.

Alves R, Kossobudzky LA. Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba. *Interação em Psicologia*. 2002; 6(1): 65-79.

Amarante AGM, Soares CB. Adolescência no SUS: uma revisão bibliográfica *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2007; 17(3):154-159.

Andrades JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. *Arq Bras Cardiol*. 2002; 79(4): 375-9.

Andretta I, Oliveira MS. A técnica da entrevista motivacional na adolescência. *Psic Clin*; 2005; 17(2):127-139.

Antunes MC, Peres CA, Paiva V, Stall R, Hearst N. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(4):88-95.

Aquino EML. Gênero e Saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(n. esp): 121-132.

Ataíde MA. Um cidadão brasileiro: O adolescente autor de ato infracional e a medida socioeducativa de Prestação de Sserviços à Comunidade. [dissertação]. São Paulo: Programa de Estudos Pós-Graduados em serviço social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2002.

Ayres JRCM. Adolescência e Saúde Coletiva: Aspectos Epistemológicos da Abordagem Programática. In: Schraiber LB, organizadora. *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo:Hucitec; 1993. p.139-182.

Ayres JRCM Ação programática e renovação das práticas médico-sanitárias: saúde e emancipação ma adolescência. *Saúde em Debate*. 1994; 42: 54-58.

Ayres JRCM. O Jovem Que Buscamos e o Encontro Que Queremos Ser: A Vulnerabilidade Como Eixo de Avaliação de Ações Preventivas do Abuso de Drogas, DST e AIDS Entre Crianças e Adolescentes. Série idéias, nº 29, SP; FDE, 1996. Disponível em: www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_29_p015-024_c.pdf. Acesso em: 01 fev. 2010.

Ayres JRCM , França Júnior I. Saúde do Adolescente. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. *Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 67-85.

Ayres JRCM. Sujeito, intersbjetividade e práticas de saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2001; 6(1): 63-72.

Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde – conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003a. p.117-139.

Ayres JRCM, Freitas AC, Santos MAS, Saletti Filho HC, França Júnior I. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. *Interface – Comunic Saúde Educ*. 2003b; 7(12): 128-38.

Ayres JRCM. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004a; 9(3): 583-592.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004b; 13(3):16-29.

Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2007; 17(1):43-62.

Baekeland F, Lundwall L. Dropping Out of Treatment: A Critical Review. *Psychological Bulletin*. 1975; 82(5): 738-783.

Baratta A. Introdução a uma sociologia da droga. In: Mesquita F, Bastos FI,

organizadores. Drogas e Aids: Estratégias de redução de danos. São Paulo: Hucitec; 1994.

Barchizago AP. Amadurecendo a temática da dependência química na esfera da reabilitação psicossocial. In: Maerhy E E, Amaral H, organizadores. A reforma Psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo:Hucitec; 2007. p. 202-208.

Battjes RJ, Gordon MS, O'Grady KE, Kinlock TW. Predicting retention of adolescents in substance abuse treatment. Addictive Behaviors. 2004; 24: 1021-1027.

Baus J, Kupek E , Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. Rev Saúde Pública. 2002; 36(1): 40-6.

Bergel FS, Gouveia N. Retornos frequentes como nova estratégia para adesão ao tratamento de tuberculose. Ver Saúde Pública. 2005; 39(6):898-905.

Bertolozzi MR. A adesão ao programa de controle da tuberculose no distrito sanitário do Butantã, São Paulo. [tese]. São Paulo: Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998.

Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente observado (DOTS) no Município de São Paulo-SP. [tese de livre-docência] São Paulo: Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Universidade de São Paulo; 2005.

Bogdan R, Biklen S. Investigação qualitativa em educação - uma introdução à teoria e aos métodos. Portugal: Porto; 1994.

Brandão JS. Mitologia Grega vol III. Petrópolis: Vozes; 1987.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasil: Senado; 1988a.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília; 1988b

Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de jul. 1990. Seção 1:13563.

Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1:1.

Brasil. Portaria MS/SAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992. Dispõe sobre as diretrizes e normas para o atendimento em Saúde Mental. Diário Oficial União, Brasília, 30 jan. 1992. Seção 1:1168.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, 19 de fevereiro de 2002a. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Documento fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 816, 30 de abril de 2002b. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Alcool e outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios.

Brasil. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas/Ministério da Saúde. 2 ed. – Brasília:Ministério da Saúde, 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.197, de 14 de outubro de 2004b. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.

Brasil. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Marco Legal –saúde um direito de adolescentes . Brasília; 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Consulta Pública. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens
http://200.214.130.78/consultapublica/index.php?modulo=display&sub=ds_p_texto_integral&documento=866 [acesso em agosto de 2006 para documento de 2005c].

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília; 2005c.

Brasil. Decreto nº6.117, de 22 de maio de 2007a. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids. Brasília; 2007b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / DAPES / Saúde Mental. Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas. Brasília; 2009a.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório da VIII Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil. Brasília; 2009b.

Bursztyjn I, Ribeiro JM. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):404-416.

Busnello RG, Melchior R, FAccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB, Fuchs FD. Características Associadas ao Abandono do Acompanhamento de Pacientes Hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. *Arq Bras Cardiol*. 2001; 76(5): 349-51.

Buso G. Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de politicas para latinoamerica a inicios del siglo XXI. Santiago Chile: CEPAL, 2001.

Disponível em:

www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ORGIN011.pdf. Acesso em: 30/01/2010.

Butterworth SW. Influencing Patient Adherence to Treatment. Guidelines Supplement to Journal of Managed Care Pharmacy. 2008; 14(6):21-25.

Camargo-Borges C, Japur M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado Texto Contexto Enferm. 2008; 17(1): 64-71.

Campos CMS. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde). [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. Interface-Comunic Saúde Educ. 2007; 11(23): 605-18.

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

Caraciolo JMM. Adesão aos anti-retrovirais. In: Caraciolo JMM, Shimma E. Adesão - da teoria à prática. Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Referência de treinamento DST/Aids; 2007a. p.10 - 26.

Caraciolo JMM. Aspectos gerenciais relacionados à adesão aos anti-retrovirais e estratégias de intervenção. In: Caraciolo JMM, Shimma E. Adesão - da teoria à prática. Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Referência de treinamento DST/Aids; 2007b. p. 66-85,

Carlini EA, supervisão. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil :estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005. São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo; 2006.

Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. Rev Saúde Pública. 1996; 30 (3):285-93.

Carvalho DBB, coordenadora. Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil_2006/2007. Brasília, Secretaria Nacional Antidrogas, UNB; 2007.

Carvalho VA, Carlini-Cotrim B. Atividades extra-curriculares e prevenção ao abuso de drogas: uma questão polêmica. *Rev Saúde Pública*. 1992; 26(3): 145-149.

Castro MG, Abramovay M. Por um novo paradigma do Fazer Políticas: polícias de/para/com juventudes. Brasília: UNESCO; 2002.

Castro MMLD, Passos SRL. Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Rev Psiqu Clin*. 2005; 32(6): 330-335.

Cavalcanti MBPT, Alves MDS, Barroso MGT. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12 (3):555-59.

Claro LBL, March C, Mascarenhas MTM, Castro IAB, Rosa MLG. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(8): 1565-1574.

Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA). Resolução N° 01/98 Mato Grosso do, 1998. Dispõe sobre as resoluções para o combate a situação de Risco nos municípios de Cuiabá e Várzea Grande.

Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (CMDCA). Diretrizes da Política Municipal de Atenção Integral à Infância e Adolescência de Cuiabá 2009 a 2012. Cuiabá. Disponível em: <http://www.fundocrianca.org.br/doc/diretrizes2009-2012.pdf>. Acesso atualizado em: 20 abr. 2010.

Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (CMDCA). Resolução 001/2005. Dispõe sobre as Diretrizes da Política Municipal de Atenção Integral à Infância e Adolescência de Cuiabá 2005 a 2008, e dá outras providências. In: *Gazeta Municipal*. Cuiabá; 2005. n° 737.

Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). Resolução n° 3/2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Brasília; 2005c.

Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução 196/1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.

Costa JSD, Gonçalves G, Menezes AMB, Devens E, Piva M, Gomes M et al. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. Cad. Saúde Pública. 1998; 14(2):409-415.

Costa MCO, Alves MVQM, Santos CAST, Carvalho RC, Souza KEP, Sousa HL. Experimentação e uso regular de bebidas alcoólicas, cigarros e outras substâncias psicoativas/SPA na adolescência. Ciências e Saúde Coletiva. 2007; 12(5):1143-1154.

Cuiabá. Decreto n. 4.232, de 17 de novembro de 2004. Cria o Programa de Saúde Mental – PSM no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS de Cuiabá e dá outras providências. In: Gazeta Municipal. Cuiabá; 2004. p.4.

Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 177, de 09 de dezembro de 2004. Regulamenta a Implantação do Serviço Residencial Terapêutico – SRT de Cuiabá.

Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 181, de 15 de dezembro de 2004. Regulamenta a Implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Adolescer no Município de Cuiabá.

Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 188, de 15 de dezembro de 2004. Regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS para portadores de transtornos mentais no Sistema Único de Saúde.

Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 190, de 15 de dezembro de 2004. Regulamenta o funcionamento do Centro de Desenvolvimento Terapêutico Psicossocial – CDTP – Projeto Guia no Sistema Único de Saúde.

Cutiaro RCSD. O padrão de consumo de drogas na vida em usuários de álcool e outras drogas atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. [monografia]. Cuiabá: Escola de Saúde Pública Dr Agrícola Paes de Barros, Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso; 2005.

Dalgarrondo P, Soldera MA, Corrêa Filho HR, Silva CA. Religião e uso

de drogas por adolescentes. Rev Bras Psiquiatr. 2004; 26(2):82-90.

De Micheli D, Fisberg M, Formigoni MLOS. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. Rev Assoc. Méd. Bra 2004; 50(3):305-13.

De Weert-Van Oene GH, Schipper GM, De Jong CAJ, Schrijvers GJP. Retention in substance dependence treatment: the relevance of in-treatment factors. Journal of Substance Abuse Treatment. 2001; 20: 253– 261.

Delgado JM, Gutiérrez J. Métodos e técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Ed. Sintesis; 1995.

Deslandes SF. Drogas e Vulnerabilidade às Violências. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.p. 243-268.

Eduardo LP. Política de atenção ao adolescente em São Carlos:os limites e as possibilidades institucionais. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

El-Khatib U. Crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social que problema e esse?. [tese]. São Paulo:Departamento de Saúde-Materno Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.

Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Ciências & Saúde Coletiva. 2005; 10(2): 374-355.

Ferreira de Lima A. Dependência de drogas e psicologia social: um estudo sobre o sentido das oficinas terapêuticas e o uso de drogas a partir da teoria de identidade.Psicol Soc. 2008; 20(1): 91-101.

Ferreira SMB, Silva AMC, Botelho C. Abandono do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá-MT-Brasil. J Bras Pneumol. 2005; 31(5): 427-35.

Ferreira VRT. Relato de uma experiência com adolescentes sobre o uso de

drogas. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2003; 5(2): 47-54.

Figueiredo R, Ayres JRCM. Intervenção comunitária na vulnerabilidade à Aids. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(supl 4):96-107.

Filgueiras CAC. Trabalho, Sociedade e Políticas Sociais. São Paulo em Perspectiva. 1996; 97: 13-20.

Folha de São Paulo Drogas e álcool atingem mais jovens entre 14 e 16 anos de Cuiabá, 2004. Disponível em :
http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/noticia/ler_noticia.php?id_noticia=3563. Acesso em: 12 nov. 2009.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(2):345-353.

Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). *A Voz dos Adolescentes*. Brasília:UNICEF; 2006.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). *Adolescentes e jovens do Brasil: Participação Social e Política*. Brasília: UNICEF; 2007.

Galano E. Adesão em crianças e jovens: nuances e singularidades. In: Caraciolo JMM, Shimma E. *Adesão - da teoria à prática. Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo*. São Paulo: Centro de Referência de treinamento DST/Aids; 2007. p.98-103.

Galduróz JCA, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras: 2004. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Federal de São Paulo; 2004.

Giusti JS, Sañudo A, Scivoletto S. Differences in the pattern of drug use between male and female adolescents in treatment. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;

24(2): 80-82.

Goffman I. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. São Paulo: LTC; 1988.

Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. Ciências & Saúde Coletiva. 2005; 10(2):357-363.

Gomide PIC, Pinsky I. A influência da mídia e o uso de drogas na adolescência. In: Pinsky I, Bessa MA, organizadores. Adolescência e drogas. São Paulo: Contexto; 2004. p.54-67.

Graciani, M. Pedagogia Social de Rua. São Paulo: Cortez, Instituto Paulo Freire; 1999.

Guerra CPP, Seidl CMF. Crianças e adolescentes com HIV/ Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. Paidéia, 2009; 19(42): 59-65.

Habermas J. Dialética e Hermenêutica. Porto Alegre: LPM; 1987.

Heller A, Fehér F. A Condição Política Pós-Moderna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.

Heller A. Una revisión de la teoria de las necesidades. Barcelona – Buenos Aires – México: Ediciones Paidós; 1996.

Horta RH, Horta BL, Pinheiro RT, Morales B, Strey MN. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. Cad Saúde Pública. 2007; 23(4):775-83.

Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT. Drogas: famílias que protegem e que expõe adolescentes ao risco. J Bras Psiquiatr. 2006; 55(4): 268-272.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Contagem da População – 2007. Rio de Janeiro: IBGE; 2007.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População e Domicílios.

Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=mt&tema=pnad_2008.

Acesso em: nov. 2009c.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População jovem no Brasil / Departamento de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE; 1999.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese e temas – Mato Grosso. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mt>. Acesso em: nov. 2009b.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasil síntese.

Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php>. Acesso em: nov. 2009a.

Ions V. História Ilustrada da Mitologia: uma comparação temática Do caos primordial ao fim do mundo. São Paulo: Manole; 1999.

Kaminer Y, Szobot C. O tratamento de adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas. In: Pinsky I, Bessa MA, organizadores. Adolescência e drogas. São Paulo: Contexto; 2004. p.164-178.

Kaminer Y. Adolescent Substance Abuse Treatment: Where do we go from here?. *Psychiatric Services*. 2001; 52 (2): 147-149.

Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*. 2004; 10 (15):124-136.

Klein JD, McNulty M, Flatau CN. Adolescents Access' to Care. *Arch Ped Adol Med*. 1998; 152: 676-682.

Laranjeira SMG. A realidade do trabalho em tempo de globalização: Precarização, exclusão e Desagregação Social. In: Santos JVT, organizador. *Violência no Tempo da Globalização*. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 123-141.

Laranjeira R, coordenador. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília : Secretaria Nacional

Antidrogas; 2007.

Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(3):775-782.

Lessa I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2006; 13(1): 39-46.

Lima IS, Paliarin MM, Zaleski EGF, Arantes SF. História oral de vida de adolescentes dependentes químicos, internados no setor de psiquiatria do hospital regional de Mato Grosso do Sul para tratamento de desintoxicação. *SMAD*. 2008; 4(1) artigo 2.

Lima MB, Mello DA, Moraes APP, Silva WC. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(4):877-885.

Lopes WO, Saupe R, Massaroli. A Visita Domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciênc. Cuid. Saúde*. 2008; 7(2): 241-247.

Luis MAV, Souza MC. Questionamento dos jovens sobre drogas. *Acta Paul Enf*. 1996; 9(2):39-46.

Lyra J, Medrado B, Nascimento P, Galindo D, Moraes M, Pedrosa C "A gente não pode fazer nada, só podemos decidir sabor de sorvete" Adolescentes: sujeitos de necessidades a um sujeito de direitos. *Cad Cedes*. 2002; 22(57): 9-21.

Machado R, Loureiro A, Luz /r, Muricy K. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1978.

Mandu ENT, Almeida MCP. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 1999; 52(1): 54-66.

Marcílio, ML. *História Social da Criança Abandonada*. São Paulo: Hucitec; 1998.

Marques AC. A importância da avaliação inicial. In: Pinsky I, Bessa MA, organizadoras. Adolescência e drogas. São Paulo: Contexto; 2004. p.151-163.

Marques ACPR, Buscatti D, Formigoni MLOS. O abandono no tratamento da dependência de álcool e outras drogas: como diminuir este fenômeno?. 2005. Disponível em:
http://www.ippad.com.br/ippad/site/principal/material.asp?var_chavereg=50. Acesso em: dez. 2009.

Marques ACPR, Cruz MS. O adolescente e o uso de drogas. Rev Bras Psiquiatr. 2000; 22 (supl II): 32-6.

Marques OS. Escola noturna e jovens. Revista Brasileira de Educação. 1997; 5 e 6: 63-75.

Martins MC. A primeira experiência do uso de drogas e o ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. Ribeirão Preto. [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

Matias CA. Caracterização de serviços de atendimento público aos jovens que fazem uso de drogas no município de Ribeirão Preto. [dissertação] Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, Departamento de Psicologia e Educação, Universidade de São Paulo; 2007.

Mc Lellan AT. Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. Addiction. 2002; 97:249-252.

Medeiros MHR. Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social. São Carlos: EdUFSCAR, 2003.

Mello MEX. As drogas sob a perspectiva de jovens estudantes de 11 a 15 anos da rede pública de ensino de Cuiabá em 2002 e 2003: um estudo de representações sociais. [dissertação]. Cuiabá: Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Mato Grosso; 2004.

Melo APS, Guimarães MD. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. Rev Bras Psiquiatr. 2005; 27(2):113-8.

Mendes AM, Fensterseifer LM. Tuberculose: porque os pacientes abandonam

o tratamento? *Bol Pneumol Sanit.* 2004; 12(1):25-36.

Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades.* São Paulo: CEFOR; 1992.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecilio LCO, organizador. *Inventando a Mudança na Saúde.* São Paulo: Hucitec; 1997.p. 117-160.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec; 2007. p. 71-112.

Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 1999; 4(2):305-314

Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do Pensamento Social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. *Caminhos do pensamento-Epistemologia e Método.* Manguinhos-RJ: Fiocruz; 2002. p. 83-107.

Minayo MCS. *O desafio de conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.* 9ª edição. São Paulo: Hucitec; 2006.

Miranda SP, Vargas D. Satisfação de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas com o atendimento do enfermeiro. *SMAD.* 2009; 2(6): 6.

Moraes E, Campos GM, Silva SP, Flegie NB, Larangeira R. Visita Domiciliar no tratamento de pacientes dependentes de álcool: dados preliminares. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005; 27(4): 341-8.

Moraes M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2008; 13(1):121-133.

Moraes MRP, Ráo A G et al *Relatório dos atendimentos de 2006 do Centro de*

Atenção Psicossocial – CAPS AD Adolescer. Prefeitura Municipal de Cuiabá/SMS. 2006.

Moraes MRP, Ráo A G, Kuchenberg A S et al Projeto Terapêutico do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD Adolescer. Prefeitura Municipal de Cuiabá/SMS. 2004.

Morgan, DL. Focus groups as qualitative research. Londres: Sage; 1988

Mota TD. As necessidades de saúde da perspectiva dos usuários de um serviço comunitário de saúde mental. [dissertação]. São Paulo:Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007.

Moura EBB. Crianças operárias na recém-industrializada São Paulo. In: Priore MD, organizadora. História das crianças no Brasil. São Paulo: Contexto; 1999. p 259-288.

Muñoz Sánchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):319-324.

Murad JGP. O jovem em situação de privação de liberdade e seu acesso aos programas de atendimento à criança e ao adolescente na cidade de Ribeirão Preto. [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, Departamento de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2003.

Musitu G, Jiménez TI, Murgui S. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud pública Méx* . 2007; 49(1):3-10

Muza GM, Costa MP. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes – o olhar dos adolescentes. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(1):321-328.

Natal S, Valente J, Gerhardt G, Penna ML. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. *Boletim de Pneumologia Sanitária*. 1999; 7(1): 65-78.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). Principles of drug addiction

treatment: a research-based guide. USA; 2009.

Noto AR, organizadora. II Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, 2003. São Paulo : CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Paulista de Medicina; 2004.

O'Brien CP, Mc Lellan AT. Myths about the treatment of addiction. *The Lancet*. 1996; 347: 237-40.

Occhin MF, Teixeira MG. Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. *Estudos de Psicologia*. 2006; 11(2): 229-236.

Oliveira AGB, Conciani ME. Participação Social e Reforma Psiquiátrica: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):319-331.

Oliveira AGB. A reforma psiquiátrica em Cuiabá/MT: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental. [tese]. Ribeirão Preto: Departamento de Enfermagem Psiquiátrica, Universidade de São Paulo; 2003.

Oliveira CCC, Scheuer C, Scivoletto S. Linguagem e Memória autobiográfica de adolescentes usuários de drogas. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007; 12(2): 120-5.

Oliveira MA, Egry EY. A adolescência como um constructo social. *Rev Bras Cresc Desenv Hum*. 1997; 7(2): 649-659.

Oliveira VZ, Gomes WB. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia*. 2004; 9(3): 459-469.

Organização Mundial da Saúde (OMS). MHGAP : Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance. Suíça; 2008

Organização Mundial da Saúde (OMS). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Suíça; 2003

Paes PD. Usuário de Pasta Base em Campo Grande. 2006. Disponível em: http://www.prefeituradecampogrande.com.br/egov/downloadFile.php?id=447&fileField=arquivo_dow&table=downloads&key=id_dow&sigla_sec=DSTAIDS. Acesso em: abr. 2010.

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

Paiva V. Analisando cenas e sexualidade: a promoção da saúde na perspectiva dos direitos humanos. In: Cáceres ; Careaga ; Frasca ; Pecheny, organizadores. *Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafios para el acceso a la salud en América latina*. Lima: FASPA/UPCH. 1ªed; 2006.

Paiva V. Prevenção PositHIVA: abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade. Texto apresentado no Seminário “Prevenção positiva: o estado da arte”. ABIA, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://www.usp.br/nepaids/pdfs/prevencao_positHIVA_VPaiva.pdf. Acesso em: setembro de 2008.

Palazzo LS, Béria JU, Tomasi E. Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan?. *Cad de Saúde Pública*. 2003; 19(6): 1655-1665.

Passetti E. Crianças carentes de Políticas Públicas. In: Priore MD, organizadora. *Histórias das crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto; 1999. p. 347-375.

Paulilo MAS, Jeolás LS. Jovens, drogas, risco e vulnerabilidade: aproximações teóricas. *Serviço Social em Revista*. 2000; 3(1): 39-60.

Pinho PH, Oliveira MAF, Almeida MM Reabilitação Psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Rev Psiq Clin*. 2008; 35(supl 1): 82-88.

Pinsky I, Silva EA, Marques, AC, Formigoni ML. Abandono de tratamento por dependentes de álcool e drogas: um estudo qualitativo do motivo. *Revista ABP-APAL*. 1995; 17(4): 150-154.

Pinto J. Atenção à Saúde do Adolescente discutida em Fórum Municipal. Assessoria da Secretaria Estadual da Saúde – Mato Grosso.[reportagem na

internet]. 2004. Disponível em
<http://www.saude.mt.gov.br/portal/noticias/noticia.php?id=60>.

Pratta EMM, Santos MA. Adolescência e uso de substâncias psicoativas: o impacto do nível sócioeconômico. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(n. especial): 806-811.

Pratta EMM, Santos MA. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. *SMAD*. 2006b; 2(2): artigo 4.

Pratta EMM, Santos MA. Reflexões sobre a relação entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia*. 2006a; 11(3):315-322.

Quarentei MS. (Universidade Estadual de São Paulo). TO e a Produção de Vida. [Apresentado na Conferência de encerramento do VII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional; 2001; Porto Alegre .

Quarentei MS. Criando lugar(es) para acolher a falta de lugar. *Interface – Comunic Saúde Educ*. 1999; 3(5): 195-202.

Raposo KCS. Expressões Idiomáticas do Português do Brasil: Uma Abordagem Discursiva. *SIGNUM: Estud Ling*. 2008; 11(1): 181-200.

Raupp L, Milnitsky-Sapiro C. A “reeducação” de Adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o Tratamento da Drogadição em uma Instituição Religiosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2008; 24(3): 361-368.

Raupp L, Milnitsky-Sapiro C. Reflexões sobre a concepção e práticas contemporâneas das políticas públicas para adolescentes: o caso da drogadição. *Saúde e Sociedade*. 2005; 14(2):60-68.

Raupp LM. Adolescência, Drogadição e Políticas Públicas: recortes no contemporâneo. [dissertação]. Porto Alegre: Departamento de Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006

Reinaldo AMS, Rocha RM. Visita Domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2002;

4(2):36-41.

Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda AJG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(Sup 2):2299-2306.

Ribas S. Adolescência perdida para tráfico e prostituição em Várzea Grande. *A Gazeta*. 2009. Disponível em:
<http://www.cedca.mt.gov.br/html/noticiaImpressao.php?codigoNoticia=4>

Ribeiro MS, Alves MJM, Vieira EMM, Silva PM, Lamas CVD. Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. *J Bras Psiquiatr*. 2008; 57(1): 16-22.

Ribeiro TW, Pergher NK, Torossian SD. Drogas e adolescência: uma análise da ideologia presente na mídia escrita destinada ao grande público. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 1998; 11(3): 421-430.

Rizzini I, Rizzini I. "Menores" institucionalizados e meninos de rua: os grandes temas de pesquisas na década de 80. In: Cervini R, Fausto A, organizadores. *O trabalho e a rua: crianças e adolescentes no Brasil dos anos 80. Textos selecionados de estudos e pesquisas apoiados pela UNICEF/FLACSO*. São Paulo: Cortez; 1996. p. 69-90.

Rizzini I. Abordagem crítica da institucionalização infanto-juvenil no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília; 2005. p. 29-34.

Romano M, Duailibi S, Pinsky I, Laranjeira R. Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescentes em duas cidades do Estado de São Paulo - SP. *Rev Saude Publica*. 2007; 41(4):495-501.

Rosemberg F. Estimativa de crianças e adolescentes em situação de rua na cidade de São Paulo. *Cadernos de Pesquisa*. 1994; 91:30-45.

Ruivo MC. A ciência tal qual se faz ou tal qual se diz?. In: Santos BS, organizador. *Conhecimento prudente para uma vida descente: um discurso sobre as ciências revisitado*. São Paulo: Cortez; 2004.

Sanchez ZM, Meer V, Oliveira LG, Nappo AS. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):43-55.

Sanchez ZM, Nappo SA. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Rev Psiq Clín*. 2007; 34 (1): 73-81.

Sanchez ZM, Oliveira LG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):43-55.

Santos CE. Uma breve reflexão sobre o tratamento da drogadição. In: Maerhy EE, Amaral H, organizadores. *A reforma Psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo:Hucitec; 2007. p. 193-201.

Santos BR. A regulamentação do trabalho educativo. Texto elaborado por solicitação da UNICEF e INESC, visando subsidiar a Frente Parlamentar dos Direitos da Criança, do Congresso Nacional na apreciação e proposição de projetos de leis relacionados à infância e à adolescência. 1997.

Santos BS. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro:Graal; 4ª Ed; 2003.

Saraceno B. *Libertando Identidades: da Reabilitação Psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Té Cora; 1999.

Scaduto AA, Barbieri V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(2):605-614.

Schechyman A. Exortação às mães: uma breve consideração histórica sobre saúde mental infantil no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília; 2005. p. 25-29.

Schenker M, Minayo MCS. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2005; 8(1):299-306.

Schenker M, Minayo MCS. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cad de Saúde Pública*. 2004; 20(3): 649-659.

Scivoletto S, Henrique Jr SG, Andrade AG. Uso de drogas por adolescentes que buscam atendimento ambulatorial: comparação entre “crack” e outras drogas ilícitas – um estudo piloto. *Revista ABP-APAL*. 1997; 19(1):7-17.

Scivoletto S, Martins TM. Drogas e Álcool. In: Assunção Júnior FB, Kuczynski E. *Tratado de psiquiatria da infância e da adolescência*. São Paulo: Ateneu; 2003. p.515-534.

Scivoletto S. Tratamento psiquiátrico ambulatorial de adolescentes usuários de drogas. *Rev Psiquiatr Clin*. 1998; 25(4):191-193.

Scivoletto S. Tratamento Psiquiátrico de Adolescentes Usuários de Drogas. In: Focchi GRA, Leite MC, Laranjeira R, Andrade AG. *Dependência: novos modelos de tratamento química:novos modelos novos modelos de de modelos de tratamento*. São Paulo: Roca; 2001.p.65-85.

Shenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):707-717.

Silber TS, Souza RP. Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer. *Adolesc Latinoam*. 1998; 1: 148-162.

Silva JM. Os serviços de atenção aos adolescentes usuários intensivos de drogas frente às diretrizes da política nacional: o atendimento no CAPSad em Campina Grande-PB e no CETA em João Pessoa- PB. [dissertação]. João Pessoa: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba; 2007.

Silva RC, Santos MA. A intolerância frente à questão das drogas: algumas reflexões. In: Biasoli-Alves ZMM, Fichmann R, organizadores. *Crianças e Adolescentes: construindo uma cultura da tolerância*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001. p.131-148.

Silva VA, Aguiar AS, Felix F, Rebello GP, Andrade RC, Mattos HF. Brazilian study on substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003; 25(3):133-8.

Simon SDBM. O perfil da clientela encaminhada pela justiça a um centro de atenção psicossocial para álcool e drogas – CAPSad. [monografia]. Cuiabá: Escola de Saúde Pública Dr Agrícola Paes de Barros, Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso; 2005.

Souza DPO, Areco KN, Silveira Filho DX. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(4): 585-592.

Souza DPO, Martins DTO. O perfil epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá, Brasil, 1995. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14(2):391-400.

Souza DPO, Silveira Filho DX. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes trabalhadores e não trabalhadores. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(2): 276-87.

Souza DPO. O perfil epidemiológico do uso de drogas ente estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino no espaço socialmente organizado de Cuiabá. [dissertação]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Mato Grosso; 1996

Souza DPO. Uso de drogas psicoativas entre estudantes trabalhadores e não trabalhadores da rede estadual de ensino de Cuiabá-Mato Grosso. [tese]. São Paulo:Departamento de Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina;2006.

Sposati A, Lobo E. Controle social e políticas de saúde. *Cad Saúde Públ*. 1992; 8(4):366-378.

Swadi H. Substance Misuse in Adolescents. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2000; 6: 201-210.

Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(6): 787-796.

Thompson JB. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis - RJ: Vozes; 1995.

Toscano Jr A. Adolescência e Drogas. In: Seibel SD, Toscano Jr A. Dependência de Drogas. São Paulo: Atheneu; 2001.p. 283-302.

Tribunal da Justiça do Mato Grosso. Tratamento de dependência de adolescentes internados é prioridade. 2009. [reportagem da internet]. Disponível em: <http://www.direito2.com.br/tjmt/2009/out/21/tratamento-de-dependencia-de-adolescentes-internados-e-prioridade> .

Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. Cad Saúde Pública. 2002; 18(6):1561-1569.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Word Drug Report. Austria:UNODC; 2009.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Word Drug Report (relatório não oficial/ para discussão). Brasil, 2006

Venâncio RP, Carneiro H. Álcool e drogas na história do Brasil. São Paulo: Alameda; 2005. p. 257-290.

Vendrame A, Pinsky I, Faria R, Silva R. Apreciação de propagandas de cerveja por adolescentes: relações com a exposição prévia às mesmas e o consumo de álcool.Cad. Saúde Pública. 2009; 25(2):359-365.

Vieira DL, Ribeiro M, Romano M, Laranjeira R. Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. Rev Saúde Pública. 2007; 41(3): 396-403.

Volpi M. O adolescente e o ato infracional. São Paulo: Cortez; 1997.

Willians RJ, Chang SY and col. A Comprehensive and Comparative review of Adolescent Substance Abuse Treatment outcome. Clinical Psychology: Science & Practise. 2000; 7: 138-166.

Willis R, coordenador. Mitologias. São Paulo: Publifolha; 2007.

Winters KC, Stinchfield RD, Opland E, Weller C, Latimer WW. The effectiveness of the Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers. Addiction. 2000. 95(4): 601-612.

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL

I - Dados de identificação colhidos em prontuário e com o entrevistado

Iniciais:

Sexo:

Idade:

Grupo familiar:

Com quem reside:

Está estudando, escolaridade:

Tipo de droga utilizada:

Está trabalhando:

Motivo para buscar o tratamento:

II - Questões

(Apresentar gráfico 1 e tabelas 1 e 2 e explicar dados)

Questão 1 - Por que você acha que os adolescentes estão usando álcool e outras drogas? Descreva a cena (como se fosse uma filme ou uma novela) do momento que a o uso de álcool ou outras drogas começou na sua vida.

(Apresentar gráfico 2 e explicar os dados.

Questão 2 - Por que você acha que as pessoas têm dificuldade de buscar tratamento? Descreva a cena (como se fosse uma filme ou uma novela) do momento que você buscou o tratamento pela primeira vez.

Questão 3 - Fale como foi o início do tratamento e descreva a cena (como se fosse uma filme ou uma novela) de um momento marcante no período de tratamento.

(Apresentar informações de interrupção do tratamento dos adolescentes no CAPSad Adolescer)

Questão 4 - Por que vocês acham que as pessoas interrompem o tratamento ? Descreva a cena (como se fosse uma filme ou uma novela) do momento que você decidiu interromper o tratamento.

Questão 5 - O que você acha que poderia ser feito para que os adolescentes não interrompessem o tratamento?

APÊNDICE B – TERMOS DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE NO GRUPO FOCAL

I) Dados de identificação do sujeito da pesquisa:

Nome do entrevistado:

II) Dados sobre a pesquisa:

Titulo da pesquisa: Dialogando com adolescentes sobre a adesão ao tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Adolescer de Cuiabá: valorizando a construção de políticas participativas

III) Orientadora: Prof^a Dr^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Cargo/função: Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pesquisadora: Marília Mastrocolla de Almeida. Terapeuta Ocupacional formada pela Universidade Federal de São Carlos, mestre pela Universidade de São Paulo e doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, na área de concentração de Enfermagem em Álcool e Drogas do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica.

IV) Registro das explicações da pesquisadora aos participantes da pesquisa:

Este estudo tem como objetivo dialogar com os adolescentes que realizaram tratamento no CAPSad Adolescer e com a equipe técnica do CAPSad Adolescer sobre a adesão de adolescentes ao tratamento. A finalidade é contribuir com a proposta do atendimento tendo como suporte a opinião daquelas pessoas que estão participando deste atendimento, seja como usuário do serviço, seja como profissional. Convidamos você para participar deste estudo respondendo algumas questões. A sua participação é voluntária e não tem nenhuma obrigatoriedade, tendo o direito de sair da pesquisa a qualquer momento que quiser, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo, nem interfira de qualquer forma em seu trabalho. Você poderá fazer qualquer pergunta sobre o estudo e sobre a participação nele. As entrevistas e os grupo serão gravados, posteriormente transcritos e analisados e o anonimato será preservado. Todos os dados relativos ao estudo serão devidamente guardados e terão como finalidade subsidiar prioritariamente a realização deste estudo.

V) Garantia do sujeito da pesquisa:

Você tem o direito de a qualquer tempo ter acesso às informações sobre os possíveis riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas. Tem liberdade para retirar, a qualquer momento o seu consentimento e deixar de participar da pesquisa, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo. Tem assegurado a sua privacidade, sigilo e confidencialidade. Em nenhum momento, os profissionais do CAPSad Adolescer terão acesso às informações confidenciais dos sujeitos que participarem da pesquisa. Para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa, o pesquisado pode entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone 11-71846566 ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da EEUSP pelo telefone: 11-30617548

VI) Consentimento Livre e esclarecido

“Declaro que convenientemente esclarecido pelo pesquisador, e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa”

Cuiabá, _____ de _____ de 2008

Assinatura entrevistado

Assinatura do pesquisador

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO DOS ADOLESCENTES NA ENTREVISTA INDIVIDUAL E GRUPO FOCAL

I) Dados de identificação do sujeito da pesquisa:

Nome do entrevistado:

Data de Nascimento:

II) Dados sobre a pesquisa:

Título da pesquisa: Dialogando com adolescentes sobre a adesão ao tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Adolescer de Cuiabá: valorizando a construção de políticas participativas

Orientadora: Prof^a Dr^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Cargo/função: Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pesquisadora: Marília Mastrocolla de Almeida. Terapeuta Ocupacional formada pela Universidade Federal de São Carlos, mestre pela Universidade de São Paulo e doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, na área de concentração de Enfermagem em Álcool e Drogas do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica.

III) Registro das explicações da pesquisadora aos participantes da pesquisa:

Este estudo tem como objetivo dialogar com os adolescentes que realizaram tratamento no CAPSad Adolescer e com a equipe técnica do CAPSad Adolescer sobre a adesão de adolescentes ao tratamento. A finalidade é contribuir com a proposta do atendimento tendo como suporte a opinião daquelas pessoas que estão participando deste atendimento, seja como usuário do serviço, seja como profissional. Convidamos o(a) adolescente para participar deste estudo respondendo algumas questões. A participação é voluntária e não tem nenhuma obrigatoriedade, tendo o direito de sair da pesquisa a qualquer momento que quiser, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo, nem interfira de qualquer forma em seu tratamento ou trabalho. Vocês poderão fazer qualquer pergunta sobre o estudo e sobre a participação nele. As entrevistas e os grupo serão gravados, posteriormente transcritos e analisados e o anonimato será preservado. Todos os dados relativos ao estudo serão devidamente guardados e terão como finalidade subsidiar prioritariamente a realização deste estudo.

IV) Garantia do sujeito da pesquisa:

Vocês têm o direito de a qualquer tempo ter acesso às informações sobre os possíveis riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas. Tem liberdade para retirar, a qualquer momento o seu consentimento e deixar de participar da pesquisa, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo. Tem assegurado a sua privacidade, sigilo e confidencialidade. Em nenhum momento, os profissionais do CAPSad Adolescer terão acesso às informações confidenciais dos sujeitos que participarem da pesquisa. Para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa, o pesquisado pode entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone 11-71846566 ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da EEUSP pelo telefone: 11-30667548

V) Consentimento Livre e esclarecido

“Declaro que convenientemente esclarecido pelo pesquisador, e ter entendido o que me foi explicado, consinto que filho (a) participe da presente pesquisa”

Cuiabá, _____ de _____ de 2008

Assinatura do responsável

Assinatura do adolescente

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C - CARTA DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo, junho de 2008.

Senhor Secretário de Saúde

Vimos solicitar autorização para Marília Mastrocolla de Almeida, aluna do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para realizar a pesquisa intitulada “Dialogando com adolescentes sobre a adesão ao tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Adolescer de Cuiabá: valorizando a construção de políticas participativas” (título provisório), que tem por finalidade a obtenção de título acadêmico, nível Doutorado.

Na oportunidade, esclarecemos que, conforme projeto anexo, a pesquisa será realizada com profissionais, usuários e seus familiares vinculados ao serviço Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPS Adolescer, da Secretaria Municipal da Saúde de Cuiabá, Mato Grosso.

Este estudo tem como objetivo dialogar com os adolescentes que realizaram tratamento no CAPSad Adolescer e com a equipe técnica do CAPSad Adolescer sobre a adesão de adolescentes ao tratamento. A finalidade é contribuir com a proposta do atendimento tendo como suporte a opinião daquelas pessoas que estão participando deste atendimento, seja como usuário do serviço, seja como profissional

Pretende-se com esse estudo contribuir com o processo de conhecimento de ações em saúde no âmbito das políticas públicas nacionais e regionais.

Agradecendo antecipadamente, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.

Respeitosamente

Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de
Oliveira

Departamento de Enfermagem Materno-
Infantil e Psiquiátrica da Escola de
Enfermagem da USP

Marília Mastrocolla de Almeida

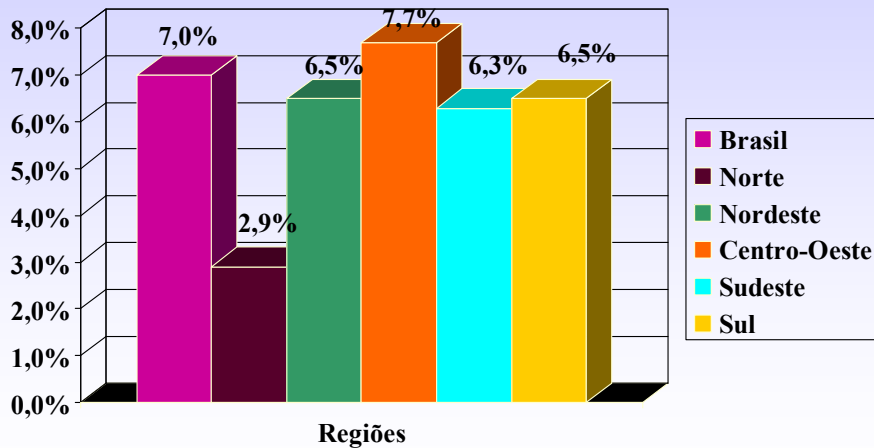
Doutoranda do Programa de Pós-
Graduação da Escola de Enfermagem da
USP

Ilmo Sr.

Secretário Municipal de Saúde do Município de Cuiabá – MT

APÊNDICE D - TABELAS E GRÁFICOS UTILIZADOS NAS ENTREVISTAS

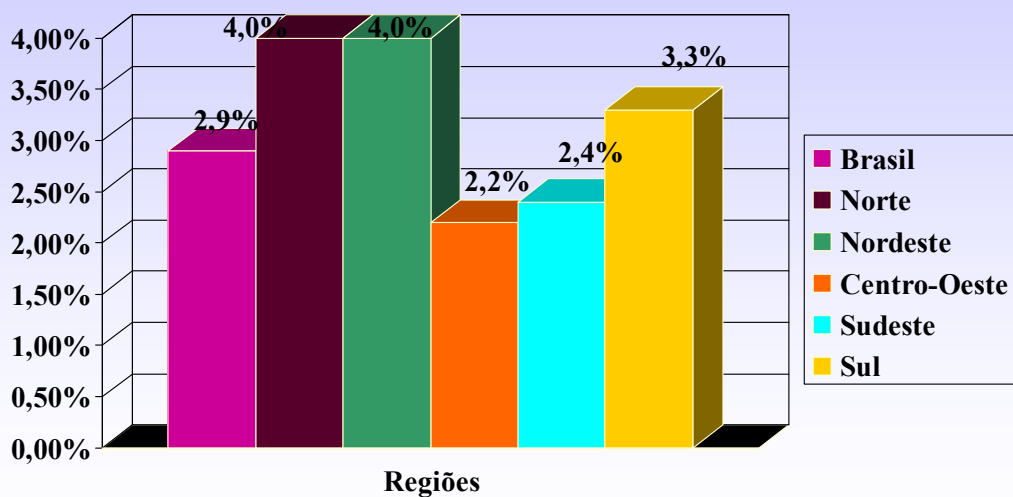
***DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL
FAIXA-ETÁRIA 12 A 17 ANOS***



Referência: CEBRID – II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil - 2005

Gráfico
1

***TRATAMENTOS ANTERIORES PELO USO DE
ÁLCOOL/DROGAS***



Referência: CEBRID – II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil - 2005

Gráfico 2

V Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio em 27 capitais brasileiras no ano de 2004 – Cuiabá

Tabela 3: Uso de drogas psicotrópicas em geral (exceto tabaco e álcool) entre 1.273 estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual de Cuiabá; dados expressos em porcentagem, levando-se em conta os tipos de usos, conforme sexo e idade.

Tipos de usos	M	F	NI	10-12	13-15	16-18
<i>Uso na vida</i>	20,0	25,1*	17,9	14,4	23,2	29,6
<i>Uso no ano</i>	17,3	22,1*	13,9	12,9	21,0	24,8
<i>Uso no mês</i>	12,4	16,4*	5,9	9,3	14,0	20,8
<i>Uso freqüente</i>	2,2	3,2	5,0	1,3	2,5	3,2
<i>Uso pesado</i>	0,7	0,6	0,1	1,0	1,5	0,9

Tabela 1

V Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio em 27 capitais brasileiras no ano de 2004 – Cuiabá

Tabela 5: *Uso na vida* de drogas psicotrópicas por 1.273 estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual de Cuiabá; dados expressos em porcentagem, levando-se em conta sexo, idade e as diferentes drogas individualmente.

Tipos de usos	M	F	NI	10-12	13-15	16-18
Álcool	59,0	61,4*	39,7	35,1	72,2	88,8
Tabaco	17,7	18,8*	21,5	5,0	19,9	38,4
Energético	14,0	11,1*	5,9	1,2	15,8	35,2
Solvente	13,0	17,3*	16,1	12,1	15,9	16,5
Maconha	4,7	2,6*	7,7	0,8	2,4	9,7

Tabela 2

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone.: 3061-7548 - Fax.: 3061-7548
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 20 de junho de 2008.

Ilm.^a Sr.^a
Marília Mastrocolla de Almeida

Ref.: Processo nº 744/2008/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Dialogando com adolescentes sobre a adesão ao tratamento no centro de atenção psicossocial álcool e drogas adolecer de Cuiabá: valorizando a construção de políticas participativas**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fat Fernandes
Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Recabi
30/06/08