



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM
ENFERMAGEM E SAÚDE**

LIANE ARAÚJO TEIXEIRA

Cuidado a usuários de álcool e outras drogas no Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil

**FORTALEZA – CE
2014**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

LIANE ARAÚJO TEIXEIRA

Cuidado a usuários de álcool e outras drogas no Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde – nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Ruth Macedo Monteiro

FORTALEZA – CE
2014

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

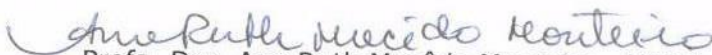
LIANE ARAÚJO TEIXEIRA

Cuidado a usuários de álcool e outras drogas no Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde – nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Data da apresentação: 26/ 02/ 2014 às 14 horas.

BANCA EXAMINADORA



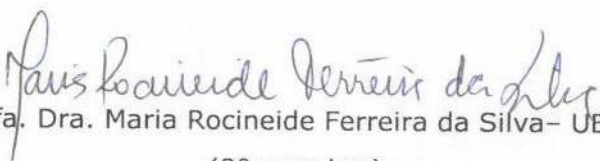
Profa. Dra. Ana Ruth Macêdo Monteiro - UECE

(Orientadora e Presidente)



Profa. Dra. Violante Augusta Batista Braga - UFC

(1º membro)



Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva - UECE

(2º membro)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho
Bibliotecária responsável – Meirilane Santos de Moraes CRB-3 / 785

T266c

Teixeira, Liane Araújo

Cuidado a usuários de álcool e outras drogas no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil / Liane Araújo Teixeira . – 2014.

CD-ROM. 100f. ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2014.

Orientação: Profa. Dra. Ana Ruth Macêdo Monteiro.

1. Saúde mental. 2. Uso de drogas - Transtornos. 3. Adolescentes - Drogas. I. Título.

CDD: 616.9792

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por me dar a vida e possibilitar que eu desfrute da minha saúde, minha família, e de todos a minha volta que me fazem ser como sou. Por ser minha fonte de força e compreensão diante das dificuldades.

A minha orientadora, minha querida professora Ana Ruth, que como um anjo, Deus a colocou no meu caminho, me guiando, aconselhando, acolhendo, e me dando força e carinho, mostrando que podemos sempre criar versões melhores de nós mesmos. Agradeço muito a oportunidade de poder conviver com uma pessoa tão brilhante, sensível e forte.

Ao meu marido, Paulo Egildo que me surpreende a cada dia com disciplina e força de vontade de viver, trabalhar, crescer, melhorar, superar sempre o hoje. Você é uma parte fundamental para o meu bem estar, agradeço pelo amor e companheirismo, além do olhar sempre crítico que me impulsiona a evoluir.

Ao meu pai, Neto, que com a sua maneira de viver a vida de forma simples e sem ambição me ensinou que o mais importante na vida é viver o que somos hoje, aproveitar o momento de forma intensa e única.

Aos meus irmãos, Aline e Samuel, a tudo o que vocês representam para mim, essa conquista faz parte da nossa história, espero que essa caminhada sirva de exemplo para continuarmos lutando. Aline você sempre me conforta e me dá suporte nos momentos mais difíceis, mostrando o sentido do amor fraterno mais puro.

A minha amiga Renata Saraiva por me suportar por tanto tempo e fazer parte de toda essa jornada, me apoiando incondicionalmente e me fazendo acreditar que é possível.

A outra grande amiga Bruna Camarotti, que me faz acreditar no meu potencial e que mostra diariamente que podemos conquistar o que queremos, trabalhando muito e indo sempre atrás.

As minhas queridas Sabrine Frota e Paula Palácio por me ajudarem com apoio moral e incentivo durante os piores momentos.

Aos meus amigos e colegas de mestrado que compartilharam comigo momentos de alegria e tristeza, pelas risadas, dificuldades, artigos intermináveis e finalmente por me mostrarem que mesmo com tantas diferenças é possível viver harmoniosamente.

Aos membros da minha banca de dissertação, que pude ter o prazer de escolher e receber orientações e sugestões tão válidas para o meu crescimento acadêmico e pessoal.

Aos profissionais dos CAPSi que participaram da pesquisa por serem tão solícitos e comprometidos com a saúde mental.

RESUMO

TEIXEIRA, L.A. Cuidado a usuários de álcool e outras drogas no Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil [Dissertação]. Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde – nível Mestrado, da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza-CE 2014.

O consumo de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes têm sido cada vez mais crescentes, seja no aumento do consumo, da frequência, do uso ou em sua iniciação cada vez mais precoce. Nesse sentido, é primordial conhecer e estudar esse uso de drogas, principalmente por que a intervenção precoce torna-se mais efetiva. Este estudo objetivou conhecer o cuidado realizado pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) a usuários de álcool e outras drogas. Descrevendo as percepções dos profissionais dos CAPSi sobre o uso de álcool e outras drogas na infância e adolescência; Identificando como os profissionais percebem a prática desenvolvida nos CAPSi a usuários de álcool e outras drogas; descrever as abordagens terapêuticas, tecnologias de acolhimento e as intervenções realizadas pelos profissionais do CAPSi aos usuários de álcool e outras drogas. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva, com utilização do referencial teórico da fenomenologia social de Alfred Schutz. A coleta de dados foi nos meses de fevereiro a outubro de 2013, nos CAPSi do estado do Ceará. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão foram entrevistados nove profissionais, por meio de uma entrevista semi-estruturada. A análise compreensiva dos achados permitiu descrever o significado da ação por meio da identificação das motivações das condutas dos sujeitos. Sendo assim, foram encontradas três categorias concretas: o uso de drogas na juventude, o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas na perspectiva do profissional, abordagem terapêutica do CAPSi ao usuário de álcool e outras drogas, evidenciando as motivações *por que* e *para* da ação dos profissionais. Os mesmos relatam que percebem o uso de álcool e outras drogas por jovens como uma ação negativa, delineando a partir de suas situações biográficas que o uso de drogas por jovens é influenciado diretamente por uma questão social e que a família pode direcionar e intervir na vulnerabilidade existente nessa clientela. A família é descrita de forma ambivalente, tendo ao mesmo tempo papel fundamental na terapêutica do usuário e podendo ser fator desencadeador do uso. Os profissionais demonstram que suas motivações para a prática clínica são diretamente influenciadas por sua situação biograficamente determinada, realizando ações de protecionismo e julgamento perante a conduta do jovem, entretanto, também demonstram-se acessíveis a escuta e a atender as necessidades que os jovens trazem. A necessidade de satisfação pessoal perante o sucesso da terapêutica realizada, também é uma influência que determina suas motivações para a conduta na relação face a face. Acredito que a compreensão das motivações dos profissionais e a tipificação de suas ações no cuidado realizado podem contribuir para as reflexões acerca da atenção as crianças e adolescentes usuários de drogas, temática recente no cotidiano desses profissionais.

Palavras-chave: Saúde Mental, Adolescência, Criança, Transtorno Relacionado ao Uso de Substâncias.

ABSTRACT

TEIXEIRA, L.A. Nursing care to users of alcohol and other drugs at Centro de Atenção Psicossocial intanto-juvenil [Dissertation]. Post-graduation Program in Nursing & Health Clinical Care – Masters level, at Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza-CE 2014

The drugs consumption by children and adolescents has increased tremendously, whether we are talking about the actual consumption increase, the usage frequency, or the fact that its beginning is getting alarmingly precocious. In that sense, it's crucial to acknowledge and study the drug abuse, especially because it makes the early intervention more effective. This study aimed to become familiar with the nursing care performed by the professionals of the CAPSi towards alcohol and other drugs users. Describing the CAPSi professional's perceptions when it comes to alcohol and other drugs usage during childhood and adolescence; identifying the way professionals perceive the practices developed at the CAPSi; Describing the therapeutical approaches, welcoming technologies and the interventions executed by the CAPSi professionals towards the alcohol and other drugs users. It is a descriptive and investigative research with a qualitative approach that makes use of the theoretical framework of Alfred Schutz' Social Phenomenology. The data gathering took place from February 2013 to October 2013, at the CAPSi in the state of Ceará. According to the inclusion and exclusion criteria, nine professionals were interviewed, through a semi-structured questioning. The comprehensive analysis of the data allowed the actions to be described by identifying the motivation on the subject's conducts. Thus, three concrete categories were found, pointing out the *why* and *what for* of the professional's actions. They report the perception of the drug abuse by young people as a negative practice, concluding from their biographical situations that the drug abuse is directly influenced by social matters and that family can guide and intervene on this clientele's vulnerability. Family is described in an ambivalent way, being at the same time crucial to the user's therapy and the trigger to the usage in the first place. The professionals show that their motivations to the clinical practice are directly influenced by their biographically determined situation, executing protectionist actions and judging the young user's conduct; However, they also put themselves accessible to listening and meeting the youngster's needs. Personal satisfaction when it comes to the therapy's success is also a deep influence in their conducts on face to face relationships. I believe that understanding the professional's motivations and typifying their actions concerning the performed care can contribute to the reflections about the nursing care of children and adolescents that are drug users, recent subject in those professionals' routines.

Keywords: Mental health, adolescence, childhood, substance abuse related disorder.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. OBJETIVOS	13
3. REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1. Adolescência, Drogas e Políticas Públicas de Atenção ao usuário de Álcool e outras drogas	14
3.2. Correntes teóricas de abordagem ao usuário de álcool e outras drogas	22
4. EIXO TEÓRICO E METODOLÓGICO	31
5. RESULTADOS	44
5.1. O uso de drogas na juventude	45
5.2. O cuidado ao usuário de álcool e outras drogas na perspectiva profissional	55
5.3. Abordagem terapêutica do CAPSi ao usuário de álcool e outras drogas	61
6. DISCUSSÃO	69
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
9. ANEXOS	98
10. APÊNDICE	99

1. INTRODUÇÃO

O consumo de drogas na sociedade está presente em vários contextos culturais, inexistindo um padrão de consumidor, podendo ser adquirido e utilizado por qualquer indivíduo interessado.

É reconhecido que o uso de substâncias vai desde o uso não problemático até a dependência de substâncias com recaídas crônicas caracterizadas pela compulsão, perda de controle e consequências prejudiciais graves para a vida do outro. Entre esses extremos existem problemas não diferenciados e que recaem na categoria que é amplamente definida de abuso (WASHTON; ZWEBEN, 2009).

Mesmo que o consumo de drogas exista a milhares de anos, nas últimas décadas esse consumo adquiriu características peculiares devido às transições socioeconômicas, principalmente em países em desenvolvimento. O aumento da produção, do tráfico e do consumo é advindo principalmente das drogas ilícitas e esse consumo se tornou dinâmico, mesclando drogas lícitas e ilícitas, podendo ser de forma simultânea ou sucessiva, sendo cada vez mais frequente em diversos países (UNODC, 2012).

Tornou-se um fenômeno em massa, envolvendo uma série de fatores biopsicossociais, gerando dependência. Essa dependência é um processo multifatorial, que inclui as questões orgânicas de dependência fisiológica, as implicações psicológicas, os aspectos sociais, políticos, econômicos, legais e culturais, além das consequências psíquicas, físicas e sociais do fenômeno (PRATTA; SANTOS, 2009).

O perfil predominante de usuários de drogas é de homens jovens, mesmo com o aumento do número de mulheres consumidoras, sendo que, dentre os indivíduos que se tornam dependentes químicos, os adolescentes são a fatia da população a qual a incidência é maior, pois o envolvimento com drogas se inicia nessa população e vai se intensificando com a idade. O uso de substâncias ilícitas é maior entre a população jovem, enquanto o uso de substâncias lícitas é homogêneo entre as faixas etárias, permanecendo por todas as fases da vida. Os números de dependentes jovens são maiores em países em desenvolvimento, relacionando o uso de drogas com a presença ou não de políticas preventivas e sociais (BRASIL, 2010; UNODC, 2012).

Segundo Costa *et al* (2007) existem alguns fatores que influenciam os jovens ao uso de drogas como a onipotência, a busca de novas experiências, ser aceito por grupos, independência, a facilidade de acesso, a permissividade, a falta de fiscalização, desafio da

estrutura social e conflitos psicossociais e existenciais, além de fatores intrínsecos à família, como estrutura, apoio e a presença de usuários de drogas dentro da família.

O uso/abuso de drogas em qualquer estágio da vida expõe o indivíduo ao sofrimento psíquico, sendo durante a infância e a adolescência a fragilidade aumentada, devido ao processo de desenvolvimento cognitivo, emocional, psíquico e social, podendo trazer consequências severas, não só à saúde, mas em todo o seu contexto social.

Nesse sentido, é primordial conhecer e estudar o uso de drogas por jovens, principalmente por que: é o período de iniciação do uso e a ação preventiva nessa fase tem mais resultados; as tendências de uso de drogas ilícitas entre jovens significam mudanças sociais e políticas, às quais os jovens são mais sensíveis (acessibilidade as drogas e transformações do mercado); o acesso a uma maior variedade de drogas, com novos padrões de consumo, dificultando o desenvolvimento de ações e políticas públicas efetivas e além do início precoce associar-se a resultados negativos a saúde dos jovens (BRASIL, 2010).

A polêmica gerada ao redor das consequências nocivas do uso de crack nas capitais brasileiras, com enfoque na violência urbana e na desestrutura social, incitou na mídia brasileira uma falsa impressão de uma possível epidemia, entretanto, de acordo com estudos recentes, esse consumo cresceu e está estabilizado e que os maiores danos são ocasionados pelo álcool e tabaco, sendo os mesmos amplamente utilizados por crianças e adolescentes. Além disso, a juventude que vive em situação de moradia de rua sofre agravos físicos, psíquicos e sociais, além dos agravos relativos ao uso (BRASIL, 2011; UNODC, 2012).

Sendo assim, a problemática do uso infanto-juvenil e suas consequências interferem diretamente no crescimento e desenvolvimento da população, além do progresso do país, que se descobriu inundado com as drogas e sem preparação para lidar com os seus usuários e o seu mercado, impactando negativamente na sua evolução.

A partir dessa problemática, as políticas de apoio a rede de saúde mental instituíram um modelo de serviço que daria suporte as pessoas que fazem o uso prejudicial de álcool e outras drogas, o Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPSad), que permite o planejamento de uma terapêutica individualizada e contínua, através de intervenções que vão desde o atendimento individual até aos atendimentos em grupos ou oficinas (BRASIL, 2004).

Porém o CAPSad não abrange a população de crianças e adolescentes, pois a faixa etária mínima para se ter acesso aos cuidados do CAPSad é de dezesseis anos, excluindo essa

parte da população que necessita de cuidados. Para essa população não ficar desassistida, os Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) é que se tornaram responsáveis por dar o suporte de cuidados que os jovens necessitam.

O CAPSi tem como princípio que a criança e o adolescente a cuidar é um sujeito, um sujeito de responsabilidades por sua demanda, sofrimento, sintoma, e de direitos, dentre estes o direito ao cuidado. Esse cuidado deve ser realizado de forma que atinja a sua singularidade, dando voz e escuta a essas crianças e adolescentes, reconhecendo o sofrimento mental deles como próprios, respeitando a subjetividade, localizando a pessoa no seu sofrimento e as suas implicações nos eventos psíquicos do qual se queixam (BRASIL, 2005).

Destarte, indago sobre qual a percepção dos profissionais do CAPSi em relação ao cuidado realizado a essa clientela? Como os profissionais percebem os fatores que influenciam ao uso de álcool e outras drogas por essa clientela?

Desde a graduação me interessei em como os profissionais se posicionam em relação a sua atuação, ao seu interesse pelo trabalho realizado, a afinidade pela área em que atuam e em como se posicionam em relação ao indivíduo que se propõem a cuidar. Em todas as áreas de atuação da enfermagem sempre percebi muita insatisfação, além de lacunas no conhecimento dos profissionais, sendo essa uma questão da enfermagem que acredito que deve ser trabalhada e melhorada para um cuidado de qualidade, que seja satisfatório para quem cuida e quem é cuidado.

Durante a minha vivência acadêmica, fui bolsista de iniciação científica em um grupo de pesquisa que tem como temática a Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEESS), dentro da linha Cuidado clínico em saúde mental, família e prática educativa que enfoca crianças e adolescentes atendidos nos CAPSi. Como iniciante na pesquisa acadêmica vivenciei a atuação profissional do enfermeiro no CAPSi, descrevendo e analisando o seu cuidado, participando da rotina do serviço e convivendo com todos os profissionais do CAPSi.

Além disso, tive experiência profissional, supervisionando estágio em saúde mental com estudantes de graduação em enfermagem em um hospital de referência em saúde mental, na unidade de atendimento a adultos dependentes químicos, acentuando meu interesse pela temática das drogas, foi quando me indaguei como são atendidos as crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas, e como o enfermeiro se insere nesse contexto.

Ao conviver e participar de grupos e consultas aos usuários de drogas surgiram dúvidas em relação a como os profissionais se preparam e se embasam para a sua atuação. Por vezes confrontei o porquê os profissionais que trabalham com usuários de drogas recriminavam o uso e preconizavam a abstinência, enquanto as políticas públicas indicam a redução de danos como instrumento de trabalho. Também me exalta a questão da afinidade do profissional com sua área de atuação, percebendo que os mesmos não têm interesse e nem preparo para atuar em saúde mental.

Este estudo mostra-se relevante porque visa contribuir para um esclarecimento sobre o cuidado realizado pelos profissionais de saúde com usuários de álcool e outras drogas no CAPSi, descrevendo por meio de suas percepções, o suporte existente a esses jovens vulneráveis. A partir dessas percepções podemos direcionar melhor o cuidado aos usuários, visto que ao se questionar e analisar o cuidado realizado, reavaliemos nossas ações e criamos possibilidades de crescimento e melhoria no atendimento.

Acredito que este estudo contribui para a enfermagem, pois ao conhecer como o enfermeiro e os outros profissionais atuam podemos reconstruir, analisar e refletir sobre o projeto terapêutico em equipe, além de dar subsídios para a afirmação do papel do enfermeiro na equipe. Por fim, contribui, também com as publicações sobre o atendimento a jovens usuários de álcool e outras drogas, área carente de estudos, já que somente recentemente essa realidade tem recebido o olhar das políticas públicas e dos profissionais de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

- Conhecer o cuidado realizado pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil a usuários de álcool e outras drogas.

2.2. Objetivos específicos

- Descrever as percepções dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil sobre o uso de álcool e outras drogas na infância e adolescência.
- Identificar como os profissionais percebem a prática desenvolvida nos Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil a usuários de álcool e outras drogas.
- Descrever as abordagens terapêuticas, tecnologias de acolhimento e as intervenções realizadas pelos profissionais do CAPSi aos usuários de álcool e outras drogas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Ao estudar a problemática do uso de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes e buscar compreender como está sendo a atuação dos profissionais que atendem essa clientela nos CAPSi, senti a necessidade de me aprofundar nessa fase do ciclo de vida e seus aspectos, e nos cuidados que são prestados a usuários de álcool e outras drogas, me permitindo ampliar os conhecimentos acerca do que está sendo realizado e do que pode ser feito nessa terapêutica.

Sendo assim, acredito ser imprescindível discutir como é visto os aspectos do uso, abuso e da dependência e quais são as abordagens individuais e coletivas realizadas com vistas à promoção de saúde mental do usuário de álcool e outras drogas. É indispensável também conhecer as correntes teóricas que podem ser utilizadas pelos profissionais do serviço como embasamento teórico para o cuidado ao usuário de drogas no CAPSi.

3.1 ADOLESCÊNCIA, DROGAS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A adolescência é um período do nosso ciclo de vida que é marcado por intensas mudanças estruturais. A palavra “adolescere” advinda do latim significa “crescer, brotar, engrossar, tornar-se maior, atingir a maioridade”, que como a definição sugere é um período de transição de um estado de imensa dependência para uma condição de autonomia pessoal. No Brasil, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente define essa fase como característica dos 12 aos 18 anos de idade (MOREIRA, 2009; SANTOS; PRATA, 2012).

Esse período só foi delimitado como fase do desenvolvimento humano na sociedade moderna ocidental, a partir das condições sócio-culturais específicas dessa sociedade, sendo um tipo de construção social. Essa passagem da infância para a vida adulta só tornou-se problemática com a falta de dispositivos sociais como ritos de passagem, sendo vivida subjetivamente pelo sujeito, sendo a adolescência uma espécie de moratória, substituindo o ritual eficaz que foi rompido da tradição (ZAPPE; DIAS, 2012).

Esse período caracteriza-se pela insegurança subjetiva da passagem da infância para a vida adulta, sendo essa passagem abordada de forma mais negativa do que positiva, pois apesar de comemorar a maior liberdade vivenciada, existem algumas incertezas sobre os referenciais que até então eram seguidos com convicção, pois para crescer foi preciso

ultrapassar as referências do passado e as referências do futuro não são dadas e nem garantidas, pois ainda é necessário encontrá-las e conquistá-las (ZAPPE; DIAS, 2012).

Dentre as características e eventos que marcam o período da adolescência estão: a busca de si mesmo e de sua identidade; tendência a vivência grupal; necessidade de intelectualizar e fantasiar; crises religiosas e questionamentos; deslocamento temporal; evolução sexual; atividades sociais de reivindicação; contradições sucessivas em sua conduta; separação progressiva paternal e constantes alterações do humor e do ânimo (SILVA; SANTOS, 2012).

O período da adolescência é marcado como um processo de desconstrução do infantil que permite a estruturação do sujeito. Esse período é assinalado por mudanças que interferem na vida psíquica, sendo incluída a experiência do limite como parte desse tempo psíquico. O limite aqui citado é espacial e identitário, ligado às representações de um ser que se modifica. Outra questão que alocamos em termos de limite é a identidade, que é indissociável da identidade corporal, se definindo em relação ao conjunto de dados em transformação, que não se estabelece estaticamente, é um processo dinâmico e contínuo, fundamentado em experiências retomadas e aperfeiçoadas ao longo da vida (KERNIER; CUPA, 2012).

Na formação da identidade do sujeito, o universo social se modifica, saindo de um círculo social restrito (a família) para um universo social mais amplo (o mundo). Essa ampliação do círculo social, a conquista da autonomia, o poder de escolha e a “independência” são marcantes como fatores de mudança social na adolescência. É nessa fase que ocorre a maior suscetibilidade as influências sociais, pois se inicia a formulação questões próprias, além da perda da idealização dos pais (MOREIRA, 2009).

Essa etapa do desenvolvimento é carregada de mudanças e reorganizações adaptativas nas relações, seja em relação às figuras parentais, ou nos relacionamentos com os seus pares e outras figuras significativas, enfatizando o par amoroso. Essas mudanças afetivas são centradas na necessidade extrema do egocentrismo em paralelo a necessidade de aceitação em grupos, na sua capacidade de se utilizar de recursos que satisfaçam as suas necessidades básicas de inclusão e independência (MOTA; ROCHA, 2012).

No desenvolvimento saudável do adolescente, se sustenta o equilíbrio entre a individualidade e a permanência do laço parental, além dos elementos familiares, encarando as suas figuras parentais como bases seguras de relacionamento. Na contemporaneidade a fase

de abandono do seio parenteral modificou-se, pois a permanência na casa dos pais e a independência financeira vêm sendo proteladas e o protecionismo natural até a adolescência prolonga-se a fase inicial da vida adulta (MOTA; ROCHA, 2012).

A adolescência também é marcada por impulsos do crescimento corporal, mudanças do desenvolvimento emocional, mental e social, além de ser um período de intensas expectativas culturais, permeado por contradições e marcado por ambivalências e fricções familiares e sociais. Sendo assim, o modo de ser adolescente é doloroso, e esse sujeito pode procurar aliviar a dor refugiando-se na negação e sublimação (MOTA; ROCHA, 2012).

À medida que o adolescente encontra uma maior clareza e aceitação de si mesmo, elaborando o luto por suas perdas e sentindo-se aceito no contexto em que se insere, o seu processo de instabilidade e crise é superado. Para o adolescente, a busca de novas atividades e iniciativas pode levar a resultados negativos, devido à necessidade de correr riscos como forma de exercer o seu poder sobre o seu corpo, caracterizando-se por um comportamento egocêntrico, onipotente, além de desenvolver uma individualização e autonomia, com o falso pensamento de invulnerabilidade pessoal (SANTOS; PRATTA, 2012).

Dentre os comportamentos de risco observados em adolescentes, o uso de drogas tem se tornado cada vez mais relevante, pois o uso tem sido cada vez mais precoce, a prevalência tem aumentado e as quantidades consumidas são cada vez mais altas (SANTOS; PRATTA, 2012).

Esse uso de drogas por adolescentes por muitas vezes ocorre como um elo na criação de laços sociais, inserindo o mesmo em grupos de iguais, sendo esse grupo diferente do seu grupo familiar, pois o mesmo está em busca de novos ideais e novos vínculos. Entretanto, a família tem a função de micropoder sobre os seus membros, instituindo valores e cultura, podendo ser aliada na manutenção desse adolescente longe das drogas e das influências negativas (SILVA; SANTOS, 2012).

Destarte, a visão dos jovens sobre a drogadição nem sempre é de que o consumo gera dependência ou marginalidade, sendo possível uma compreensão de que o uso é uma opção de socialização, pois em alguns casos, devido à falta de perspectiva, se torna uma maneira de se inserir socialmente por meio do tráfico, ampliando as possibilidades de consumo de artigos de luxo. Esse consumo é inviável quando inserido em outro tipo de ocupação, já que esses jovens não são capacitados e qualificados para o mercado de trabalho, desviando o olhar do jovem para a sociedade (SOARES *et al.*, 2011).

Contudo, o uso de drogas pode ser uma forma tortuosa de o adolescente ir à busca da separação da família e de sua individualização. Também podemos citar o desejo de atenuar alguns problemas como a insegurança, o estresse, a baixa autoestima, sentimento de rejeição, dentre outras dificuldades como instigantes ao uso e a possibilidade de vício (SILVA; SANTOS, 2012).

Uma forma de satisfação pulsional da adolescência seria uma nova idealização do Eu, permitindo ao jovem uma nova eleição do significante, podendo ser um nome, uma profissão, um ideal, um parceiro afetivo ou uma missão no mundo, fazendo com que o sintoma tenha um envoltório significativo com o qual possa ter satisfação (CAPANEMA; VORCARO, 2012). Sendo assim, a substituição desse prazer adquirido com o álcool ou outra droga mostra-se possível, a partir das diferentes maneiras de vivenciar o prazer, satisfazendo o sujeito com novos significados.

Ao analisar a drogadição a luz da psicanálise, os autores se referem a esse fenômeno como sintoma aos problemas na organização pulsional do sujeito. Estes determinantes dão ênfase às motivações específicas de cada indivíduo para o consumo de drogas associada a um conjunto de fatores relacionados às diversas faces da vida social. As drogas são utilizadas como propósito de alívio e conforto frente ao sofrimento vinculado as renúncias de gratificação pulsional impostas pela civilização, um auxílio no enfrentamento do peso da realidade como obstáculo da busca ao prazer (SANTOS; PRATA, 2012).

A subjetividade da contemporaneidade é marcada por sujeitos ávidos pelo consumo imediatista, objetos produzidos e consumidos, como se estes possibilitassem o tamponamento da falta que os ideais não recobrem. A busca pela satisfação imediatista os conduz ao consumo consecutivo e intenso, em uma procura desenfreada de uma satisfação plena, que nunca será atingida (CAPANEMA; VORCARO, 2012).

O uso de drogas inicial costuma ser relacionado à busca intensa de prazer, inerente ao ser humano, que está por um lado, continuamente em busca de situações que propiciem prazer, e de outro quer diminuir ou eliminar condições de dor ou sofrimento (FREUD, 2011).

O início do uso é vivenciado de forma prazerosa, eliminando a ansiedade, e por curto período, restabelecendo a autoestima perdida, demonstrando uma sensação de plenitude, equilíbrio e força (SANTOS; PRATA, 2012).

Freud considera a vida real muito difícil de suportar, com dores, decepções, tarefas insolúveis, e como formas de aguentar, sendo utilizados alguns paliativos. Um dos três recursos citados por ele: poderosas diversões, gratificações substitutivas e substâncias inebriantes, sendo a última que nos torna insensível a dor e é imprescindível. Nessa perspectiva, as drogas são utilizadas na busca permanente da felicidade, além disso, o indivíduo nessa busca incessante com o passar dos anos e com os sucessivos fracassos encontra consolo na intoxicação crônica (FREUD, 2011).

Sendo assim, a drogadição, como sintoma psíquico, necessita ser compreendida em relação aos significados que estão embutidos nessa sintomática, na tentativa de descobrir o que se pretende revelar através do sintoma (SANTOS; PRATA, 2012).

Entretanto, as políticas de prevenção e tratamento de usuários de drogas são recentes e estão se estruturando permeadas por muitas controvérsias, padecendo de um olhar contínuo e atento do governo em suas várias esferas. Por um longo período se presenciou uma lacuna na política pública de saúde, sendo os usuários de drogas deixados a cargo da educação, segurança pública e outros setores da sociedade como as instituições religiosas, porém esses usuários não alcançavam o setor saúde.

Traçando o trajeto da perspectiva histórica das políticas de prevenção e tratamento de usuários de drogas, é visível que por um longo período essa clientela não foi assistida. Esse uso de drogas era geralmente associado a atos criminosos e a marginalização, criando uma esfera de desleixo e exclusão. E quando foram tratados os modelos de atendimento, estes eram pautados na exclusão social e na abstinência, deixando os usuários em segundo plano (BRASIL, 2005).

Somente a partir de 2002 que foi criada uma política específica para usuários de álcool e outras drogas, sendo reconhecido na III Conferência Nacional de Saúde Mental que o uso e abuso de drogas é um problema de saúde pública. O **Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas** estava situado no âmbito da saúde mental e teve como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos (BRASIL, 2005).

Esse Programa organizou ações de promoção, prevenção, proteção à saúde e educação das pessoas que fazem o uso prejudicial de álcool e outras drogas, estabelecendo uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares, tendo como principal serviço articulador o

Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSad), articulado à rede de atenção psicossocial e fundamentado na abordagem de redução de danos. Além disso, também são incentivadas ações na atenção básica, implantação de leitos em hospitais gerais e atendimentos de urgência e emergência a essa clientela (BRASIL, 2005).

Nesse programa ficou claro a necessidade de fortalecer a assistência centrada na atenção comunitária com ênfase na reabilitação e reinserção social, usando deliberadamente os conceitos de território e rede, redução de danos, focando na busca ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, integrando a sociedade, de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica. Essa política deve ser intra-setorial, dentro dos diversos programas do Ministério da Saúde e inter-setorial, articulando as ações entre os Ministérios, Organizações não-governamentais (ONG's) e associações diversas (BRASIL, 2005).

Objetivando a redução de danos, são traçadas estratégias de abordagem que reduzem a oferta de drogas com ações da justiça, da segurança e da defesa, e a redução da demanda de usuários através de tratamentos de internação com o distanciamento do usuário frente ao agente indutor (BRASIL, 2003).

Foi nessa política que os conceitos de clínica e acolhimento foram discutidos, resgatando as individualidades do ser humano no processo de adoecer e nas suas representações, acolhendo o usuário e sua história. O acolhimento deveria ser pensado como uma via de expressão do modo singular e coletivo, pautando as práticas nas singularidades, excluindo assim a abstinência como único objetivo (BRASIL, 2003).

A redução de danos, como método, é diretamente vinculada ao direcionamento do tratamento, aumentando o grau de liberdade, de co-responsabilidade e implicando no estabelecimento de vínculos com os profissionais, que em conjunto com os usuários e família são co-responsáveis pelos caminhos do tratamento e pela melhoria da qualidade de vida do usuário (BRASIL, 2003).

Dentre as possibilidades de acesso aos mecanismos de saúde, destacamos que as três esferas são responsáveis pelo usuário, cabendo a atenção primária a garantia de acesso a medicamentos, proporcionando uma atenção direta na comunidade, fornecendo educação em saúde, envolvendo a comunidade, ONG's, dentre outros. Na atenção terciária deve se disponibilizar leitos em hospitais gerais e realizar atendimentos em urgência e emergência, principalmente para pacientes em crise (BRASIL, 2003).

No que compete a atenção secundária os CAPS ad são responsáveis na inclusão do paradigma da redução de danos como estratégia de saúde pública, reduzindo os danos ocasionados pelas drogas, resgatando a autonomia do usuário. Também são preconizadas as ações de prevenção e tratamento como método clínico-político na perspectiva da clínica ampliada (BRASIL, 2003).

Faz-se necessária a desconstrução do senso comum que taxa o usuário como um doente que requer aprisionamento, e oferecer oportunidades de práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, estabelecendo parcerias locais e fortalecendo as políticas municipais e estaduais (BRASIL, 2003).

A política também estabelece a construção de oportunidades de ações inter-setoriais, com iniciativas descentralizadas, intervindo no processo de capacitação de profissionais e com investimento político para a mudança de conceitos (BRASIL, 2003).

Finalmente a política trabalha a prevenção como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias que reduzam os fatores de vulnerabilidade e risco. Busca fortalecer os fatores de proteção, inserindo a comunidade nessas práticas, com a contribuição de todos os segmentos sociais disponíveis para facilitar os processos de redução do início do consumo, ou do seu aumento, desde a frequência até a intensidade, e das consequências do uso em padrões de maior acometimento geral, sendo, na lógica da redução de danos, as ações preventivas fundamentais (BRASIL, 2003).

As ações preventivas devem ser direcionadas a toda a população, já que os mesmos são grupos de risco para o uso, mesmo que esse risco seja baixo ou moderado. Nesse contexto, as crianças e adolescentes necessitam de políticas direcionadas para sua faixa etária, considerando que no Brasil, essa população representa um grande contingente, com características de uma clientela vulnerável ao uso e abuso de drogas, podendo pesar no futuro da sociedade brasileira (BRASIL, 2003).

Em 2004 o **Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas** foi revisado, porém manteve os mesmos princípios e diretrizes, sendo compactada e os dados e a linguagem atualizada. No mesmo ano, foi lançada outra política específica para o álcool, denominada de **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**.

Essa política tem como objetivo reduzir os danos decorrentes do consumo de álcool, a partir de alguns conceitos como: basear-se nos fatos vivenciados em vez de

visualizar crenças; compartilhar da realidade de que o álcool é inserido culturalmente, tendo seus efeitos positivos e negativos; não julgar o usuário de drogas, incluindo os mesmos na elaboração de políticas e intervenções, visando sua autonomia e responsabilização; promover a educação sobre o álcool, com fatos, voltando o tratamento para o fortalecimento da responsabilização individual; evitar a promoção do álcool entre os jovens, dissociar a imagem do consumidor de álcool como uma pessoa bem sucedida; alertar nas embalagens aos consumidores sobre os riscos de beber e dirigir, sobre os riscos do consumo de álcool na gravidez e incentivar pesquisas e divulgar resultados relacionados à redução de danos (BRASIL, 2004).

Em 2005, foi lançada uma resolução que aprova a Política Nacional Sobre Drogas, especificando os pressupostos, objetivos da política, pontuando os aspectos relevantes sobre a prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social. Destarte, pontua as orientações gerais e as diretrizes para a redução de danos sociais e à saúde, a redução da oferta e para os estudos, pesquisas e avaliações (BRASIL, 2005).

Cinco anos após instituiu-se o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. Esse plano tem ações descentralizadas e integradas, entre as três esferas do governo, sendo ação inter-setoriais, interdisciplinares, que envolvam a integralidade, a participação da sociedade e o controle social (BRASIL, 2010).

O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas surgiu como uma afirmação da união entre as políticas e ações sociais, unindo a saúde com a assistência social, segurança pública, educação, esporte, cultura, direitos humanos, juventude, entre outros, no intuito de agregar conceitos e melhorias na atual Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2010).

Ademais, foi criado o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), um portal inserido no portal do SENAD que tem como objetivo reunir e centralizar informações sobre drogas, mantendo-se sempre atualizado e incluindo estudos, pesquisas e levantamentos nacionais. Dentre os sites divulgados no OBID, resalto a presença de dois exclusivos para a juventude: Jovem sem Tabaco e Mundo Jovem (TRAD, 2010).

Diante do exposto, percebi que as políticas sobre drogas brasileiras estão em constantes mudanças, que o processo de enfrentamento das consequências do uso abusivo, a

mobilização social e governamental em relação a prevenção, tratamento e reinserção social ainda carecem de uma maior integração, em busca de alinhar as políticas públicas com os estudos, pesquisas, avaliações e a prática clínica.

3.2 CORRENTES TEÓRICAS DE ABORDAGEM AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Ao se estudar e refletir sobre a condição humana percebeu que o ser humano é um ser vulnerável. A doença, a morte, o sofrimento são algumas condições de vulnerabilidade, e essa vulnerabilidade é intrínseca ao ser, podendo afligir o homem interna ou externamente, atravessando todas as suas dimensões, o que o torna um ser limitado, finito. É por meio da percepção do homem como ser vulnerável que ele busca meios de sobreviver e minimizar essa vulnerabilidade, sendo o cuidado umas das formas de lidar com a vulnerabilidade.

O significado da vulnerabilidade é a fragilidade, a precariedade. O ser humano é pluridimensional e inter-relacional porque tem distintas dimensões e estabelece vínculos diferentes com seu entorno e seus semelhantes, sendo uma integridade corpórea, psicológica, social e espiritual. O ser humano é vulnerável por estar sujeito a enfermidades, fragilidades, tensão social, podendo ser facilmente objeto de instrumentalização sectário, necessitando de cuidado e atenção (ROSELLÓ, 2009).

Pensando nessa perspectiva de vulnerabilidade, o homem está sujeito ao uso, abuso e dependência a drogas, pois com a expectativa do prazer, da satisfação e preenchimento que a droga promove, se cria a falsa alusão de suprimir a vulnerabilidade humana.

O tema uso, abuso e dependência química são historicamente abordados por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica, e suas implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas se evidenciam quando são principalmente associadas à criminalidade e a práticas antissociais (FARIA; SCHNEIDER, 2009).

Existem alguns conceitos sobre o uso prejudicial de drogas, sendo os mais comuns o abuso, o uso nocivo e a dependência de substâncias psicoativas, descritos pelos conceitos do CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10 versão) e DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística, IV versão).

De acordo com o CID-10 existem alguns critérios para o uso nocivo ou prejudicial de substâncias, entre eles estão: padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental à saúde, que

tenha causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos (BRASIL, 2012).

Para o diagnóstico de dependência de substâncias, é definitivo se forem apresentados, no último ano, três ou mais dos critérios descritos a seguir: forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância; dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de início, término e níveis de consumo; estado de abstinência fisiológico, quando o uso da substância cessou ou foi reduzida, como evidenciado por síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência; evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos, em favor do uso da substância psicoativa; aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou ingerir a substância ou para se recuperar de seus efeitos; persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como: danos ao fígado, por consumo excessivo de bebidas alcoólicas; estados de humor depressivos, consequentes a períodos de consumo excessivo da substância; ou comprometimento do funcionamento cognitivo, relacionado à droga. Nesse caso, deve-se fazer esforço para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano (BRASIL, 2012).

O DSM-IV considera o abuso de substâncias quando o uso é contínuo, apesar de problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou aumentados pelos efeitos da substância; uso recorrente em situações nas quais isto representa um perigo físico; uso recorrente que resulta em negligência de obrigações no trabalho, escola ou em casa; problemas recorrentes relacionados a questões legais (BRASIL, 2012).

Quanto aos critérios para a dependência de substâncias, o DMS-IV considera que o mesmo seja um padrão mal adaptativo de uso de substâncias e que levam a prejuízo ou sofrimento significativo clinicamente, podendo manifestar três ou mais critérios citados a seguir, ocorrendo em um período de 12 meses. Resumidamente os critérios que definem são: tolerância à substância; síndrome de abstinência; desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância; frequente consumo ou em quantidades maiores que a desejada ou por períodos mais prolongados do que o pretendido; atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da

substância; a obtenção, utilização e recuperação dos efeitos das substâncias gastam muito tempo; uso da substância de forma contínua, apesar de ter problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado pelo uso da substância (BRASIL, 2012).

Além da visão biomédica sobre o uso de substâncias e seus malefícios, existem outros conceitos e abordagens visando o uso prejudicial de substâncias, sendo compreendido pela psicanálise como várias categorias, dentre elas, o uso recreativo, abusivo e a adicção.

O interesse aqui é o uso prejudicial à saúde, então o foco será na adicção, por ser uma situação onde o indivíduo se escraviza diante da droga, tornando-se submisso de forma à droga ser o objeto de prazer que é sentido como uma necessidade, assumindo o controle das ações do sujeito. A palavra “adicção” é inexistente na língua portuguesa, tendo aproximações do termo com o adjetivo *adicto*, que significa afeiçoado, dedicado, apegado ou dependente (SANTOS; COSTA-ROSA, 2007).

A adicção pode ser caracterizada como um modo de agir, com a principal característica da falta de limite, como uma forma de funcionar o psíquico na relação com o objeto, do que propriamente um atributo intrínseco referido ao sujeito drogadito. Sendo assim, a adicção pode se dar em diversos contextos, sendo a compulsão de consumir drogas apenas mais um tipo (SANTOS; COSTA-ROSA, 2007).

A droga também é utilizada nos momentos de falibilidade humana, período em que a droga se apresenta como uma forma de negação, anestesia, para esquecer e minimizar as situações vividas. O sujeito utiliza a droga para não pensar em suas fragilidades, como se tornasse imune ao sofrimento, recuperando o gozo perdido, através da aquisição de um objeto, tornando-se autossuficiente, sem precisar estabelecer qualquer outro tipo de relacionamento (CANABARRO; D’AGORD, 2012).

A adolescência constitui o período de iniciação no uso de drogas, seja como mera experimentação ou como consumo ocasional, indevido e abusivo. Em geral os adolescentes buscam nas drogas prazer, extroversão, novas sensações, compartilhamento grupal, diferenciação, autonomia, independência em relação à família, dentre outros efeitos, desconsiderando ou minimizando os efeitos negativos ou os perigos em que se expõe (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Desta forma, o uso de drogas tem início na adolescência, mas se propaga devido a alguns fatores que interferem no padrão de uso, incluindo a família, a escola, os amigos ou pares e a mídia, devendo ser trabalhado esses fatores conjuntamente.

Além dos fatores de risco para o abuso e a dependência de jovens, o principal fator estimulante é o consumo, a necessidade de consumir exacerbadamente, tomando proporções fatídicas em âmbito mundial, pois a associação positivista do consumo dentro do estilo de vida capitalista propicia um ambiente favorável para a multiplicação de pessoas em sofrimento devido ao uso, abuso e dependência de drogas.

Cerca de 10% das populações urbanas consomem substâncias psicoativas abusivamente em todo o mundo, corroborando com essa estimativa, estudos descrevem que cerca de 3,2% das mortes mundiais envolvem o uso de álcool, crescendo de forma preocupante nos países em desenvolvimento. No Brasil, 68,7% da população consumiu álcool em algum momento da vida, sendo destes 11,2% dependentes da substância (PEIXOTO *et al.*, 2010).

Apesar dos números alarmantes relacionados ao álcool, o aumento do consumo de crack tem alertado as autoridades em relação às morbidades e a mortalidade associadas. A mortalidade por causas violentas, a migração de vias de administração e o uso de outras substâncias associadas ao crack são os principais fatores negativos, sendo estimado que, entre os indivíduos que procuram tratamento para o uso de crack ou cocaína, esses também são dependentes ou abusadores de álcool. Além disso, o uso prolongado de crack costuma se apresentar em um padrão intensificado, dificultando a conciliação do uso e as atividades de vida cotidiana (DIAS *et al.*, 2011).

Logo, o fato de ser uma droga de baixo custo e efeitos intensos, suscitou no consequente aumento do consumo por pessoas em situação de moradia de rua, necessitando assim de um direcionamento das políticas públicas para o efeito devastador do crack, criando medidas e ações voltadas exclusivamente para essa droga, além de admitir as consequências negativas relacionadas à violência, a exclusão social, as lesões físicas, psíquicas e emocionais de ação rápida e intensa.

No começo de 2012 vivenciamos no Brasil cenas de pura violência no centro de São Paulo, internações involuntárias e compulsórias de moradores de rua e usuários das “cracolândias” em comunidades terapêuticas como medidas sanitaristas de higienizar as ruas. Além disso, no Rio de Janeiro o movimento de limpeza das ruas iniciou-se em 2011, com constantes internações compulsórias, através de ações violentas da polícia contra pessoas

vulneráveis, desarmadas e com problemas de saúde. Essa população excluída e segregada socialmente é levada a espaços sem infraestrutura adequada e sem condições de ofertar tratamento à condição de suposta dependência que vivem, sendo desrespeitados os seus direitos através do suporte ofertado pelo governo (BRASIL, 2012).

O que é questionável é se a problemática existente é o suposto uso ou abuso de drogas dos moradores de rua ou se é a situação de pobreza e abandono que esses indivíduos enfrentam em seu cotidiano. Através dessas ações me indago quais as abordagens terapêuticas realizadas pelos profissionais de saúde aos usuários de drogas? Seja o sujeito que usa, abusa, o dependente, o adicto, ou qualquer outra nomenclatura que rotule o sujeito em sofrimento. Como estamos lidando com esse sofrimento? Quais intervenções podem ser realizadas?

Historicamente, as abordagens terapêuticas utilizadas a usuários de álcool e outras drogas reproduziam a hegemonia do modelo biomédico psiquiátrico, com suas características predominantes com a hospitalização, à terapêutica farmacológica, tendo como meta a abstinência, excluindo o sujeito em sua terapêutica, desqualificando socialmente o usuário. A concepção médica é voltada para a concepção de dependência como uma doença crônica, recorrente e incurável (FARIA; SCHNEIDER, 2009).

Além dos determinantes orgânicos neuroquímicos ou genéticos, também se compreende no modelo biomédico a dependência como função das características intrínsecas a droga. O usuário é vítima de uma doença psicopatologizante, organicista ou ambientalista, podendo ser contraditória entre si, devido às diversas influências epistemológicas. De acordo com Schneider (2010) a maioria dos CAPS ad pesquisados mantém o predomínio da concepção biomédica, impactando sobre a meta dos tratamentos, que em sua grande maioria se faz na abstinência, na busca de livrar o usuário incondicionalmente do uso de drogas, desconsiderando o contexto de vida do sujeito.

Na atualidade a partir de contribuições da psicologia e das ciências sócias surge a concepção “biopsicossocial”, com o objetivo de abranger a multideterminação do fenômeno da drogadição na tentativa de impactar contra o reducionismo e determinismo biologicista. Porém, esse termo tornou-se uma caracterização de uma justaposição de variáveis em vez de articulá-las, sendo um discurso que se considera vanguardista, mas na verdade prática é uma concepção organicista de incurabilidade da dependência. Essa contradição é vista em pesquisas junto aos serviços de atenção à Saúde Mental e aos usuários de álcool e outras

drogas, justificando-se pela indefinição das determinantes que constituem o processo de dependência psicoativa (SCHNEIDER; LIMA, 2011).

O modelo biomédico associa-se diretamente com o modelo moral de atenção, com orientações religiosas ou espiritualistas, adotado, por exemplo, pela maioria dos grupos de autoajuda. Estudos sugerem que a religiosidade, independente da religião declarada, facilita a recuperação da dependência química, diminuindo as chances de recaída, além dos cultos e missas contribuir para o menor consumo de drogas, mesmo sem um tratamento formal. A comprovação da eficácia do tratamento está diretamente relacionada à fé dos usuários no poder de sua igreja, sendo relatada a possível cura da doença dependência química (SANCHEZ; NAPPO, 2008).

Os usuários que se utilizam de grupos de autoajuda ou que são conduzidos por modelos de origem religiosa, partem do pressuposto de que eles devem compreender que se desviaram do seu caminho de vida e que devem admitir e redimir suas falhas perante a um poder superior, levando a culpabilização do usuário pela sua atual condição. Esse modelo de atenção firmou-se nas instituições privadas e filantrópicas em conjunto com o modelo biomédico, sendo hegemônica a síntese desses modelos (FARIA; SCHNEIDER, 2009).

Dentre as abordagens terapêuticas utilizadas no modelo espiritual estão a oração, a conscientização da vida após a morte e a fé como promotora de qualidade de vida. Só é bem sucedido no tratamento o usuário que se torna abstinente totalmente, e as orações frequentes são utilizadas como principal ferramenta para o domínio do desejo de consumir a droga, controlando a recaída, sendo considerado o substituto para terapêutica farmacológica, além de ter função ansiolítica. Além disso, a religião oferece recursos sociais de reestruturação com novas redes de amizades, ocupação do tempo livre, atendimento “psicológico” individualizado, valorização das potencialidades, coesão em grupo e apoio incondicional de seus líderes religiosos (SANCHEZ; NAPPO, 2008).

As abordagens moral ou espiritual e biomédica tem enfoque proibicionista, destacando-se a indistinção entre os padrões de consumo, pois todos os padrões são considerados intoleráveis, sendo a abstinência prioritária no tratamento. É então pré-requisito para o tratamento estar abstêmio, por não se admitir nos programas pessoas que ainda estejam usando drogas, tornando-se muitas vezes obstáculo para os que procuram ajuda.

Esses modelos com enfoque proibicionista são marcados pelo autoritarismo das intervenções e a criminalização do usuário, repercutindo na garantia dos direitos sociais e de

cidadania dos usuários, dentre os quais o de livre acesso a serviços de saúde, a tratamento e o de fazer uso de drogas em condições não prejudiciais ao indivíduo e a sociedade (ALVES, 2009).

A partir das lacunas dos modelos proibicionistas, surgiram novas formas de atenção a usuários de álcool e outras drogas, iniciando-se com o movimento de reforma psiquiátrica, em um processo de reconstrução terapêutica e quebra de paradigmas, passando a existir a proposta de redução de danos com vistas à capacidade de reconhecer as singularidades, traçando estratégias com o objetivo para a defesa da vida, constituindo-se em um método não excludente de outras ações, mas aumentando a autonomia e liberdade do usuário, na procura de compreender-lo inserido no processo como cidadão (FARIA; SCHNEIDER, 2009).

A política de redução de danos imersa no modelo sociocultural vê através de uma perspectiva histórica que é impossível uma sociedade livre das drogas, pois o consumo de substâncias psicoativas ocorreu em todas as épocas e culturas no decorrer da história da humanidade (SCHNEIDER; LIMA, 2011).

Existem algumas definições de redução de danos, dentre elas, a do movimento social da Associação Brasileira de Redutores e Redutoras de Danos que define como um paradigma que constitui outro olhar sobre a questão das drogas, instituindo novas tecnologias de intervenção comprometidas com o respeito às diferentes formas de ser e estar no mundo, promovendo saúde e cidadania. Esse paradigma é uma nova forma de ver a problemática, agregando-se a outros paradigmas, visando à promoção de saúde (BRASIL, 2011, p.128).

A política de redução de danos se inclui no modelo sociocultural de atenção, definindo a drogadição como produto das contradições sociais, econômicas e ambientais, e suas intervenções visam o contexto social do usuário de drogas. Nesse ponto de vista, focaliza-se a modificação do padrão de uso das drogas, intervindo diretamente nos determinantes sociais que levam ao uso prejudicial, visando à diminuição dos danos gerados pelo uso, tendo ação preventiva e de promoção da saúde. Esse modelo tem como principal meta terapêutica a redução dos prejuízos decorrentes pelo uso de drogas, buscando, por exemplo, a substituição de uma droga pesada por uma mais leve (SCHNEIDER; LIMA, 2011).

Na política integral a usuários de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde estão sendo adotadas medidas políticas da redução de danos, porém a perspectiva de redução

de danos não é hegemônica e tem sofrido resistência por parte dos profissionais médicos (SCHNEIDER, 2010). Mesmo sendo recriminada pelos médicos, a equipe multiprofissional dos CAPS trabalha e incentiva a política de redução de danos, sendo uma das prioridades dos profissionais da área do serviço social.

As estratégias e ações de redução de danos devem ser promovidas de forma articulada e intra-setorial, visando a redução de riscos, consequências e danos associados ao uso de drogas para o indivíduo, família e sociedade (BRASIL, 2010).

Além da visão dos profissionais de saúde, através da intersetorialidade, a perspectiva do Ministério Público Federal, define a redução de danos como um conjunto de políticas públicas ligadas à problemática das drogas, como a disseminação de doenças e a degradação humana, procurando promover a prevenção de doenças, a diminuição da violência e da promiscuidade, focando o usuário como protagonista do seu cuidado (BRASIL, 2012).

Sendo assim, no modelo de atenção sociocultural é verificada a implicação do sujeito no processo de cuidado, atendendo as suas necessidades de saúde, promovendo bem estar e diminuindo os prejuízos cometidos pelas drogas.

Finalmente, também é utilizado nos serviços de saúde o modelo de atenção psicossocial, predominando esse modelo nos serviços de atenção à dependência. Esse modelo pressupõe que a problemática da drogadição advém da interlocução dos problemas psicológicos do usuário com a interação familiar e o aprendizado social, atribuindo papel ativo do usuário em relação a sua dependência e seu papel de influência no ambiente social, focalizando a intervenção na interação entre a droga e o indivíduo (SCHNEIDER, 2010).

Esse modelo é usado principalmente pelos profissionais psicólogos e enfermeiros, por meio de terapias psicodinâmicas ou comportamentais, técnicas de dinâmica de grupo, com o foco predominante na validação de tratamentos cognitivo-comportamentais. Dentre as abordagens destacamos as intervenções que enfatizam a análise funcional e estratégias que visem à mudança de situações de alto risco de uso de drogas por meio de prevenção de recaídas (DUTRA *et al.*, 2008).

No modelo psicossocial a droga não é idealizada como uma entidade ontologizada. A droga é uma peça funcional na vida do indivíduo, enquanto houver funcionalidade, o seu comportamento de uso permanecerá. O caminho para as modificações comportamentais do usuário perpassa pelas suas inter-relações, visando prioritariamente à abstinência, e se faz presente em quase todos os serviços, mesclando-se com outros modelos,

sendo abordado principalmente em comunidades terapêuticas e consultórios psicológicos (SCHNEIDER; LIMA, 2011).

Isoladamente, existe outra forma de estratégias terapêuticas, são as utilizadas por psicanalistas. A contribuição da psicanálise na terapêutica de drogaditos e na compreensão da toxicomania é fundamental, pois se desvincula do princípio de “doença-cura”, propondo um caminho de restauração da divisão subjetiva, incidindo sobre características psíquicas fundamentais. O usuário de drogas compreende que somente ele detém o saber sobre a experiência de drogar-se. Essa realocação do sujeito no campo da linguagem e da subjetividade se faz essencial para abrir a possibilidade de mudança em relação à dependência da droga, estabelecendo uma relação intersubjetiva, um novo laço social, possibilitando a transição da experiência da droga para suas experiências de sujeito (SANTOS; COSTA-ROSA, 2007).

Os vários modelos e tipos de abordagens terapêuticas a usuários de álcool e outras drogas não especificam suas ações para os usuários crianças e adolescentes, demonstrando possibilidade de utilização de todas as estratégias, sendo esta escolhida a partir da necessidade individual de cada sujeito, adequando-os a faixa etária específica, possibilitando a promoção da saúde mental e diminuindo os prejuízos ocasionados pelo álcool e outras drogas.

4 EIXO TEÓRICO E METODOLÓGICO

O cuidado em saúde mental é constituído pela subjetividade dos sujeitos, sendo esse cuidado produzido pelas relações interpessoais, por meio da intersubjetividade, de ações terapêuticas e seus significados, gerando vínculo e formulando o relacionamento terapêutico.

Ao abordar a relação entre profissional de saúde e usuário de drogas, existe a necessidade de compreender como se desenvolve esse relacionamento terapêutico, percebendo as influências do mundo cotidiano desses indivíduos nas ações desenvolvidas no momento vivido.

As ações de saúde precisam estar atentas aos valores, atitudes e crenças das pessoas a quem se dirige a ação, entendendo que devemos incluir a subjetividade e o posicionamento social como elementos constitutivos, aproximando-se dos contornos reais dos fenômenos (MINAYO, 2010).

A fenomenologia se faz como a mais relevante das abordagens qualitativas na saúde, mostrando os significados subjetivos da saúde e da doença, descrevendo nos significados e através deles a constituição das realidades sociais, sendo identificados esses significados a partir do momento em que se aprofunda na linguagem significativa da interação social (MINAYO, 2010).

Por meio desse pensamento me utilizo, nesse estudo, da contribuição da fenomenologia sociológica de Alfred Schutz como guia teórico, pois através da relação face a face posso conhecer e compreender os fenômenos humanos a partir das vivências do cotidiano, encontrando os motivos *para* e os motivos *porque* das ações atribuídas pelos profissionais na relação de cuidado com os usuários de drogas.

4.1 REFERENCIAL TEÓRICO

A contribuição da fenomenologia sociológica de Alfred Schutz se faz em uma variedade de categorias próprias das ciências sociais como a intersubjetividade, os signos e símbolos, a linguagem, as tipificações e o conhecimento, as realidades múltiplas, a ação social, a racionalidade e intencionalidade.

Schutz se utilizou de duas grandes referências para a produção de sua obra, a sociologia compreensiva de Weber e a Fenomenologia transcendental de Husserl, fazendo uma síntese dos trabalhos de ambos os autores e abordando pontos que considerava

fundamentais de suas teorias, adaptando e relacionando elementos mais relevantes, embasando assim, sua teoria fenomenológica das relações sociais.

A Psicologia Fenomenológica de Husserl ocupa-se da intersubjetividade bem como da subjetividade, tendo como ponto de partida as experiências do ser humano consciente, que vive e age em um “mundo” que ele percebe e interpreta e que faz sentido para ele. Como forma de lidar com esse mundo se utiliza da intencionalidade, sendo essa as formas da consciência ligadas ao conteúdo das experiências. Essa experiência é a atenção voltada aos objetos, reais ou imaginários, sendo o objeto construído pela percepção sintética de diferentes perspectivas, das quais o objeto é visto ou posteriormente lembrado de forma tipificada, consistindo em um processo inerente a toda a experiência (SCHUTZ, 2012a).

Sendo assim, Husserl partiu da suspensão da crença no mundo exterior, num ato de redução fenomenológica, e posteriormente ignorando o lado fático dos fenômenos, constituindo a fenomenologia eidética, revelando os fenômenos da experiência interior real, a redução eidética e a essência das formas que compõem a experiência psíquica (SCHUTZ, 2012a).

Por fim, Husserl esboçou sua teoria de fenomenologia transcendental, colocando entre parênteses não só o mundo exterior, mas também a consciência individual. Esperava-se assim ver face a face com a estrutura suprema da consciência (SCHUTZ, 2012a).

Schutz utiliza alguns desses conceitos de Husserl, como a consciência, experiência, significado, conduta, intersubjetividade, ‘atenção à vida’ e ‘ação no mundo exterior’, desenvolvendo esses conceitos elementares a partir dos problemas concretos das ciências sociais, facilitando as relações e os grupos sociais. Para Schutz, o princípio da ontologia do mundo da vida é a intersubjetividade mundana, diferentemente do que acreditava Husserl, que a intersubjetividade era resultado de uma análise transcendental (MONTEIRO, 2001).

A base sociológica na teoria de Schutz surge a partir dos pressupostos de Max Weber, que definiu a sociologia como uma ciência que tenta compreender de modo interpretativo a ação social e através disso explicá-la causalmente em termos de curso e efeitos. Sendo assim, a ação é uma conduta humana concebida pelo ator, baseada em um projeto preconcebido, e essa ação contém um significado, podendo ser compreendida como significativa quanto se tem uma direção, e quando é direcionada a outros se torna social. Essa

ação intencional é a concepção de Weber para o significado subjetivo da conduta social, atribuindo ao termo mais de um sentido (SCHUTZ, 2012a, p. 9).

O significado subjetivo pode ser o significado que o próprio ator atribui à sua conduta, como pode ser o significado que o sociólogo atribui à conduta do ator observado, podendo essa ser um tipo ideal de conduta, a partir de condições ‘puras’, ou uma média típica dos significados, que um número razoável de atores atribui à mesma ação (SCHUTZ, 2012a).

De acordo com Weber, a compreensão pode ser empática ou racional, porém o seu foco de trabalho foi na compreensão racional, que através da observação direta, ou das motivações subjacentes na ação observada, o sociólogo interpreta os resultados. Esses resultados se tornam possibilidades típicas de que determinados fatos observados podem levar a determinados cursos de ação social (SCHUTZ, 2012a).

Portanto, Schutz se utiliza da sociologia compreensiva a partir do mundo vivido social, comum a todos nós, falando de grupos sociais e de comunidade intersubjetiva consciente, além de dizer que os tipos sociais não são fixos, pois podemos deixar de desempenhar o papel que o tipo nos havia imposto (CAPALBO, 1979).

Schutz prestou esclarecimentos acerca de significados obscuros de certos conceitos de Weber, seguindo a própria indicação de Weber, unindo aos conceitos e conhecimentos adquiridos da Psicologia Fenomenológica, denotando diferentes significados a alguns conceitos existentes em contextos diferentes. (MONTEIRO, 2001; SCHUTZ, 2012a).

Em seu pensamento central Schutz se utiliza do conceito de intersubjetividade, sendo essa uma categoria ontológica do ser humano, por ser algo que já é próprio aos atores que vivenciam o mundo da vida. Essa intersubjetividade é evidente quando um *eu* reconhece a existência de outro *eu* semelhante, tendo os dois uma consciência similar, onde esse *eu* percebe que ambos fazem parte de um mundo exterior, o mundo da vida, se reconhecendo como ser social, pois vivencia esse mundo com outros seres semelhantes. Sendo assim, o mundo da vida para Schutz é um mundo social (CAMATTA, 2010).

A situação biográfica determinada de um homem são todos os momentos vividos por ele, sendo o ambiente físico e sociocultural conforme ele define, onde ele se posiciona, não só fisicamente, mas com seu *status* e papel dentro do sistema social, além de sua posição moral e ideológica. Esse homem tem a sua história, e ele estar situado em termos biográficos significa que essa história são as sedimentações de todas as experiências anteriores dele,

organizadas de acordo com suas posses habituais de seu estoque de conhecimento a mão, sendo unicamente dele (SCHUTZ, 2012a).

Nesse mundo intersubjetivo, o homem, na atitude natural, percebe que o mesmo objeto de conhecimento pode aparecer de forma diferente ao outro se a situação biográfica no mundo for diferente da sua. Esse estoque de conhecimento pode ser denominado de bagagem de conhecimentos disponíveis, fazendo parte às recomendações de como se comportar socialmente. Esses conhecimentos podem ser agrupados em “tipos” e funcionam como um esquema de referência para a nossa interpretação do mundo, para as nossas possibilidades de ações e projetos futuros, podendo ser de ordem prática ou teórica (CAPALBO, 1979).

Sendo assim, com o conhecimento a mão, os seres e objetos são percebidos tipicamente dentro de um horizonte de familiaridade. E é na relação com o outro que o ator lança mão do seu estoque de conhecimento, trazendo as suas experiências já vivenciadas, de forma a influenciar no seu encontro face a face com o outro (MONTEIRO, 2001).

No nível mais fundamental do mundo intersubjetivo se encontra a relação do “entre nós” na situação “face a face”, sendo nela que a intersubjetividade se encontra na sua forma mais densa, onde podemos “experimentar” o outro em sua unidade e na sua totalidade, na simultaneidade viva (CAPALBO, 1979).

A relação face a face é a orientação para o Tu, quando outra pessoa está ao alcance da minha experiência direta, compartilhando comigo um tempo e um espaço em comum. Estando ela presente pessoalmente, eu estou consciente dela como *ela própria*, fluindo a sua experiência lado a lado com a minha, participando da relação do Nós intencionalmente conscientes de que assumimos uma orientação para o Tu. Essa orientação para o Tu pode ser unilateral ou recíproca, sendo a unilateral quando somente um de Nós percebe a presença do outro e recíproca quando estamos ambos conscientes um do outro, constituindo um relacionamento do Nós (SCHUTZ, 2012a).

A cada situação face a face vivida pelo homem, seu acervo de conhecimento se redefine, sendo que, o meio mais importante para a objetivação desse conhecimento é a linguagem e essa aquisição se dá segundo a significatividade e a tipicidade.

A indagação sobre a forma que vemos as coisas, se nós devemos limitar nossos interesses a um problema determinado e se algo realmente nos importa, nos faz questionar conscientemente os nossos sistemas de significatividade, que consideramos serem elementos dados, subjetivos e óbvios. A significatividade estrutura os atos e experiências humanas,

sendo toda decisão introduzida por uma série de significatividades. Existem então várias formas de significatividade, sendo elas divididas em temáticas, interpretativas e motivadas (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009).

A significatividade temática pode ser do tipo imposta, motivada ou hipotética, examinando as advertências rápidas do tema e suas ponderações, relacionando o domínio da situação com os aspectos condicionadores da personalidade. Já a significatividade interpretativa relaciona-se o tema com os elementos do conhecimento, sendo suficiente para o domínio da situação dada, seguindo a experiência um fluxo ininterrupto, familiar e seguro. Os dois tipos de significatividade estão diretamente ligados ao vínculo motivacional (MONTEIRO, 2001).

A motivação para a decisão interpretativa embasa um projeto para a ação futura, consistindo em decisões, que são no contexto do significado as hierarquias do plano. Ou seja, a significatividade motivacional situa-se na condução da situação atual em uma relação significativa com os planos de vida e com os planos cotidianos, incidindo nas decisões rotineiras anteriores e nas decisões extraordinárias (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009).

Geralmente, afirma-se que as ações, segundo o significado da nossa definição, são condutas motivadas. Essa questão da significatividade motivacional deve ser entendida como um aspecto básico da ordenação dos níveis motivados e não motivados de significatividade tanto na tematização como na interpretação (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009; SCHUTZ, 2008).

Desta forma, ao se estudar a estrutura da significatividade motivacional, ela se apresenta em duas formas, uma livre e outra condicionada. A primeira é a cadeia de motivações determinadas pelo projeto de ação futura, e a segunda é a atitude biográfica determinada por motivos sedimentados (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009).

O termo motivo é um termo confuso, que abarca uma série de concepções, sendo necessário distingui-lo. Quando o motivo é o objetivo que se pretende alcançar com a ação, podendo-se dizer que é um ato projetado, e a situação vivida é previamente imaginada, sendo produzida uma ação futura, constitui-se na motivação *para*. Contudo, o fato do ator projetar essa ação não significa que ele irá realizá-la, conseqüentemente, o motivo *para* é involuntário, a decisão de ir adiante é que transforma a fantasia interna em uma efetivação da ação inserida no mundo externo (SCHUTZ, 2008).

Sendo assim, distinguindo a classe dos motivos *para*, sugerimos chamar a outra classe de motivos *por que*. A motivação *por que* faz alusão a experiências passadas. São essas experiências que o levaram a agir como agiu, sendo o projeto a própria ação. O motivo é determinado pela situação pessoal, ou mais precisamente, pela sua história de vida, tal como foi sedimentada em suas circunstâncias pessoais (SCHUTZ, 2008).

As motivações podem ter um sentido subjetivo e outro objetivo. Subjetivamente, se refere à experiência do ator que vive o processo em curso de sua atividade. Para ele, o motivo significa que tem realmente em vista o sentido da ação que realiza, sendo sempre esse o motivo *para*, na intenção de criar uma série de coisas, e alcançar uma finalidade preconcebida (SCHUTZ, 2008).

Enquanto o ator vive sua ação em curso, tem em vista o motivo *por que*. Logo, somente quando a ação foi concluída, quando foi convertida em um ato, segundo a terminologia sugerida, o ator pode voltar a sua ação passada como observador de si mesmo e investigar a virtude de que circunstância ele foi induzido a agir como agiu, revelando seu olhar retrospectivo (SCHUTZ, 2008).

Assim assinalamos que o motivo *para* se refere a atitudes do ator que vive o sua ação em curso, conseqüentemente, é uma categoria subjetiva que somente revela o observador se esse se perguntar que sentido atribui o ator a sua ação. Já o motivo *por que* cita a perspectiva temporal do passado e refere-se a gênese do projeto em si, sendo somente na medida em que o ator se volta ao seu passado, pode chegar a captar os genuínos motivos *por que* dos seus próprios atos (SCHUTZ, 2008).

O genuíno motivo *por que* é uma categoria objetiva, acessível ao observador, que deve reconstruir, a partir do ato realizado, ou seja, a partir de uma série de coisas criada no mundo externo pela ação do ator, a atitude perante sua ação. A combinação dos pontos de vista subjetivos e objetivos tem levantado muitas dificuldades de compreensão do processo pelo qual determinamos nosso comportamento futuro (SCHUTZ, 2008).

Mas a estrutura temporal de todo projeto tem para nós muita importância: nossa análise tem demonstrado que o ator sempre se refere ao acervo de conhecimento que tem a mão no momento de esboçar o projeto. Apesar de ele levar consigo o horizonte de antecipações vazias, é suposto que o ato projetado se produzirá de uma maneira tipicamente similar a todos os atos passados tipicamente similares, que o ator conhece no momento de elaborar o projeto (SCHUTZ, 2008).

Existem duas classes de modelo de ação complementadas por tipos ideais de conduta humana, o primeiro consiste em “tipos de linha de ação”, incluindo tipos de resultados e produtos de curso de ação terminados, e o segundo abrange os tipos ideais de atores, ou tipos ideais de pessoas. Os dois tipos estão intimamente interligados, porém, alguns tipos de linha de ação podem ser construídos e usados independentemente dos de atores sociais. Já os tipos ideais de pessoas são diretamente ligados aos tipos de linha de ação correspondentes (SCHUTZ, 2012a).

O mundo fatural de nossa experiência é vivenciado como típico, e o que já foi captado uma vez em sua tipicidade traz consigo um horizonte de experiências possíveis, com uma série de características típicas que ainda não foram vivenciadas, mas que ainda podem ser. Logo, o que foi vivenciado na percepção real de um objeto é transferido para o seu semelhante, sendo percebido como seu tipo. A experiência real confirma ou não a nossa antecipação da conformidade típica dos objetos. Toda ideia empírica do geral tem o caráter de um conceito aberto a retificações ou corroborações de experiências por vir (SCHUTZ, 2012a).

A linguagem conforme usada na vida diária nomeia coisas e eventos, qualquer nome inclui uma tipificação, uma generalização empírica não essencial. Ao nomear um objeto vivenciado, estamos relacionando ele através de sua tipicidade a coisas já vivenciadas, que tem estrutura típica semelhante, aceitando as possibilidades em aberto, na medida em que nos referimos a experiências futuras do mesmo tipo, podendo então, receber o mesmo nome (SCHUTZ, 2012a).

Nas tipificações na vida social os fatores designados por conceitos como sistema, papel, *status*, expectativa de papel, situação, institucionalização, são elementos de uma rede de tipificações de indivíduos, vivenciadas pelo ator individual na cena social em termos diferentes. Esses tipos foram principalmente formados por predecessores para possibilitar harmonia com outros homens e com as coisas, podendo também ser formado por seus contemporâneos e por ele próprio, sendo definido esse ultimo como autotipificação (SCHUTZ, 2012a).

Essa tipificação é social, pois o conhecimento é gerado e transmitido por grupos formados por pais, professores, e pelos seus predecessores. As tipificações servem com o propósito de solucionar problemas típicos que surgem em situações tipificadas como sendo iguais; além de transformar as ações individuais, em funções típicas de papéis sociais típicos, que se originaram por motivações típicas e com objetivo típico. Também funciona como um

decodificador, como um código de interpretação ou orientação para os membros de um grupo, constituindo um universo de discurso entre eles (SCHUTZ, 2012a).

No mundo intersubjetivo, os objetos, atos e eventos que são interpretados como sinais referem-se indiretamente a existência corporal do outro. Não se compreende os objetos sociais da mesma forma que os objetos naturais, por isso, para compreender a atividade humana referente aos objetos sociais, se deve compreender a ação (CAPALBO, 1979; SCHUTZ, 2008).

A compreensão que se busca é uma significação subjetiva, sendo essa significação a que se designa uma ação interpretada pelo ator a partir dos motivos. Essa compreensão do mundo social só é viável à medida que se compreende a forma com que os homens definem sua situação, sendo o sentido que uma ação tem para o ator é individual, porque se origina de sua situação biográfica única. A compreensão e a interpretação são realizadas à medida que se desdobram as significatividades e suas motivações, além das tipificações e dos significados que o ator atribui (SCHUTZ, 2012a).

Sendo assim, Schutz preconiza três postulados como princípios que governam a construção dos modelos científicos da ação humana e que levariam ao tipo vivido. Considera a coerência lógica como o postulado que estabelece que as construções típicas precisem ser claras e que o esqueleto conceitual tem que ter compatibilidade com os princípios da lógica formal. Ao efetuar esse pensamento se faz a garantia da validade objetiva dos modelos construídos, distinguindo os objetos do pensamento científico dos pensamentos do sentido comum (MONTEIRO, 2001).

A interpretação subjetiva é o postulado que discorre sobre a explicação das ações humanas, questionando que modelo de mente individual pode-se construir e que tipicidade pode-se atribuir para explicar fatos observados como resultado de atividade mental, numa relação compreensível. Já a adequação estabelece que cada termo da ação humana deve ser construído da forma indicada pela tipificação, para que seja compreensível tanto para o ator como para seus semelhantes, de forma a ser acessível a interpretação do sentido comum da vida cotidiana (MONTEIRO, 2001).

Finalmente, só se compreende uma ação se é conhecido os motivos *para* e os motivos *porque* a que foram destinados, conhecendo os sinais, a familiaridade, e as intenções ao realizar tal ação, ato ou evento.

Esse breve delineamento do pensamento de Schutz irá me auxiliar na compreensão da relação entre o profissional de saúde e o usuário de drogas, compreendendo por meio das tipificações e das motivações de seus atos e ações na abordagem terapêutica, como ocorre o relacionamento do Nós entre profissional e usuário.

Ao procurar compreender as abordagens terapêuticas desenvolvidas pelos profissionais do CAPSi, vou conhecer como os profissionais, atores no seu mundo social, percebem suas ações, como eles expressão sua relação face a face com o usuário de álcool e outras drogas, e como as suas experiências e situação biográfica podem intervir nas suas ações diante o usuário, descrevendo relações únicas que diante de um sistema de relevâncias serão tipificadas.

Também será possível averiguar por meio da significatividade motivacional a forma com que os profissionais se utilizam do seu acervo de conhecimento diante ao que consideram o tipo de usuário de álcool e outras drogas, percebendo como os profissionais tipificam as influências sociais, ambientais, entre outras para o consumo de drogas desses usuários. Com base no referencial de Schutz pude compreender como se dá a relação face a face do profissional com o usuário de drogas, permitindo estabelecer uma reflexão acerca das dificuldades enfrentadas pelos profissionais, facilitando assim a promoção da saúde mental.

4.2 TRAJETÓRIA DA PESQUISA

4.2.1 Tipo de estudo

Considerando que o referencial teórico que embasa a análise do presente estudo é a fenomenologia social, a sua abordagem é qualitativa, do tipo descritivo, por evidenciar os significados subjetivos, posicionando o observador no mundo e melhorando a apreensão da realidade estudada. Esse estudo busca conhecer o cuidado realizado pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) no Estado do Ceará.

O método qualitativo se aplica ao estudo da história, das relações, das percepções e das opiniões geradas através das interpretações humanas a respeito de como vivem, sentem e pensam. Também permite desvelar processos sociais pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propiciando a construção de novas abordagens. (MINAYO, 2010).

A apreensão da realidade social deu-se pela caracterização das ações sociais dos profissionais, mediante as suas relações e as ações no mundo social frente ao fenômeno do uso de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes atendidos no CAPSi. Busquei relevar as motivações que impulsionam os profissionais a atuar no serviço, podendo

configurar um *típico de ação* desse grupo social, a partir da descrição das experiências vividas pelos profissionais. A partir dessa *tipificação* pude apontar as aproximações e distanciamentos das *ações típicas* de cada ator social.

4.2.2 Campo da pesquisa

Essa pesquisa teve como lócus os cinco Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil no estado do Ceará. Dois desses serviços estão situados na cidade de Fortaleza (Secretaria Executiva Regional - SER III e IV) e três no interior do estado, sendo localizados nos municípios de Barbalha, Iguatu e Maranguape. Esses serviços realizam atendimento a crianças e adolescentes diariamente, de segunda à sexta-feira, de oito às dezessete horas.

O CAPSi tem como clientela crianças e adolescentes com faixa etária de 4 a 18 anos em situação de sofrimento psíquico intenso, sendo que, nos casos de uso/abuso de álcool e outras drogas, a faixa etária limítrofe de atendimento é 16 anos.

No CAPSi a demanda por atendimento pode se apresentar por um procura diretamente a esse serviço ou através de um encaminhado realizado pela Estratégia de Saúde da Família ou por qualquer serviço de saúde.

Ao contatar os coordenadores dos locais do estudo para averiguar a possibilidade de realização da pesquisa, constatou-se que os CAPSi de Iguatu e Maranguape não realizavam atendimento a usuários de álcool e outras drogas, sendo os usuários de Maranguape atendidos pelo CAPSad, e no CAPSi de Iguatu foi relatado não ter nenhum tipo de procura para esse tipo de atendimento.

O acesso ao CAPSi de Barbalha foi difícil devido a distância e a falta de integração com a universidade, porem a minha interação com os profissionais do serviço foi positiva, os mesmos foram solícitos e participaram do estudo, permitindo a gravação das entrevistas. Em analogia a esse acessibilidade dos profissionais do interior, os profissionais dos CAPSi de Fortaleza apresentaram resistência a minha participação e interação no serviço, demonstrando desconfiança por eu não atuar, profissionalmente, no serviço, e falta de interesse em contribuir com a pesquisa, o que pode denotar insegurança em sua atuação.

Antes de iniciar a pesquisa apresentei o projeto durante a reunião dos profissionais, explicando os objetivos e os detalhes de como seria realizada a pesquisa. Ao final, foram identificados os profissionais que tinham o perfil da pesquisa e agendada as entrevistas.

4.2.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos da pesquisa são os profissionais de nível superior que realizam ou já realizaram algum atendimento a crianças e adolescentes assistidos pelos Centros de atenção Psicossocial infanto-juvenil - CAPSi no estado do Ceará, por busca de atendimento pelo uso de álcool e outras drogas.

De acordo com o manual do CAPSi (BRASIL, 2004) a composição mínima da equipe multiprofissional é de um médico, um enfermeiro e quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

Quanto aos critérios de inclusão dos profissionais foram aqueles que desenvolvem ou já desenvolveram ações terapêuticas junto a usuários de álcool e outras drogas dentro do CAPSi, que estejam atuando durante o período da pesquisa. Foram excluídos os profissionais que trabalham no CAPSi e que não fazem nenhum tipo de assistência a essa clientela, ou que estejam trabalhando na instituição há menos de três meses.

Os profissionais que atendem usuários de álcool e outras drogas nos CAPSi pesquisados somaram-se em dez, sendo que, uma psicóloga se recusou a participar da pesquisa.

Foram entrevistados nove profissionais de nível superior, sendo três profissionais do CAPSi de Barbalha, dois profissionais do CAPSi da regional IV(Fortaleza) e quatro profissionais do CAPSi da regional III(Fortaleza). Dentre eles, apresentaram-se quatro profissionais médicos, duas enfermeiras, uma psicóloga, duas terapeutas ocupacionais.

Mesmo agendando as entrevistas previamente, alguns profissionais remarcararam por diversas vezes, mesmo proferindo querer participar da pesquisa. Por ocasião das entrevistas os profissionais apresentaram receio por terem suas idéias expostas, recuando e questionando por diversas vezes qual o intuito da pesquisa, mesmo tendo sido esclarecido sobre o estudo e autorizado a execução de sua entrevista.

4.2.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a outubro de 2013, por meio de entrevista semi-estruturada.

Na entrevista procurei que o roteiro provocasse narrativas possíveis das vivências do entrevistado, pois as interpretações que o entrevistado emite sobre elas e sua visão sobre as

relações sociais envolvidas nessa ação permitem que o entrevistador a avalie (MINAYO, 2010).

A entrevista, na fenomenologia das relações sociais, se configura no encontro do pesquisado e pesquisador e daí o surgimento de uma relação face a face, onde neste momento há o conhecimento e a percepção do outro, captando as ações subjetivamente significativas no mundo vida (MACEDO; MONTEIRO, 2006).

Para Schutz (2012a p.189, 188, 219) é somente numa interação que posso endereçar uma pergunta a alguém, sendo “essencial na relação face a face o fato de você e eu termos o mesmo ambiente”. Os encontros face a face dão um “profundo conhecimento pré-predicativo do Tu como um eu”. Nessa relação, “posso captar os pensamentos do outro num presente ‘vívido’, conforme eles se desenvolvem”.

As palavras dos meus semelhantes são, antes de tudo, signos em um contexto objetivo de significação, sendo também indicações do sentido subjetivo que tem para ele todas as suas experiências, inclusive as do presente (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009).

4.2.5 Organização e análise dos resultados

O material coletado das entrevistas foi transcrito e analisado à medida que foram sendo realizadas. Após a transcrição, as entrevistas foram lidas, desconstruídas, reconstruídas e posteriormente categorizadas. Inicialmente as falas foram codificadas individualmente a partir das semelhanças de seus significados, compondo temáticas. Posteriormente, essas falas dos sujeitos forma reunidas, dividindo-se em categorias.

A categorização busca revelar partes importantes das falas e analisá-las qualitativamente, comparando os dados e atribuindo-lhes nomes e classificações, desenvolvendo uma estrutura nos dados, visando de forma abrangente o tema (FLICK, 2009).

Busquei junto a esses depoimentos, as categorias concretas para se chegar ao significado da ação dos sujeitos que foram analisadas utilizando o referencial da Fenomenologia Social de Alfred Schutz, o qual visa compreender o mundo com os outros em seu significado intersubjetivo, tendo como proposta a análise das relações sociais, admitida como relações mútuas que envolvem pessoas. Trata da estrutura de significados na vivência intersubjetiva da relação social do face a face, voltando-se, portanto, para entender as ações sociais que têm um significado contextualizado, de configuração de sentido social e não puramente individual (SCHUTZ, 2008).

4.2.6 Aspectos éticos e legais

A entrada em campo para coleta de dados foi precedida de encaminhamento e aprovação do projeto pela Secretária Municipal de Saúde e após aprovado foi encaminhado ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Ceará- UECE, com o número 11042449-2. Seguiu as recomendações do Conselho de Ética em pesquisa com seres humanos, estabelecidas pela RESOLUÇÃO N° 466 de dezembro de 2012 (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, 2013), que dita os princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos sujeitos, sendo anteriormente esclarecidos os objetivos desse estudo. Foi assegurada total liberdade para aceitarem ou não participar da pesquisa, podendo abandoná-la em qualquer fase, sendo o nome dos profissionais trocados por números, garantido o anonimato dos sujeitos da pesquisa.

5 RESULTADOS

Nessa pesquisa buscou-se conhecer na perspectiva dos profissionais o cuidado realizado nos Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil a usuários de álcool e outras drogas. Sendo assim, a pesquisa foi construída a partir da análise das falas dos profissionais entrevistados, contendo suas experiências vividas em relação ao fenômeno em estudo.

As entrevistas foram realizadas após uma imersão da pesquisadora nos serviços, como modo de se aproximar dos profissionais e iniciar uma relação face a face com os mesmos, com o objetivo de conhecer e perceber o outro a ser entrevistado, além de promover segurança e confiança aos entrevistados. Os discursos estão apresentados entre aspas, pois foram transcritos em sua exatidão. Entre parênteses colocou-se a letra E seguida de um número ao invés do nome do profissional do CAPSi para preservar seu anonimato.

A partir de uma leitura minuciosa e exaustiva das entrevistas dos profissionais, surgiram as unidades de significados subjetivas de cada sujeito, a fim de apreender as motivações individuais dos profissionais para realizar esse cuidado. Essas unidades são agregadas de acordo com a semelhança de seus significados, constituindo-se em categorias concretas.

Para a compreensão reflexiva do fenômeno é necessário eliminar todas as noções preconcebidas com relação à natureza do que é pesquisado, suspendendo a todo tipo de crença em um ato de redução fenomenológica (SCHUTZ, 2012a).

Neste estudo permitiu significar as ações dos profissionais que cuidam de jovens usuários de drogas. É importante ressaltar que mediante a leitura das falas e durante todo o processo de análise e na construção das categorias o pesquisador retornou sempre a questão da pesquisa e de seus objetivos de estudos.

As categorias concretas são elaboradas a partir dos conceitos vivenciados pelos sujeitos no mundo da vida, organizando os dados em uma estrutura tão significativa quanto possível, captando empiricamente, no contexto o “real” e seus aspectos qualitativos (PARGA NINA, 1976, p.52).

Após a construção das categorias concretas é possível a constituição da tipologia do vivido dos profissionais que cuidam de jovens usuários de drogas, emergindo a partir da interpretação do pesquisador, os aspectos mais relevantes do modo vivido. Essa tipologia traduz o ponto de vista, o modo de agir dos profissionais que cuidam de jovens usuários de

drogas, de modo que os profissionais do CAPSi típicos, agindo de modo típico, nele se reconhecem.

De acordo com os objetivos do estudo, emergiram três categorias concretas principais: O uso de drogas na juventude, O cuidado ao usuários de álcool e outras drogas na perspectiva do profissional e a Assistência terapêutica do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil ao usuário de álcool e outras drogas.

5.1 O USO DE DROGAS NA JUVENTUDE

Os profissionais do CAPSi relataram como percebem o uso de drogas por crianças e adolescentes, descrevendo a partir da sua situação biográfica o que sabem sobre esse uso na atualidade; delineando os motivos pelos quais os jovens usam drogas; quais os fatores de risco que influenciam no uso e suas consequências; apresentando o perfil do jovem consumidor; e como define o usuário do CAPSi, a partir de suas concepções sobre a dependência química, uso e abuso.

Também dissertam sobre o que acreditam ser as motivações para o jovem não consumir drogas, descrevendo os fatores de proteção para a diminuição do consumo ou até mesmo o não consumo.

Sendo assim, de acordo com o que os profissionais percebem o uso de drogas na infância e na adolescência, seus discursos constituíram a motivações, com base nas semelhanças nos significados, dividindo-se em motivações *por que* e motivações *para*.

MOTIVOS *POR QUE*

Perante a questão do uso de drogas por crianças e adolescentes, o profissional do CAPSi relata a sua vivência em relação a esse fenômeno, discursando a partir da sua situação biográfica as motivações da existência de usuários de drogas tão jovens e o porquê que esse **uso de drogas é uma problemática contemporânea**.

O profissionais relatam que o uso de drogas por crianças e adolescentes aumentou, e conseqüentemente o número de usuários do CAPSi, o que revela o início do uso em população cada vez mais jovem e esse consumo mais frequente. Percebe-se, também em seus depoimentos, que esses usuários ganharam visibilidade devido a essa iniciação cada vez mais

cedo e a exposição a que esses jovens estão submetidos durante o uso, o que tem sido notado em regiões mais pobres.

“De que hoje em dia tá cada vez maior, antigamente, não sei se era mais raro, não era tão visto, mais hoje em dia é muito frequente, principalmente na periferia, nessas regiões é visto com bastante frequência” (E7)

“(...) e o pior é que a gente vê que tá cada vez mais cedo o uso dessa droga e tá...tá cada vez mais frequente também, além de mais cedo de idade né, faixa etária, tá mais frequente, isso é terrível né.” (E8)

“Que...é uma população que aumentou muito, eu lembro que, eu trabalho no CAPS há três anos, e quando eu cheguei não tinha uma demanda tão importante assim de adolescente é...com...queixa de uso de álcool e drogas né” (E8)

Percebe-se a intensidade e o espanto dos profissionais ao relatar que o número de crianças iniciando o uso aumentou, a entrevistada E8 relata esse aumento de usuários, por conseguinte, outros três entrevistados também enfatizam a mesma temática como notória para a motivação de seus atendimentos.

Desvela-se durante o discurso dos profissionais que suas situações biograficamente determinadas não apreendem a iniciação precoce do consumo de drogas pelos os usuários como uma atitude natural humana, revelando que perante o seu posicionamento na relação do Nós apresentam dificuldades em posicionar-se em analogia com a situação biográfica do outro.

O número de atendimentos dessa clientela se expandiu, merecendo atenção dos profissionais que até então não tinham acessado essa clientela, buscando as motivações para essa problemática existir.

“É um problema de saúde pública né sabido, não tem, eu vejo não tem classe social, aqui a gente atende a classe realmente bem baixa, mas é bem, eu acredito que é um problema subnotificado porque a classe alta mesmo a gente não tem acesso aos dados, mas é um problema que tá devastando, devasta família, devasta a própria criança, devasta a sociedade” (E1)

“E é um problema social, econômico, é...familiar, tudo, nunca é, tem fatores mais importantes que se sobressaem mais, mas se a gente for analisar tudo é importante.” (E8)

É notório que a problemática esteja atingindo a população em geral, entretanto, os profissionais acreditam que a maioria dos usuários que procura acessar os serviços de saúde públicos é de baixa renda, determinando algumas características do perfil dos jovens que são atendidos no CAPSi.

Contudo, revela-se que os profissionais baseiam suas ações e condutas durante o processo terapêutico diante a influência do perfil socioeconômico do usuário, acreditando que

uma das prováveis motivações das crianças e adolescentes consumirem drogas é devido a sua condição de baixa renda.

Em meio às **motivações para o uso de drogas** que as crianças e principalmente os adolescentes demonstram ter durante a relação face a face entre usuário e profissional, é que o acesso ao mundo das drogas é facilitado, a oportunidade de compra da substância e o baixo custo são condições sedutoras e estimulantes para o uso, sendo uma das probabilidades de introduzir os jovens nas drogas.

“Está cada vez mais fácil de você, de você encontrar droga, cada vez mais fácil(...) é em qualquer canto, em qualquer lugar” (E5)

“(...) Uma pedra de crack né, é...mais barato que comida, então e é uma droga que dá uma saciedade no momento em que usa (...)” (E5)

“Acho que a facilidade de acesso é uma coisa que ajuda muito esse uso, os pais e a desestruturação das famílias é uma outra questão que acaba sendo facilitada também, os pais acabam fazendo o uso do álcool, como eu posso falar, muito banal, a própria droga acaba fazendo parte da rotina dessas crianças e aí o acesso sendo mais fácil predispõe ao uso” (E6)

“É...na população mais vulnerável, na população mais vulnerável na idade, mais vulnerável de...outra classe social né, quanto mais pobre mais vulnerável, quanto menos educação mais vulnerável, então é muito mais fácil chegar nelas, não por quem não seja...no...não use, mais é muito mais fácil.” (E5)

É desvelado no discurso dos profissionais que a condição de pobreza vulnerabiliza a criança e o adolescente ao uso de drogas, sendo um substituto da penúria material ou até como condição de sobrevivência.

É notório que o uso de substâncias, principalmente o álcool e o cigarro, estão entrelaçados aos costumes culturais do brasileiro. As reuniões de família são regadas a álcool, a droga se torna presente nos momentos de diversão e lazer, sendo uma forma de celebrar e interagir com os seus entes mais próximos. Por muitas vezes, o lazer da região é somente o consumo de drogas em bares ou festas, no qual a idealização de prazer e lazer é de que, quem não consome não se diverte.

“Então eu acho que além dos outros fatores da família e da escola, tem também um pouco a questão do ambiente né (...) se ela já tá num meio onde todo mundo bebe, todo mundo fuma, todo mundo cheira, aquilo se torna normal, comum, então é mais fácil dela até cair né, eu faço, porque meus colegas fazem, todo mundo faz, é normal” (E3)

“Então acaba ficando uma criança vulnerável (...) Se você tá na rua, se você tá exposto a isso, se você não tem um adulto que te oriente, se você não tem exemplo de vida a seguir, se você não tem uma pessoa que você respeita, admira e acha que é um bom exemplo pra você, você vai seguir o que né na vida?” (E3)

“Ele não tem absolutamente nenhuma alternativa de diversão que não seja beber, e aí vem o índice altíssimo índice de dependência alcoólica, principalmente por cachaça que é barato, e...eu acho isso muito triste né” (E3)

“Terem um acesso fácil é o que eu percebo, é o que eu vejo, é o que eu escuto, principalmente com essas crianças que eu trabalho na rua, então elas falam exatamente isso, que o amiguinho que tava usando, que o primo que tava usando, ou às vezes é o pai que usa aí eles começam a ver, eles tem curiosidade e veem que é prazeroso, que a gente não pode negar que só pode dar prazer, só vai iniciar se der prazer, se não der prazer não vai iniciar, mas aí as consequências ruins elas não tem consciência, que são crianças, né, elas nunca ouviram falar e elas não vão imaginar que pode ter alguma consequência ruim, né” (E8)

“Que eu considero, né, eu acho assim que, eu acho que ambiente e amizade influencia (...)” (E2)

“(...) Às vezes o adolescente se sente muito introvertido, tem dificuldade de sociabilização e a droga é um escape pra que ele consiga se sociabilizar melhor no meio onde ele vive.” (E6)

Sabe-se que a influência das amizades e a necessidade de se inserir em grupos durante a adolescência são circunstâncias que banalizam o consumo e permeiam o ambiente de todos os indivíduos, durante a adolescência as experimentações e novas experiências são comuns e válidas para a construção da personalidade, entretanto, o consumo de drogas experimental pode evoluir para um abuso na vida adulta.

Contudo, além da experimentação e uso esporádico com fins de lazer e diversão, existem usuários que se utilizam da droga como mecanismo de fuga ou substituição, retornando a questão social, a limitação do consumo de bens, sendo a atual sociedade permeada pelo consumismo, a respeito de quem tem mais é melhor, cria uma necessidade do consumo de bens que é substituído pelo consumo da droga.

“O mundo, os laços sociais, de que a gente tá vivendo hoje, que só tem valor quem tem carro, quem tem um apartamento, quem viaja pros Estados Unidos, quem tem tablet de última geração né, então assim acaba que aquilo ali não é só isso, porque isso são coisas materiais, mas fazem levar as questões dos bloqueios emocionais, mas principalmente eu acho que é o olhar da mãe, do pai, entendeu? Um olhar da mãe que é muito importante nesse filho, não tem, sai pra trabalhar porque os transtornos que você colocou sociais, mas eu acho que o pouco que ela chegasse e desse, não, mas aí ele inicia a droga, aí vai pelo que os outros dizem, né, e num...como é que se diz, e num acredita mais no seu filho, não acredita que ele tem uma potencialidade.” (E7)

“Então, é, eu uso pra poder me inserir numa turma, eu uso pra esquecer que eu não posso ter um tênis assim(...)” (E5)

Percebe-se que os profissionais acreditam que para além do consumo por motivos de sobrevivência, existe a necessidade do consumo de bens, de espelhar-se no modelo de indivíduo bem sucedido, mas no sentido de que tem sucesso por ter bens que condizem com um status social desejado.

Outra motivação que os profissionais acreditam existir é para o alívio de algum sofrimento ou alguma necessidade que essa criança ou adolescente. Dentre estes, os abusos físicos e psíquicos são as principais demandas discutidas na relação do Nós.

“Eu uso pra esquecer que eu sofro abuso em casa, eu uso pra esquecer que meu pai bate na minha mãe, então é muito mais, acho que é, é, deixa uma porta muito mais aberta nessa população que é mais vulnerável, que é a nossa população de CAPS né.” (E5)

“Que geralmente, a gente, todos nós temos uma parcela de insegurança, né, passa por um processo de ansiedade, de angústia, porque todo dia a gente, o sofrimento tá aí né, todo dia a gente tem dor, todo dia a gente sofre, mas depende como você olha esse sofrimento, como você pode tá sobressaindo pra esse sofrimento não ser eterno, né, então assim eu acredito que realmente a partir do momento que ele vai é porque ele não tá mais suportando aquele, as questões sociais mesmo, né” (E7)

Não obstante, o uso de drogas também tem outras motivações que não somente a busca do prazer, a procura do alívio do sofrimento é uma motivação marcante na permanência do uso da droga. A vulnerabilidade presente nos jovens que sofrem abusos físicos, psíquicos, que já apresentam sinais de angústia e ansiedade, são indicativos da abertura que esse jovem pode ter ao uso e abuso de drogas.

O profissional do serviço dá indicativos do que as crianças e adolescentes demonstram ser as motivações do uso de drogas, entretanto, esse profissional tem a sua percepção diante das motivações que levam os jovens ao uso de drogas, descrevendo alguns **fatores de risco ao uso de drogas** pelos jovens.

A primeira motivação que o profissional revela em seu discurso é a pobreza, a carência e a falta de poder aquisitivo dos jovens e de suas famílias, sendo a questão social pertinente em seus relatos.

“Vulnerabilidade da nossa população de adolescente, é uma população muito mais vulnerável né, e quando a gente fala da população do CAPS, que tem acesso ao CAPS são pessoas que tem poder aquisitivo menor, que não tem acesso a escola né, ou se tão na escola é uma péssima escola, que não, não tem atrativos, que não educa” (...) (E5)

“São esses mesmos, a moradia deles, né, que é um lugar muito favorável, muito propício pra o uso” (...) (E9)

“(...) Existe a questão social, do ambiente social que ele vive né, porque que se iniciou esse uso, como é o ambiente que esse jovem vive, que fazem os pais, como é a estrutura em casa, como é o pai com que esse adolescente conta, às vezes já existe todo um ambiente que é propício ao uso.” (E6)

Nota-se que a vulnerabilidade social é determinante para muitos profissionais, sendo o ambiente em que esse jovem está inserido, a condição social inadequada, determinantes no acesso e na permanência do uso de drogas. A falta de condições adequadas

de moradia, a educação limitada, o abandono e a ociosidade vivida pelos usuários são influencias mutáveis e que envolvem tão somente a família, mas o governo e a sociedade.

Os profissionais revelam que a presença da família ou sua ausência são determinantes para o consumo de drogas de seus entes, principalmente os jovens, que se tornam mais vulneráveis pela sua condição de dependência.

“Então como eu te falei, os que estão aqui no CAPS as famílias são desestruturadas. Não tem apoio, normalmente vem quando já é, a pessoa passa já ao cuidado de uma outra pessoa” (E3)

“Então, eu acho que assim, não que seja determinante, mas influência, principalmente essa questão do afeto, dele se sentir rejeitado, não se sentir amado, até porque isso já cria uma preocupação com a outra pessoa, que você sabe que tem uma pessoa que te ama você passa a se preocupar com essa outra pessoa, e aí você passa a saber se você se destruir você ta destruindo essa outra pessoa que te ama, que você ama, então eu acho que o peso da relação afetiva é muito grande” (E3)

“Esse vínculo, esse enlace que tem que ter de amor, de carinho, de proteção muitas vezes não existe, porque muitas vezes já é uma questão cultural, esses pais não tiveram isso, eles já foram criados de qualquer jeito e aí eles não sabem como passar isso pro filho, e aí a coisa vai piorando, entendeu?” (E8)

A questão familiar é citada por todos os profissionais. Deste modo, a família é fator preponderante para o uso, abuso e a permanência no consumo. É notória a mudança de padrões e costumes familiares na contemporaneidade, mas é citado que a desestruturação familiar influencia diretamente, pois, acredita-se que o jovem se sente rejeitado, é desamparado por não saber o seu papel na família e não receber os cuidados necessários para a sua formação, ausente de amor e de relações saudáveis com os seus familiares.

São também citados pelos profissionais a falta de referências em uma figura adulta para a construção da personalidade e que em consequência disso, os jovens se tornam vulneráveis a influência de pessoas do ciclo externo da família.

“Muita ausência, a maioria desses casos os pais são ausentes, né, de usuários de drogas, o pai ou é alcoolista, ou usa outras drogas, alguns casos são traficantes, em alguns casos já foram presos” (E8)

“Com certeza, porque os pais são os principais ídolos das crianças né, e quando esses pais estão ausentes de alguma forma, eles procuram um vínculo mais próximo que são os avós, ou que são os primos, os tios, quem tiver próximo deles, ou o traficante que tiver mais próximo dele, então eles vão sim procurar alguém pra se espelhar, as crianças elas precisam dessa, né, desse espelhamento pra elas crescerem, pra elas terem a formação de valores delas.” (E8)

“(...) como estão na rua elas acabam sendo alvo fácil pros traficantes, que eles começam a aliciar aquelas crianças pra entregar a droga porque vai ser menor (...) aí a criança vai...então começa a se tornar aviãozinho, depois eles começam a viciar essas crianças” (E8)

Desvela-se nas falas que a família moderna é ausente, seja porque os adultos permanecem durante todo o dia ausentes, devido à carga horária intensa de trabalho, ou seja, porque os adolescentes não têm exemplos de adultos bem sucedidos para seguir, sendo provavelmente filhos de usuários de drogas e/ou criminosos, constituindo o exemplo de futuro que eles podem almejar, desestimulando os sonhos e oportunidades de conquistas e crescimento pessoal.

Assim sendo, os profissionais revelam que o consumo de drogas por jovens acaba gerando uma série de efeitos e resultados, sendo que as **consequências do uso de drogas na infância e na adolescência** podem ser físicas, psíquicas, espirituais ou sociais, envolvendo a família, a sociedade e o governo.

As consequências sociais do uso da droga, geralmente, direcionam esses jovens para a criminalidade. Ao usar, eles passam cada vez mais tempo na rua, buscando consumir mais e procurando meios de obter essa droga. Sendo assim, a subsequente ação desses adolescentes é se envolver com a criminalidade, praticando furtos, roubos e atacando até a própria família, em busca de um único objetivo que é o consumo.

O envolvimento com a família fica cada vez menos frequente e os relacionamentos são afetados, distanciando o jovem do convívio familiar e inserindo-o nas ruas, local de livre acesso ao uso.

“Aí quando elas vem, elas já estão completamente envolvidas, já estão viciadas, já não querem mais obedecer os pais, então eles já saem de casa pra poder...porque na rua eles não vão ter ninguém pra tá enchendo o saco, ninguém pra tá mandando ir pra escola, ninguém pra tá(...)” (E8)

“(...)Todos eles aqui envolvidos com criminalidade, já assaltam de mão armada, já matam, eles só não relatam, mas com certeza. Então assim, não é só a questão do uso, o uso leva a criminalidade, a violência e é uma bola, vai atacando a outras pessoas que não estão envolvidas com a droga em si(...)” (E1)

“(...) é aquela coisa que não tem raça, não tem classe social, não tem nada a droga vai entrando e vai realmente destruindo, ela não acrescenta nada, é a visão que a gente tem, destrói a família, destrói relacionamento, destrói tudo” (E1)

Percebe-se que após o envolvimento com as drogas o jovem modifica o seu comportamento, introduzindo uma série de ações violentas e distanciando-se do núcleo familiar. É importante ressaltar que os profissionais narram a drogadição como uma condição de vulnerabilidade presente para qualquer indivíduo, não diferenciando e nem tipificando o sujeito vulnerável ao uso de drogas.

Dentre os comprometimentos visualizados pelos profissionais, o neurológico e cognitivo são os mais evidentes, porém observa-se também prejuízo na concentração, na memória, na atenção, podendo desencadear outras comorbidades psíquicas, como um quadro ansioso, dentre outros.

“Os fatores psicomotores deles tão todo comprometidos, até mesmo pela própria história de vida deles” (E7)

“Mas quanto mais cedo, a grande parte sim, quanto mais cedo se inicia o uso de uma substância psicoativa, maior prejuízo aquela pessoa vai ter porque o desenvolvimento cognitivo, o desenvolvimento neuronal só se completa lá pelos 18, 20 anos, então quando mais precoce for o início de uso dessa substância, maior prejuízo essa pessoa vai ter, maior a chance de ter alguma sequela cognitiva” (E6)

“Assim, o uso de álcool e outras drogas é terrível né, é super prejudicial às crianças e aos adolescentes, a gente sabe que quanto mais cedo eles começam a usar não só o álcool como o cigarro, a própria maconha, eles acham que não vicia, que não faz mal, mas quanto mais cedo eles começam a usar, mais prejudicial vai ser pra...cognição deles, pra memória, pra atenção, pra concentração, pra...para as relações interpessoais, pro discernimento entre o certo e o que é errado, tudo isso acaba sendo prejudicado muito...quanto mais cedo eles começam a usar né” (E8)

“(...) Mas em crianças é mais comum, até porque droga, álcool acaba predispondo abertura de quadros como esquizofrenia, transtorno bipolar, então acaba sendo secundário ao uso.” (E4)

É ressaltado que o uso abusivo de drogas é um fator que predispõe ao desencadeamento de transtornos mentais, sendo trabalhados os dois quadros durante os atendimentos no serviço, entretanto, a gravidade do quadro psíquico de cada usuário é que vai determinar o tipo de conduta terapêutica.

Ademais, a afetividade e as relações desses jovens ficam comprometidas, pois os mesmos não têm maturidade e responsabilidade suficiente para arcar com as consequências do uso e do distanciamento familiar, tornando-se, ainda mais, fragilizados e vulneráveis.

“A gente percebe todo o lado emocional deles ainda, imaturidade, que eles choram, eles têm saudade, eles se sentem fragilizados, aí ao mesmo tempo eles já colocam a raiva por cima, aí já mostram raiva, rancor, e o que eu quero mesmo ir pra casa, porque ali é melhor, mas você percebe mesmo a fragilidade emocional delas, elas não têm capacidade pra tá morando numa situação de rua daquele jeito (...)” (E8)

“(...) Elas já vão pra rua pelo uso de drogas, elas já saem de casa por isso” (E8)

No relato dos profissionais é possível vislumbrar o sofrimento e a exclusão que a drogadição predispõe, fazendo com que os mesmos constituam uma nova conformação grupal que se identifique com a circunstância de desejo do consumo de drogas.

Sendo assim, a identificação e abordagem da criança e/ou adolescente que é atendido no acolhimento do CAPSi ocorre inicialmente sem distinção ou definição do padrão

de consumo, de acordo com os profissionais, se os jovens relatarem o uso já são acolhidos e atendidos no serviço por esse uso, seja ele abusivo ou não.

O perfil do usuário de drogas atendido no CAPSi não é delimitado, cabendo a cada profissional definir se o jovem permanece no serviço.

Acredita-se que mesmo que o uso de drogas pelos jovens seja esporádico é um alvo de atenção e deve ser trabalhado na saúde mental, pois na perspectiva profissional, o uso de drogas na juventude é maléfico e deve ser diminuído ou até mesmo eliminado.

“Não, só relatar pra gente que usou pode ser usuário a pouco tempo, até porque eles não se consideram dependentes, eles usam...tem que...eles dizem que tem controle, usam no dia que quer, na hora que quer, aí o critério de atendimento é só chegar, vir pra triagem né, ter até 17 anos, 18 anos incompletos e vir pra triagem e dizer que...se...que usa substância psicoativa, aí a gente atende no grupo” (E1)

“Ao abuso de droga é o uso da droga. Não, a gente atende aqui, é assim a partir do momento que ele chega e que tem história de droga, a gente acolhe, no mesmo dia já abre o prontuário (...)” (E7)

“A gente não faz esse tipo de diferenciação aqui no serviço, a partir do momento que a criança esteja usando ela fica, até porque a DSM-V hoje ela não faz mais a distinção entre, entre as categorias de uso né, a classificação mudou um pouquinho, então a partir do momento que a gente tem um comportamento de “binge” que seria de 5 doses numa noite, esse uso já é muito de risco e esse paciente já tem necessidade de acompanhamento.” (E4)

“Até tinha uma população mais específica que eram os internos dos Centros Educacionais né, que já estavam envolvidos com crimes e tinha a história de uso de drogas e acabava que quando eles iam pro Centro Educacional tinham síndrome de abstinência e por isso que eles chegavam no CAPS. Então quando eu cheguei aqui era essa população aí mais específica e com o desenrolar desses três anos e meio que eu to CAPS, tem uma demanda, uma demanda espontânea de crianças e de adolescentes que não tão envolvidos com crimes e que já são envolvidos com droga é (...)” (E5)

“(...) independente da dependência química, se tiver algum transtorno associado continua.” (E5)

A clientela do serviço tem se modificado, tendo o aumento de atendimentos somente pelo uso de drogas, todavia, os quadros de transtornos mentais, que por vezes estão associados, ainda são o principal alvo de atenção de uma linha de profissionais que trabalham baseados no modelo biomédico.

Destarte, o tipo de corrente teórica que o profissional se utiliza influencia diretamente no seu modo de assistir terapeuticamente o usuário. Alguns profissionais acreditam que o fator orgânico, biológico é uma influência direta na dependência do usuário, sendo que, além da necessidade neuroquímica, o profissional acredita que a elevada tolerância fisiológica aos efeitos da substância é fator predominante para gerar dependência.

“Grandes partes dos casos sim, e a questão da dependência química é uma vulnerabilidade biológica do organismo agravar com fatores externos, mas que nem todo mundo, nem toda pessoa que vá fazer o uso experimental de uma droga vá desenvolver uma dependência química” (E6)

“Existe uns critérios né, dependência seja de substância psicoativa, ou seja de dependência a padrões comportamentais, como você pode ter dependência a jogo, dependência...a compulsão alimentar, sexual, todas elas tem algumas características em comum que é o uso, o padrão excessivo e abundante de uma substância, o comportamento, assim, o comportamento quando em uso da substância sentido como excessivamente prazeroso e a questão da tolerância cada vez mais o indivíduo vai precisando de uma quantidade maior daquela substância pra surtir a mesma sensação de prazer que sentia com menos e a questão da abstinência né” (E6)

Fica evidente que o profissional considera o organismo como preceptor de dependência ou não no consumo de drogas, sendo esse o determinante para o usuário permanecer consumindo.

Afinal, os profissionais creem que existe uma série de motivações para as crianças e adolescentes iniciarem o uso de drogas, sendo esses, fatores ambientais, afetivos e intrínsecos ao jovem, entretanto, sem questionar ou enquadrar o modo de consumo ou sua quantidade e frequência, o profissional acolhe o usuário no serviço e intervêm nos motivos pelos quais ele acredita que possam fazer o usuário a diminuir ou eliminar esse uso.

MOTIVOS PARA

Os profissionais acreditam nas possibilidades de diminuição no número de jovens que necessitem de atendimento no CAPSi devido ao uso de álcool e outras drogas, sendo citados elementos que podem proteger essa criança e esse adolescente do uso de drogas, além das possibilidades de aumento da adesão ao tratamento, sendo nessa perspectiva, almejada a diminuição dos riscos e consequências do uso de drogas.

Deste modo, a família representa um núcleo de prevenção e tratamento. Por meio do diálogo, da confiança, da cumplicidade, da participação e compartilhamento da vida da criança e do adolescente, é possível intervir no momento em que esse jovem passa se tornar vulnerável a experimentação e ao uso da droga.

“Eu acho que o pai e a mãe, bastante presente, desde de criancinha, desde de pequeno, em qualquer situação eles estarem mostrando porque que aconteceu, mas que se resolve e sempre ter uma visão boa, mostrando a eles, dando educação, dando valor, né, então sempre tendo uma boa relação, diálogo, sempre, tirando dúvida, não deixar ele ao vizinho, a perguntar, saber de outras crianças mais velhas, você tem que tá aberto...assim eu acho que afasta mais, pelo menos enquanto eles tem eles próximos, porque cresce de todo jeito e vai fazer o que quer, né, até quando eles tem próximo eu acho que essa relação, essa relação mais afetiva, criar o laço familiar, então a questão de tá almoçando junto, de tá fazendo qualquer coisa junto, pode tá passando pra criança, pro adolescente aquela confiança, que você possa tá mostrando que aqui, que aqui em casa tira dúvida comigo, não leve pra fora não, a gente tenta resolver, se não dê a gente tenta outra pessoa, mas tenta assim essa cumplicidade, passando confiança, carinho, amor, acho que ajuda

bastante, fala até no assunto mesmo sem tá jogando indireta, falando sobre sempre, fala, eu acho que ajuda bastante.” (E2)

“É...é a questão do afeto, se ele tem a afetividade e o apoio, (...) vai ter menos, provavelmente menos carência, autoestima acaba melhorando, acho que mais ou menos (...).” (E3)

“Porque mais de 60% das pessoas que moram nas comunidades mais pobres são pessoas de bem, pessoas trabalhadoras, e que conseguem manter os filhos dentro de uma perspectiva de valores morais, e culturais bons né, dentro da escola, dentro de casa, não se envolvem com droga, nem com crime, nem com nada” (E8)

Portanto, os laços afetivos e a educação com valores éticos e culturais geram na perspectiva profissional um bom desenvolvimento e distanciam o jovem do interesse de utilizar a droga. A informação e o diálogo promovido pela família, o qual ela esclarece e orienta sobre os prejuízos do uso de drogas; a conduta familiar com hábitos culturais que não cultuem o uso de drogas e o desmerecimento do prazer que a mesma oferece, são interações positivas para o distanciamento do mundo das drogas.

Por fim, é possível perceber nas alocações dos profissionais que existem algumas motivações para a existência de crianças e adolescentes que consomem álcool e outras drogas, sendo que, são diferenciadas as motivações que são encontradas a partir da relação face a face com o usuário e as motivações advindas do estoque de conhecimento à mão do profissional.

São citadas como motivações extraídas da relação face a face: a acessibilidade ao mundo das drogas, a inserção cultural das drogas, a baixa condição socioeconômica do usuário e o sofrimento físico e psíquico.

As motivações advindas do estoque de conhecimento à mão do profissional permeiam o núcleo familiar, os fatores orgânicos, a presença de comorbidades, além de acreditar que a família é fundamental na abstinência ou na diminuição do consumo de drogas.

5.2 O CUIDADO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL

Após discursar a respeito das percepções dos profissionais sobre o uso de drogas por crianças e adolescentes na atualidade, os profissionais relatam como o seu estoque de conhecimento à mão é utilizado perante a suas condutas no relacionamento face a face que os mesmos vivenciam no atendimento que realizam no CAPSi.

Considerando as experiências vividas por cada profissional singularmente diante ao fenômeno, o mundo da vida desses sujeitos influencia diretamente nas intersubjetividades

de suas relações. Sendo assim, os mesmos percebem a assistência que realizam de forma diferenciada, revelando a sua situação biográfica em suas ações.

Deste modo, para estruturarmos a significatividade dos atos e experiências dos profissionais, serão apresentadas as motivações *por que* e motivações *para* de suas ações e condutas.

MOTIVAÇÕES POR QUE

Existem algumas motivações que fazem a criança ou o adolescente **buscar acompanhamento no CAPSi**. Os discursos dos profissionais demonstraram-se diversificados, entretanto, permaneceram duas principais motivações, das quais, nenhuma delas se caracteriza como de forma voluntária.

A princípio, a família é quem encaminha a criança ou o adolescente ao serviço, percebendo os sinais de mudança devido ao uso de drogas, dirige-se ao serviço com o jovem, que por ser dependente, é usualmente obrigado a frequentar o tratamento.

“(...) Alguns querem, estão dispostos, outros é a família, os pais, e às vezes até os dois, eles querem e a família apoia.” (E2)

“Que tem esse incômodo que não é só da família, acaba afetando a ele, acaba incomodando a ele também pelo uso que tanto prejudicando as relações dele quanto ele interfere também, quando interfere na saúde dele também e tá sendo prejudicial pra ele, é (...)” (E9)

Mesmo com essa imposição familiar, percebe-se que alguns jovens se interessam pelas atividades realizadas no CAPSi, conscientizando-se de alguns malefícios e consequências que possam estar lidando devido aos uso de drogas. Raramente, os próprios jovens têm o interesse espontâneo de buscar ajuda, por vezes, só se atentam a essa possibilidade após algum episódio traumático.

“Então quando eles chegam aqui motivados por terceiros, porque a mãe quer, porque tá sendo ameaçado, tá sendo ameaçado por traficante ou porque tá cumprindo uma medida socioeducativa ou porque tá aqui por mandado judicial, né, quando chega assim, quando é porque tem uma motivação outra e não a dele é muito difícil, é muito difícil você fazer uma estratégia” (E5)

Não obstante, a outra motivação que leva o jovem a iniciar o tratamento no serviço é bem menos amistosa, tendo o jovem a obrigatoriedade de fazer tratamento no serviço, por estar cumprindo pena judicial. Desta forma, o jovem se vê obrigado a frequentar

o serviço para não ser direcionado a outro tipo de penalidade, e o que supostamente é terapêutico e voluntário, torna-se uma mera obrigação penal.

“A maior parte, infelizmente, já tem um grau excessivo de uso de substâncias, ou chegam com o Conselho Tutelar, ou seja, encaminhado de alguma outra, de uma emergência, que procurou uma emergência clínica, porque ou teve um quadro convulsivo, ou uma desidratação, muitos poucos são os que chegam ou por espontâneo porque falaram com os pais e pediram, ou os pais mesmo vieram trazer.” (E6)

“Não, alguns é a justiça, liberdade assistida tem que dentro de uma terapia pra álcool e droga, outros a família que traz por não aguentar mais (...)” (E1)

Os profissionais revelam lamentar a condição de entrada do usuário no serviço, pois a não espontaneidade na procura de tratamento revela uma falta de interesse e pode conduzir a falta de comprometimento do usuário com a terapêutica.

Sendo assim, os profissionais revelam que o absenteísmo ocorre em consequência desse desinteresse na terapêutica, dificultando a abordagem e desgastando o profissional que se esforça ao mostrar a importância do tratamento.

“E muitas outras dificuldades também que a gente vai em busca é a questão da falta de assiduidade, tem gente que tá e não tá, sempre orientando o por que a importância de tá fazendo no tratamento, o tratamento geral do CAPS, não só farmacológico, mas a psicologia, terapia ocupacional, oficina, e em tudo, tudo, tudo.” (E2)

Devido ao modo de como o jovem é introduzido no serviço, a terapêutica torna-se prejudicada, pois o desinteresse do usuário gera absenteísmo, além disto, a terapêutica só demonstra-se eficaz quando a abordagem é multiprofissional. É importante ressaltar que todos os profissionais entrevistados acreditam que o sucesso da terapêutica depende da união da assistência de todos os profissionais que cuidam do usuário.

Ademais, outro determinante no sucesso do cuidado, a partir dos depoimentos dos profissionais, é a inserção da família na terapêutica, seja ela com aliada fora do serviço, ou mesmo sendo também atendida com co-dependente. O vínculo familiar e a figura do cuidador são fundamentais para o direcionamento e o apoio a terapêutica.

“(...)Sempre peço sugestão mas aí, a gente sempre tenta a questão do que, bater mais na parte da família, se apegar mais eles, porque é o único jeito que a gente tem pra saber que o tratamento daqui tá sendo continuado em casa, a gente se apegando muito ao pai e a mãe, geralmente a mãe né, porque o pai é muito difícil vim, aí a gente sempre tenta caminhar com as duas partes, mas puxando muito pro lado do familiar, porque a gente sempre, a gente acha que com ajuda deles fica melhor o tratamento.” (E2)

“Aqui no CAPS é muito difícil, principalmente por essa questão do vínculo, porque num primeiro momento existem várias formas de você abordar a dependência química e várias

“pessoas que pensam diferente da forma de abordar né, é lógico que há toda uma problemática social, você não vai resolver a questão da dependência química só com a questão da intervenção medicamentosa (...)” (E6)

“A um primeiro momento a gente tenta fazer um acompanhamento semanal e deixá-lo fazer um acompanhamento aqui em grupos de jogos, ou um trabalho com os pais, toda semana, justamente pra tentar criar esse vínculo” (E6)

É possível observar que alguns profissionais têm uma conduta protetora e amigável perante o usuário, tomando o mesmo como um ente que além de necessitar de cuidados é passível de julgamento e dúvida em relação ao que está sendo trabalhado. É notória como a situação biográfica do profissional influencia diretamente em suas motivações para realizar suas ações na relação face a face com o usuário.

Com isso, é possível perceber que o cuidado realizado depende diretamente da bagagem de conhecimentos à mão que o profissional possui, modificando a conduta a partir de cada encontro com o outro.

É pertinente a preocupação com o planejamento das atividades pelos profissionais, mesmo com diversos tipos de abordagens. Verifica-se que, todos demonstram ter o cuidado de se programar e planejar individualmente o conteúdo que será abordado em cada processo terapêutico.

“(...)É sempre ter o cuidado das relações de terapeuta pra paciente, isso é primordial pra não confundir né, o cuidado de tá vendo se ele tá indo pra escola, o cuidado de não tá passando pra ele de que eu tô desconfiando, mas que por trás eu tô investigando (...) Ter o cuidado de atividades, o que a gente está propondo e saber o objetivo de cada planejamento de que eu to fazendo antes de eu ir, que eu estou planejando, qual é o meu objetivo, de hoje vou fazer uma atividade de pintura em tela, qual o meu objetivo, saber se aquilo ali vai funcionar lá fora nas atividades da vida prática dele, é...eu vou trabalhar com argila, como é que vou conduzir essa atividade, você tá entendendo?” (E7)

“(...)a gente faz orientação, a gente leva o grupo como uma conversa, mais pra parte de psicoterapia mesmo, mas pro campo da psicologia, mas assim eles não gostam muito, eles gostam de coisas tipo do visual, coisas mais da prática deles pela própria faixa etária, então assim o grupo tem essas enormes falhas na realidade, mas ela geralmente que conduz e ela já disse que (baixa tom de voz e interrompe a fala)” (E1)

Mesmo com o planejamento das atividades, o trabalho com jovens é diferenciado, e algumas metodologias convencionais não são tão interessantes a priori para o usuário, sendo passível de avaliação do profissional mudança no posicionamento e na metodologia utilizada.

Sendo assim, os profissionais vislumbram algumas possibilidades de melhoria e mudança na assistência realizada, mesmo com os empecilhos enfrentados no dia a dia, demonstram-se confiantes no processo de mudanças nas políticas e em suas condutas.

MOTIVAÇÕES PARA

No **cuidado com o usuário** é possível notar a insatisfação do profissional mediante há algumas situações vivenciadas pelos os usuários e os seus familiares. Em casos mais severos, a terapêutica não se restringe a tão somente diminuir o sofrimento do jovem, permeia a questão social, os valores éticos e morais da sociedade, a essência humana e valores básicos para sua existência.

“Então assim a terapia ocupacional dentro do AD é resgatar essa autoestima, e trabalhar...e essa potencialidade deles(...)” (E7)

“(...) A gente vai tentando mudar, né, fazer com que essa vida deles tenha uma qualidade melhor através das atividades do cotidiano deles, né, fazer uma reformulação dessa rotina” (E8)

“Mostrando pra eles que eles têm que ir trabalhando a responsabilidade deles, né, ou seja, eles têm que saber que eles são úteis, que eles têm uma funcionalidade no mundo, que eles tem que estudar, que é difícil (...)” (E7)

“Então assim, eu acho que o meu cuidado maior é o meu olhar e é o fato de eu acreditar de que ele vai mudar, entendeu, porque eu acredito que tem mudanças a partir do momento que você muda sua autoestima, que você a questão de saber que tem alguém olhando pra você que tá preocupado, que existe um afeto da mãe por ele, que ele perceba isso, eu acho que a gente vai conseguir mudança, então assim, o meu trabalho(...)” (E7)

Os profissionais por vezes se veem na relação como um possível espelho, refletindo a sua situação biográfica, tentando da mesma forma influenciar e direcionar os jovens a encontrarem as suas próprias motivações para viver.

Do mesmo modo, a individualidade da terapêutica é questionada, pois ao se interrogar a conduta perante os adolescentes (questão que outra entrevistada também cita anteriormente), os profissionais corroboram com uma conduta que não personifica o sujeito a ser atendido.

Os profissionais acabam padronizando os cuidados com especificidades somente da infância, sendo os usuários adolescentes prejudicados por participarem de um projeto terapêutico inadequado a sua realidade.

“Porque como a gente trabalha no CAPS infantil a gente vira muito infância né, então a gente tem que ter cuidado pra não regredir, então a gente tem que ter todo esse cuidado pra gente não regredir porque a gente é humano, a gente erra, a gente acaba às vezes julgando errado, né, então assim a gente tem que ter muito cuidado com a faixa etária, (...)” (E7)

O profissional demonstra uma preocupação em relação ao cuidado que realiza, mas é possível perceber em seu relato que esse descuido fez parte de uma conduta terapêutica

anterior, a qual foi refletida e avaliada como inadequada e atualmente é mais cuidadosamente ponderada.

Mesmo diante das possíveis dificuldades elencadas, é perceptível o interesse no desenvolvimento de condutas terapêuticas nas atividades executadas. Uma conquista dos profissionais do serviço é o alinhamento do raciocínio de trabalho em conjunto, o qual todos os profissionais acreditam e se motivam em suas condutas contabilizando a conduta dos seus colegas, visualizando uma terapêutica na qual é possível a discussão e programação individual de cada ação no plano terapêutico.

“Olha, é eu tento sempre inicialmente nunca fazer com que esse paciente chegue primeiro pra mim né, eu quero que esse paciente tenha vínculo com o CAPS, independente de estar sendo medicado ou não, é...eu quero que primeiro ele passe pela, esteja inserido em algum tipo de grupo, principalmente o grupo de redução de danos (...) ou algum outro tipo de acompanhamento psicológico, ou seja lá o que tiver disponível pra ele, antes que ele chegue, que ele chegue até mim (...)” (E5)

“(...)Você precisa de um acompanhamento realmente multiprofissional, não é só psiquiátrico, não é só psicológico, é uma rede toda trabalhando com a criança e o adolescente e com a família” (E6)

É perceptível nos discursos que os profissionais valorizam o trabalho em equipe, entretanto, não é possível desvelar até que ponto esse trabalho é permeado pela interdisciplinaridade, se o trabalho em equipe é construído e realizado na união das ações e se é avaliado por toda a equipe.

Os sentimentos que os profissionais vivenciam influência nas abordagens futuras mediante o outro, pois o misto de insatisfação e falha com o desejo e a probabilidade de melhorias é o que determina como o profissional irá conduzir suas ações.

O processo terapêutico é tortuoso para os que estão vivenciando, seja para o usuário, seja para o profissional, pois o profissional também anseia por resultados, e a sua satisfação pessoal, em estar influenciando de alguma forma com seu trabalho, é determinante para o mesmo permanecer ativo e interessado no relacionamento com o usuário.

Essa melhoria almejada pelo profissional por vezes não é alcançada, pois na verdade, esse relacionamento entre profissional e usuário não deve ser embasado em algum tipo de conquista. O papel do profissional é o de abrir possibilidades e de apoiar, por meio de suas ferramentas, o usuário, buscando satisfazê-lo em suas necessidades evidenciadas.

“Tem toda essa questão estrutural que não é culpa do profissional, e a gente, eu queria muito que eles se envolvessem, pra mim eu acho frustrante você vim pra um grupo, eu, enquanto facilitadora do grupo, você tá lá e você tá falando só praticamente, você vê na

feição deles que eles tão detestando, que eles tão ali porque tem que cumprir o tempo, então assim eu queria realmente que se a gente tivesse condições de mexer esse grupo sabe” (E1)

“Existe, existe sim, não, da, como a gente gostaria que fosse, né, nós não temos o sucesso que nós gostaríamos de ter, ainda existem muitas frustrações, mas a gente sabe que faz parte desse processo até pela questão do adolescente, por ser adolescente, por tá numa fase de querer transgredir, de querer colocar o desejo deles acima dos pais, né, e aí vem todos os conflitos juntos, então assim é uma situação bem mais complexa do que se imagina desse uso de droga por adolescente, por isso que a gente precisa de uma equipe multiprofissional pra tá trabalhando não só a família, né, não só o adolescente, mas também como a família, pra gente conseguir esse sucesso, mas ainda existe um percentual muito grande de insucesso” (E8)

“Quem permanece no CAPS, eu já dei alta pra paciente, já dei alta pra paciente, e pra adolescente foi até uma menina, que era mais fácil de lidar às vezes, que ela ficou, tava há dois anos abstinente vinha, pro CAPS, a gente foi diminuindo, diminuindo a medicação até suspender(...) tudo sendo orientado, então foi muito bom, então eu acredito que a gente tem que ter esperança.” (E7)

Percebe-se que a satisfação profissional com o progresso do processo terapêutico é restringida a abstinência do usuário ao consumo de drogas e se possível a descontinuidade da terapia farmacológica, considerando que o usuário só melhora a sua qualidade de vida quando está distante do mundo das drogas.

Ao adentrar as motivações as quais os profissionais baseiam-se para os seus atos futuros é admissível compreender que a influência da condição socioeconômica é direta e expressiva, entretanto, é inegável a insatisfação do profissional mediante a necessidade de sucesso, de melhoria, de “alta do serviço” como conclusão e mérito do trabalho que realizam.

5.3 ABORDAGEM TERAPÊUTICA DO CAPSI AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Diante das motivações expostas pelos profissionais para a sua conduta na relação face a face com o usuário, eles revelam os tipos de abordagens terapêuticas que utilizam, traçando uma linha de trabalho permeada por algumas correntes teóricas, descrevendo suas intervenções com o usuário de drogas em seu mundo intersubjetivo.

Destarte, é possível identificar suas ações e condutas perante o relacionamento do Nós construído no dia a dia do serviço, diferenciando o que os sujeitos já realizam, a partir do seu conhecimento à mão, apresentados como motivações *por que* e as motivações *para*, dentre o que os atores projetam para realizar.

MOTIVOS POR QUE

Dentre as abordagens que os profissionais indicam como relevante em sua conduta mostra-se primordial a coleta de informações do usuário, podendo adentrar no âmbito domiciliar, em busca de conhecer a realidade vivenciada pelo usuário, e de aproximar o discurso do usuário com o discurso dos indivíduos que o circundam.

Alguns profissionais acreditam que para se trabalhar com a criança e adolescente em sua integralidade, é necessário abordar suas necessidades físicas, indo além da proposta do tratamento da dependência química, focado na medicação e orientação sobre o seu uso.

“(...)Faz uma visita domiciliar, tenta colher informações através da escola, tudo que possa envolver esse adolescente(...)” (E7)

“Pronto, a gente tem que priorizar as necessidades básicas né, vê se tá dormindo bem, principalmente vê se tá tomando a medicação direitinho, porque as vezes é um problema, então, sono e repouso, eliminação, alimentação e a medicação. Principalmente a medicação. A gente tem um caso que a mãe não tá sabendo dar a medicação direitinho, administrar, contar as miligramas, que muitas vezes a gente orienta a partir a medicação, porque...não,não,não administra, aí a gente tem essa dificuldade, principalmente com a medicação.” (E2)

“Sempre educação em saúde, certeza, a questão da higiene também, que a gente sempre tá abordando, higiene oral, higiene corporal, com os pacientes e com os cuidadores sempre, nunca deixar um separado do outro, sempre, sempre, sempre educação em saúde. A gente tá trazendo até de vídeo aula, também trazer pra eles, um projeto sempre, a gente tenta fazer diferente que é pra tanto trazer a atenção pra fazer com que eles voltem, tanto pra passar uma coisa de efeito.” (E2)

A questão medicamentosa permeada pelo modelo biomédico é muito presente, mediante a qualquer sintoma que o usuário possa apresentar. Há o encaminhamento ao tratamento à base de medicamentos, com o intuito de minorar a sintomatologia decorrente do não uso da substância.

É evidente que muitas das orientações são em relação à medicação, aos seus possíveis danos e principalmente a importância de utilizá-las corretamente, como fonte de melhoria do que é considerado um quadro clínico negativo.

“Faz orientação, se necessário, o adolescente muitas vezes pra evitar a questão da fissura, da síndrome de abstinência, a gente intervêm com medicação, orienta como é essa medicação, nas mãos de um responsável que essa medicação também não pode ficar na mão do paciente” (E6)

Revela-se na fala do profissional a desconfiança que existe com a responsabilidade e dedicação do usuário com o tratamento, pois mesmo com todas as orientações relacionadas à medicação, os usuários não podem ter o controle dos seus medicamentos, limitando sua autonomia.

Entretanto, mesmo que a visão do modelo biomédico esteja sempre presente, é possível notar outros tipos de abordagens, mesclando as orientações em relação às medicações, com ações em educação em saúde, promovendo orientações acerca dos malefícios da droga e de outras doenças, principalmente as doenças associadas ao uso. Existe a crença de que, por meio da informação, esse jovem possa decidir até que ponto as drogas vão estar presentes no seu dia a dia.

“Mostrar que a maconha pode fazer aparecer outros quadros sim, como quadro psicótico, a maconha pode causar infertilidade, a maconha pode causar ansiedade, quando na abstinência, um quadro ansioso, isso você vai mostrando né, e tentando trabalhar isso com a família também né” (E6)

“(...)não sai daqui sem essa explicação, nem o adolescente, e muito menos a mãe né, então eu faço muito psicoeducação que é uma, que é uma área muito importante de quem faz terapia cognitivo comportamental, mas eu não faço terapia aqui no CAPS, eu não faço terapia até porque não dá, não tem como, mas a psicoeducação sai daqui esclarecido. (...) esclarecer todos os pontos neuroquímicos que a droga, o que é a droga, então eu faço muita psicoeducação dentro da consulta pro adolescente, principalmente pro adolescente com dependência química, é...faço muito sim, realmente eu explico muito quimicamente como acontece, na linguagem bem coloquial, bem acessível a eles,(...) às vezes eles sentem o cheiro da droga, sentem as reações físicas de quando estavam usando, aí eu tento realmente...não sai daqui sem essa explicação, nem o adolescente, e muito menos a mãe né (...)mas eu não faço terapia aqui no CAPS, eu não faço terapia até porque não dá, não tem como, mas a psicoeducação sai daqui esclarecido.” (E5)

Desvela-se na narrativa dos profissionais como é percebido o consumo de drogas por eles, demonstrando que seu estoque de conhecimento à mão define o uso de drogas como uma ação negativa e é essa orientação de que o uso de drogas é danoso que os profissionais repassam em seu relacionamento face a face com o usuário.

Alguns profissionais mostram-se receosos em assumir algum tipo de abordagem na sua conduta, enfatizando que somente orientam e esclarecem as dúvidas dos usuários, todavia, é evidente que os mesmos assumem abordagens resgatadas das terapias cognitivas comportamentais, mas sentem-se inibidos em utilizar-se de ferramentas advindas da psicologia.

Em seus comentários no dia a dia do serviço são relatadas algumas estratégias específicas de abordagens que não fazem parte de sua educação formal, sendo suprimidas em seus discursos formais durante as entrevistas.

“Toda, a gente tenta fazer a questão da orientação né, orientação com relação de DST, a gente tenta usar a política de redução de danos, no grupo a gente tenta é orienta que eles, se eles estão usando uma droga pesada eles tentam reduzir pra uma droga maneira, uma droga mais leve (...) aquele uso, posso dizer assim – racional, orientado – que usa vai não faz mal a ninguém, só pra sustentar o vício (...)” (E1)

A abordagem da política de redução de danos é a preconizada pelo Ministério da Saúde nos serviços de saúde mental que atendem usuários de drogas. Apesar disso, poucos profissionais confirmam embasar suas ações nela, demonstrando que apesar de existir uma política específica para se trabalhar a assistência ao usuário de drogas, a abordagem depende da singularidade do profissional e de quais abordagens foram armazenadas em seu estoque de conhecimentos à mão.

Sendo assim, os profissionais empregam alguns instrumentos durante a sua relação face a face, promovendo atividades lúdicas, com ferramentas que acreditam que possam gerar possibilidades de entretenimento e prazer, como forma de esclarecer ao usuário que existem outras formas de se obter prazer para além do uso da droga.

Essas atividades abrem um espaço de interação no qual é possível discutir e refletir sobre o uso de drogas, sobre o porquê que esse jovem se utiliza dela e, principalmente, sobre quais suas angústias e sofrimentos vivenciados podem estar promovendo esse uso.

“(...)Monta um quebra cabeça, a gente joga dama, e ela, ela sempre aparece porque é do interesse dela, ela diz que tá interessada, a gente oferece livro, ela leva um livro pra casa pra ler, retorna com o livro e a gente empresta outro, tá aí a gente utiliza tudo que tá no alcance aqui do CAPS, tudo, tudo, qualquer tipo coisa de que vá chamar atenção deles, que vá (...), uma oficina, quebra cabeça, dama, dominó, tudo, tudo, tudo,” (E2)

“(...)Aí já tá tendo sempre uma atividade extra como jogar bola, praticar algum esporte, alguma coisa, sempre fazendo associação com casa, escola, outra atividade.” (E2).

“(...) aí sim vai ter a questão da educação, vai ter a questão, outras questões que vão ser trabalhadas, comigo, com os adolescentes flui, surge espontaneamente, essa questão de ter aula educativa ali no momento que a gente tá fazendo, ta no grupo da terapia...mas é...o meu trabalho aqui mesmo é só em terapia mesmo, trabalho individual e trabalho em grupo(...)” (E9).

“E no grupo (...) a gente vai trazendo temas, só que aí a gente também deixa que eles coloquem a questão deles, então se eles quiserem trabalhar um tema que interesse pra eles em outro momento, então a gente vai trabalhar de acordo com o que eles estão pedindo, de acordo com a demanda deles.” (E9).

“Então, é, é, eu deixo eles me colocarem, quando eles chegam pro atendimento individual, às vezes eles chegam todos travados e não dá pra jogar o assunto aquele dia, nem sempre o assunto de quem traz é o assunto que eles querem colocar ali na hora. Então, vai tendo aquela conversa de estabelecimento de vínculo mesmo, pra ele, se for do interesse dele, jogar de início tudo bem, a gente já vai começar no foco mesmo, mas se não a gente, é, é, vou deixando aos poucos no tempo deles pra que isso aconteça.” (E9)

Esse atendimento pode ser individual ou em grupo, visualizando sempre a melhoria da necessidade colocada pelo usuário, contudo, o momento em grupo tem uma abordagem diferenciada, pois, é através da identificação dos problemas e desejos em comum, por meio do compartilhamento e reconhecimento das suas dificuldades no outro, é que os mesmos passam a trabalhar as suas próprias questões.

“Eles são encaminhados nossos pro grupo de redução de danos que sou eu que faço, a gente tenta conscientizá-los da responsabilização deles, né, tenta conscientizá-los dos males, dos prejuízos que as drogas causam, que elas podem vir a causar, né, e faz um trabalho muito de estimulação cognitiva por essas perdas iniciais que eu te falei que, né, que na formação deles é a principal perda que eles tem, não é a formação ideológica(...)” (E8)

É possível notar novamente o discurso do profissional de que o consumo de drogas é negativo e prejudicial, sem levar em consideração a situação biográfica do usuário ou os aspectos positivos e prazerosos da droga, limitando a abordagem do mundo da droga em uma visão distorcida.

Por sua vez, os familiares também são passíveis de participação em grupos para o melhor enfrentamento das suas vivências, por também ter suas angústias e seus sofrimentos, e o compartilhamento pode gerar alívio e melhorias em seu modo de viver.

“Existe um grupo de famílias, onde as famílias são recebidas e recebem as orientações sobre a importância de estar junto no tratamento e são todos esse embasamento que eu te falei, que eles são responsáveis também, não só aquela criança, aquele adolescente que fez o uso, mas eles também são corresponsáveis por essa situação” (E8)

Se faz primordial a abordagem voltada para a escuta qualificada do sujeito, alguns profissionais utilizam-se dessa abordagem no momento em que estão no atendimento individual, assumindo uma orientação para o Tu através da relação do Nós, a qual nessa relação recíproca ocorre uma série de mudanças de significatividades.

Sendo assim, de acordo com o estoque de conhecimentos à mão de cada um dos profissionais, os mesmos realizam a sua escuta, de forma a individualizar sua assistência, assumindo a orientação que conhece, podendo ser essa escuta realizada de diferentes formas e diferentes visões.

“Primeira coisa que a gente faz é acolher e escutar a história de vida dessa criança, desse adolescente, a partir daí escutar família, escutar a questão da família, ver o que tem por trás dessa droga dele né, porque acaba que a droga na realidade da vida desse adolescente ela é só uma consequência de tudo do que ele passa na vida familiar” (E7)

“(...)A gente tenta abordar de maneira diferente, então tem uma dinâmica que a gente sempre, a gente sempre tenta fazer uma dinâmica porque fica mais fácil do que a gente tá só falando, falando e eles tá só ouvindo, só ouvindo. Então a gente tenta interagir com elas, a gente teve uma dinâmica que foi, a gente pegou várias perguntas, né, em relação a tudo (...) Aí tirava dúvidas, colocava angústia, tudo!” (E2)

“(...)Escutar muito, eu escutei muito, muito, muito, então assim eles tão adorando muita coisa, a gente já fez muita coisa, então escutar, sempre tá orientando e tá referenciando pros outros profissionais devidos, (...) a gente tem que encaminhar pro clínico, aí ele encaminha, então eu sempre digo a ele, ajudando a se ocupar também (...).” (E2)

A situação biográfica de cada profissional e seu estoque de conhecimentos à mão são determinantes para o modo que conduzem suas ações, sendo visualizados entres esses conhecimentos, a importância da medicação na terapêutica; a educação em saúde como abordagem em saúde mental; a prática de grupos com diversas ferramentas seja com o usuário ou seus familiares; e o atendimento individual utilizando a escuta como estratégia.

MOTIVOS PARA

Considerando o cuidado realizado pelos profissionais no CAPSi, é almejado a **adesão do usuário a terapêutica** e delineada algumas ações que podem permitir o alcance dessa motivação.

Dentre as possíveis estratégias de adesão, a união e a responsabilização da família é fator preponderante citado pela maioria dos profissionais. O apoio e o engajamento em atividades com o usuário permite uma vinculação da terapêutica realizada no serviço com o seu ambiente domiciliar, podendo a partir da família, ser exercitado conceitos e condutas adquiridas no CAPSi.

“Aí depois, a médio, em longo prazo, você fazer realmente um acompanhamento mais ambulatorial e ter um acompanhamento da família é importante também. Nos CAPS pode ser em grupos de pais, organizar visitas domiciliares aos lares (...)” (E6)

“A gente tem que trabalhar a família também, tem uns que a gente nem conhece a família, conhece a mãe, mas não sabe o núcleo assim, a gente nunca fez uma visita na casa deles, então a gente tem que bolar estratégias que eu nem sei realmente nem o que a gente tem pra fazer mesmo pra tá cativando esses meninos aqui dentro.” (E1)

É possível notar que o conhecimento à mão dos profissionais indica que não é possível o tratamento sem o acompanhamento familiar, é muito intensa a necessidade que os mesmos trazem de introduzir a família na terapêutica, e esse estoque de conhecimentos influencia diretamente em suas ações e condutas e suas intervenções são promovidas perante a participação familiar.

“A influência da família no engajamento deles é primordial. Se não fosse a família, com certeza eles não teriam tido essa iniciativa de ter procurado tratamento desde o início. Então, e também na insistência, né, porque o risco de desistir é muito grande, principalmente de início, até formar um vínculo(...)” (E9)

Entretanto, mesmo a família sendo uma ferramenta de adesão ao tratamento, a mesma pode ser a motivação a qual o jovem utiliza a droga, dificultando e fragilizando o

usuário, mesmo que seja por questões que não dependam somente do núcleo familiar, como as questões sociais, que se fazem bastante presentes.

“Com certeza, a questão social como um todo, começa na família, e termina na responsabilidade do governo mesmo de tá mantendo essas crianças na escola, de tá mantendo essas crianças num projeto, e de tá fazendo a função dele de educador, né, e proporcionando condição pra que o pai e a mãe estejam realmente trabalhando com tranquilidade, eu acho que esses dois fatores são predominantes (...)essa falta de oportunidades das crianças em uma educação boa, com cultura, com esporte, eu acho que isso são os fatores predominantes pro uso das drogas.” (E8)

Desvela-se na narrativa que a responsabilização pelo usuário é de todos, entretanto, a culpabilização do governo e da sociedade são eminentes no descaso a formação infanto-juvenil.

O estímulo a oportunidades educativas e culturais, além de atividades extracurriculares como esporte e música são apresentadas como iniciativas que devem ser expostas pelo governo, mas que fica a cargo da família direcionar o jovem a praticá-las.

À medida que, a ação de alguns profissionais é direcionada à terapêutica extra-serviço, outros se remetem ao encarceramento e isolamento do usuário mediante a suposta crise vivenciada, necessitando de cuidados e vigilância 24 horas para desintoxicação e reabilitação perante o momento vivido.

“Então o que deveria acontecer é que em primeiro momento houvesse uma internação, mas não uma internação meramente médica, assistência psicológica, terapia ocupacional, assistência à família, pra depois de um certo período (...) Acredito que num primeiro momento esses jovens precisam de um acompanhamento mais extensivo mesmo, eles fiquem mesmo 24h, lá no ambiente na estrutura adequada pra eles, até passar pelo primeiro momento pra realizar pelo menos essa questão da desintoxicação.” (E6)

O discurso do profissional revela uma postura de isolamento social do usuário em uma reprodução do modelo hospitalocêntrico, confluindo nos postulados da antiga psiquiatria, que acreditava que o isolamento e a exclusão eram a solução para a problemática, excluindo o sujeito na terapêutica. É notória a visão de libertar o organismo da droga, sem incluir a libertação do sofrimento do sujeito e as motivações que o conduziram ao consumo de drogas.

Sendo assim, o profissional vai decidir sua conduta a partir do momento em que analisa se o usuário é merecedor ou não da confiança do terapeuta, sendo julgadas as possibilidades de terapia a partir do seu encontro face a face, e se for então confirmada a possibilidade de intervenção no serviço, a terapêutica é estabelecida.

“A confiança estabelecida entre terapeuta e usuário, porque como eu falei o espaço nem sempre é fornecido a eles né, então aqui eles veem mesmo como um lugar que eles podem se colocar, que eles podem jogar todas as questões deles, de forma que seja debatida sem o julgamento que eles teriam caso eles (...) fora desse espaço, terapeuta, usuário, a confiança (...)” (E9)

“Então, dele sentir uma vinculação com o profissional, aí no caso vai muito da equipe, então se ele chegar e ver que todo mundo se preocupa com o problema dele, que quer cuidar dele, ver a melhora, que tá preocupado, que tá disponível a ajudar é...ele se sentir acolhido acho que isso facilita muito o vínculo né.” (E3)

É percebido nas falas que o vínculo criado na relação face a face é imprescindível para o profissional produzir ações terapêuticas e originar uma relação do Nós, a qual a orientação para o Tu seja recíproca.

Estabelecida essa vinculação baseada na confiança na relação entre usuário e terapeuta, o profissional segue em busca do que impulsiona o sofrimento do usuário, desenvolvendo um espaço no qual o mundo intersubjetivo vai ser construído por meio das ações de ambos, sendo influenciadas por suas motivações na construção de uma terapêutica que busque mudar a realidade partilhada.

“Onde a gente possa tá trabalhando, trazendo pra ele essa história desse sofrimento, né, a causa que fez ele, o motivo que fez ele usar droga, né, por conta de algum sofrimento ruim, porque a própria família às vezes já é totalmente, né, fragilizada também, tem as questões sociais, e aí, a partir daí a gente tá inserindo eles junto com o CAPS, junto com a família” (E7)

“O mais importante é a vinculação dele e a motivação, por isso que é comum o acesso a mim é mais difícil, então e o acesso aos grupos e aos outros profissionais é mais fácil, eu quero que aquele grupo seja mais importante né.” (E5)

“Então a gente tem que tá procurando uma referência pra esse adolescente.” (E7)

“Mas a partir do momento em que ele começar a se fortificar com a autoconfiança dele, porque ele vem aqui pro grupo saber que ele tem potencialidade, saber que ele tem habilidade pra alguma coisa, ou grafite, algo que seja, que a gente leva do projeto terapêutico dele junto com ele, ver quais são os interesses dele, o que que ele gosta de tá fazendo, aí acredito que a partir daí a gente vai melhorar, entendeu?” (E7)

As motivações profissionais para a construção de uma relação face a face com o usuário permeiam o campo da autoestima do usuário, em busca de valorizar suas potencialidades e cativar a confiança na assistência oferecida.

6 DISCUSSÃO

Ao delinear **a perspectiva dos profissionais em relação ao fenômeno do uso de drogas por crianças e adolescentes** que são atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), foi possível vislumbrar o estoque de conhecimento à mão utilizado no cuidado aos usuários, em que a sua situação biográfica é determinante para as suas condutas perante o relacionamento face a face com os usuários.

Percebemos que o mundo da vida é permeado pela intersubjetividade de suas relações face a face, sendo um mundo intersubjetivo, o qual os profissionais compartilham, experimentam e interpretam um mundo que é comum a todos nós (SCHUTZ, 2012a). Sendo assim, suas ações e condutas em seu relacionamento face a face com o usuário projetam o trabalho que pretendem realizar a partir de suas motivações.

Mesmo sendo um sujeito de situação biográfica determinada, o profissional do CAPSi revela suas motivações *para* realizar alguma ação ou as suas motivações *por que* de realizá-las, sendo as atividades compreensíveis a partir da similitude “típica” dessas motivações.

Deste modo, quando entrevistados, os profissionais relataram o que compreendem sobre o uso de drogas por crianças e adolescentes, surgindo inicialmente um posicionamento sobre **o uso de drogas por jovens na contemporaneidade e como esta se tornou uma questão de saúde problemática**. Essa visão é justificada pelo aumento do número de jovens usuários, além do aumento do consumo e da precocidade de sua iniciação.

Na contemporaneidade a oferta das drogas é facilitada e conseqüentemente o encontro do jovem com a droga é mais frequente, principalmente quando o mesmo a utiliza como instrumento de amadurecimento. Além disto, a privação financeira e a fragilidade de definição de papéis e funções familiares também influenciam no uso de drogas na atualidade, sendo a união da vulnerabilidade psíquica do jovem com a vulnerabilidade familiar e social que aumentam o risco do uso abusivo de drogas, iniciando-se cada vez mais precocemente e desenvolvendo um maior poder de dependência (TORRES, 2011).

Ao vivenciarem uma relação face a face com as crianças e adolescentes atendidas no CAPSi, os mesmos nomeiam esses jovens como usuários de drogas, devido a estrutura típica semelhante de experiências e trocas de conhecimentos envolvendo a droga, considerando uma generalização não-essencial que tipifica o modo de agir dos jovens.

É notória a generalização no estoque de conhecimento à mão dos profissionais diante a relação do perfil socioeconômico dos usuários influenciar diretamente no uso de drogas. Mesmos cientes que a clientela atendida é somente um recorte da população, a baixa condição socioeconômica é percebida como fator de risco para o uso e a sua continuidade.

Deste modo, pessoas em situação de rua ou em moradias provisórias, que possuem em comum a extrema pobreza, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular são os alvos das políticas sobre álcool e outras drogas (LEMOS, 2013).

Essas pessoas apresentam um padrão de consumo considerado inaceitável pela sociedade, pois além de serem mais vulneráveis e propensas ao uso, não apresentam sequer condições mínimas de sobrevivência, destacando-se a falta de moradia, assistência, educação, lazer, dentre outras, sendo entrelaçados entre a pobreza e a ociosidade, considerando que o uso de drogas é um dos únicos alívios possíveis para suas privações e sofrimentos (LEMOS, 2013).

Além disto, os profissionais apresentam **outros fatores preponderantes para a iniciação do uso de drogas por crianças e adolescentes**. Descrevem que as drogas estão entrelaçadas no cotidiano social, sendo acessíveis ao consumo e incentivadas como instrumento positivo de interação social.

A facilidade de acesso as drogas é um fator de vulnerabilidade e propensão ao uso, sendo evidenciadas através de suas redes sociais, dentre elas, o ciclo de amizade e a família. Temos como exemplo de droga culturalmente entranhada como um hábito social a bebida alcoólica. Beber é um importante elemento na socialização brasileira (BRASIL, 2014).

As festas, comemorações e celebrações são momentos que se evidenciam relação face a face, na qual os indivíduos trocam experiências e vivenciam um fenômeno induzidos pelo consumo de substâncias psicoativas para experimentar estados alterados de consciência, sendo o fenômeno da festividade social interligado ao consumo de substâncias, destacando-se as bebidas alcoólicas (DIAS, 2008).

Além dos momentos de festejo, o consumo de drogas por crianças e adolescentes, principalmente os adolescentes, se dá a partir das influencias das amizades, devido à necessidade de interação com os seus semelhantes. A rede social é construtora de identidades e pertencimentos sociais construídas a partir de vínculos como a amizade, o parentesco, a

religiosidade, entre outras, sendo essa rede regida por normas sociais estabelecidas pelo grupo para o comportamento do indivíduo (PICCOLO; LEAL, 2011).

O significado subjetivo que o grupo consiste para seus membros é uma vivência de situações em comum com o seu decorrente sistema de tipificações e relevâncias. Em um sistema de autotipificações homogêneas, o grupo é estabelecido por tipificações e relevâncias que são compartilhadas entre os mesmos. (SCHUTZ, 2012a). No caso do estudo, as tipificações e relevâncias compartilhadas são experienciadas a partir do enfoque do uso de drogas, que se manifesta como comportamento típico para ser pertencente ao grupo.

Entretanto, os profissionais acreditam que a criança ou adolescente detém outra motivação para além do lazer e da inserção em grupos, sendo também a droga utilizada para o alívio do sofrimento que vivenciam. De acordo com os profissionais, esse sofrimento pode ter fatores intrínsecos ou extrínsecos, sendo as situações familiares negativas e algumas representações de sofrimento psíquico descritos como motivos para a continuidade do uso.

Dentre os sofrimentos vivenciados, a violência, rejeição, abandono e negligência familiar, além de fatores como insegurança, stress, baixa autoestima podem acentuar a permanência dos jovens no uso de substâncias (SILVA; SANTOS, 2012).

A fragilidade vivenciada pelo processo da adolescência se dá por ser um momento de construção da personalidade, pois o indivíduo está em busca da sua identidade psicossocial. Sendo assim, esse momento favorece um vazio de sentido, podendo ser preenchido pelo consumismo. O incentivo social ao consumo, a necessidade de consumir bens, faz com que o adolescente busque a droga como solução para os seus conflitos, acreditando que é uma resposta externa aos seus questionamentos (NEVES; SEGATTO, 2013).

O uso abusivo de drogas tem sido utilizado como objeto de preenchimento, substituindo a fragilidade dos vínculos afetivos, sendo anestésico para os problemas vivenciados no âmbito familiar, funcionando de maneira tóxica e prejudicial (SANTOS; PRATTA, 2012).

Como já citado, as condições socioeconômicas como a limitação de acesso à educação, a falta de perspectivas e ambições futuras, a precária condição de moradia são predisponentes para a drogadição. Além do que, o abandono, a rejeição e a violência familiar são fatores de risco citados por todos os profissionais entrevistados neste estudo.

Dentre as questões familiares que vulnerabilizam o jovem, estão a desestruturação familiar, a mudança de padrões e costumes, o uso de drogas por membros da família, a ausência de normas e regras claras de convivência, instabilidade familiar, violência familiar, dentre outros (MORAES et al, 2010).

A família se caracteriza como um grupo existencial que compartilha com o indivíduo o seu sistema de tipificações e relevâncias. É um modelo básico de socialização que estabelece uma rede de relações com regras, costumes, valores e crenças que estão em constante troca com o meio social. As modificações da estrutura familiar estão diretamente relacionadas à sociedade (SCHUTZ, 2012a; SILVA, 2011).

Deste modo, dentre os fatores familiares que fragilizam o jovem ao uso de drogas, destaca-se a presença de usuários de drogas no seio familiar e a presença de violência doméstica, sendo, estes, considerados marcos para a afirmação do uso (REIS et al, 2013).

Para o jovem fazer parte de um grupo existencial, partilhar uma herança social comum é encontrar um sistema de tipificações, relevâncias, papéis e posições que são pré-construídos. Portanto, no mundo social o qual esse adolescente está inserido é experienciado por ele através de uma estreita rede de relações sociais, de sistemas de signos e símbolos com sua estrutura particular de significados (SCHUTZ, 2012a).

Esse universo de discurso entre os membros da família é gerado a partir dos códigos de interpretação e de códigos de orientação para cada membro familiar, sendo gerado um sistema de tipificações, no qual os meios de controle sociais como leis e regras se fazem distantes das relevâncias do grupo existencial do usuário de drogas (SCHUTZ, 2012a).

Sendo assim, esse jovem vai reproduzir as ações típicas do seu grupo existencial, partindo do sistema de tipificações e relevâncias que conhece para realizar sua atitude natural no mundo da vida.

Contudo, a ausência da família na participação das atividades diárias da criança e do adolescente, a falta de vínculo e de relações saudáveis entre os familiares de convívio direto, a falta de ações e condutas típicas de relações afetivas fraternais e de demonstrações de amor são citados pelos profissionais como parte dessa estrutura de significados vivenciada pelos jovens, sendo o seu mundo social percebido como construído sem os pilares de controle social.

As primeiras relações do Nós são de fundamental importância no processo de aprendizagem. Por trás dos outros com quem as crianças e adolescentes mantêm as primeiras

relações dos Nós, há sempre uma estrutura social específica. A significatividade fundamental que as crianças adquirem nas suas primeiras relações do Nós estão não apenas socialmente objetivadas, mas, em certa medida, filtradas através da estrutura social. E este efeito de filtro é imperativo (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009)

A presença de violência intrafamiliar, a desarmonia nas relações familiares, problemas financeiros, o uso de drogas inserido na família e sua relação conflituosa com as suas consequências, limitam a compreensão da família diante a problemática do uso de drogas por jovens. O despreparo e a desinformação são necessidades reais que influenciam na prevalência desses fatores de risco. A família tem essas dificuldades por ela mesma ser usuária, ou por medo do abandono, sendo o sofrimento e a impotência evidenciados na família envolvida com drogas (NEVES; SEGATTO, 2013).

A história de sofrimento vivenciada pela família requer uma exposição, de forma que as palavras, significados, as ações deem sentido ao sofrimento, localizando cada membro da família na experiência vivida. Ao descrever a própria história, a família desempenha papel de observador, identificando os desafios e estratégias que foram utilizadas, além de definir a sua situação (ANGELO, 2010).

Desta forma, o uso indiscriminado e excessivo dos jovens, a falta de estrutura da família em acolher esse usuário e trabalhar a diminuição desse consumo, faz com que o jovem busque cada vez mais espaços externos de consumo, e o ciclo de busca e uso da droga pode direcioná-los a criminalidade e a violência. Essa associação do uso de drogas com a criminalidade e a violência, é interligada ao risco social e ao comprometimento familiar, sendo alvos de ações sociais e intervenções em serviços de saúde (PICCOLO; LEAL, 2011).

Destarte, a relação do Nós pura vivenciada entre o jovem e seu familiar é permeada por ações não planejadas ou não refletidas pelos mesmos, podendo o profissional intervir nessa experiência, por meio do planejamento de ações, com o objetivo de delinear um trabalho como forma de organizar as diferentes perspectivas do mundo da vida diária desses sujeitos.

Entretanto, além das **consequências** sociais e nas redes de relações dos jovens usuários, existem comprometimentos físicos no indivíduo, sendo mais agressivas à medida que o início do uso é mais precoce. Prejuízos cognitivos, na memória, concentração, atenção, sintomas depressivos, esquizofrenia, entre outros transtornos podem ser desencadeados pelo uso de substâncias (MICHELI et al, 2011).

Enfim, os profissionais acreditam que existe uma série de motivações *por que* o jovem experiencie o uso de drogas. Entretanto, destaca-se a rede social que permeia o usuário, seja a relação com seu grupo existencial ou a imersão no grupo voluntário formado por seus semelhantes, contribuindo para a iniciação e permanência do uso de drogas.

Deste modo, para os profissionais as redes sociais podem ser representadas como **fator de risco para o consumo de drogas**, todavia, a família também pode auxiliar como fator de proteção e prevenção ao uso e abuso de drogas, participando ativamente na adesão da terapêutica dos usuários atendidos no CAPSi.

Um relacionamento constituído por meio do afeto e o vínculo familiar, que contém o controle social a partir da supervisão e de regras claras de convivência, éticas e morais, além da participação da família em atividades sociais induzem a diminuição do risco ao uso de drogas (MORAES et.al., 2010).

Portanto, os relacionamentos que permeiam a vivência da criança e do adolescente são passíveis de observação e intervenção dos profissionais que prestam assistência no CAPSi. A relação face a face construída no ambiente terapêutico entre profissional e usuário possibilita a modificação do comportamento do usuário frente às drogas.

Destarte, ficou conhecido que os profissionais crêem que o uso de drogas por crianças e adolescentes na contemporaneidade deve-se fundamentalmente ao fator social, sejam estas questões socioeconômicas, ou mediante aos relacionamentos vivenciados pelos jovens, enfatizando as relações familiares como fator que pode predispor aos riscos ou proteger o jovem do consumo de drogas.

Percebe-se que os profissionais apresentam múltiplos discursos sobre suas vivências diante ao fenômeno do uso de drogas pelos usuários atendidos no CAPSi, sendo assim, foi possível reunir os significados subjetivos de suas condutas na construção de um sistema de relevâncias e ações típicas.

O corpo do outro está para mim como um campo de expressão de suas vivências. Ao tipificar a conduta do outro, tipifico minha conduta, e ambas se interrelaciona. As construções do sentido comum utilizadas para tipificar o outro e a mim mesmo tem origem e aprovação social. Dentro de um grupo, a maioria dos tipos pessoais e dos tipos de ações é pressuposto, até que se prove o contrário (SCHUTZ, 2008).

Por conseguinte, os profissionais expõem quais **as motivações que influenciam no modo de cuidar dos usuários de drogas atendidos no CAPSi**, descrevendo por meio do

seu estoque de conhecimento a mão, como sua situação biográfica determina suas ações e condutas no relacionamento face a face com o usuário.

Deste modo, os profissionais relatam que a forma que o jovem adentra ao serviço interfere diretamente em como conduzem o projeto terapêutico do usuário. É exposto que a grande maioria dos jovens inicia o **acompanhamento no serviço** devido a dois fatores.

Basicamente esse encaminhamento é realizado ou por intermédio da família, que percebe que seu ente está fazendo uso de drogas, ou mediante o cumprimento de pena judicial. Quando o relacionamento do Tu com o usuário inicia-se a partir da imposição familiar, os profissionais utilizam-se do interesse familiar para inseri-la no processo terapêutico.

A família é o núcleo da interação humana e é pertinente na promoção e recuperação da saúde mental dos seus membros. Deste modo, as relações intrafamiliares saudáveis visam a promoção do bem estar biopsicossocial e espiritual, cultivando à saúde mental do indivíduo. No período da adolescência, a influência da família no desenvolvimento psicológico é primordial, sendo significado através do processo educacional e da organização social (NEVES; SEGATTO, 2013).

Acredita-se que quando as relações na adolescência são substanciais e positivas, formando uma rede social efetiva, firme, sensível e confiável, a saúde do adolescente é preservada. Desta maneira, a família pode contribuir com fatores de proteção, instituindo regras claras de conduta, participando ativamente nas atividades dos jovens, estabelecendo uma hierarquia familiar com respeito aos ritos familiares e principalmente o envolvimento afetivo com a vida de seus entes (PENSO; PEREIRA, 2010).

A família é co-partícipe na estruturação do conhecimento à mão da criança e do adolescente, que ela utiliza na relação face a face tipificando o outro e a si mesma. Ela apreende todo o presente vívido, experienciado num relacionamento do Nós. O sentido que tem a ação para o ator é único e individual, porque se origina na situação única biográfica e particular do ator (SCHUTZ, 2008).

A família colabora na terapêutica sendo fonte de informações importantes, pois além de fazer parte da demanda de sofrimento, convivência e suporte no cuidado, é necessária na participação ativa durante a reinserção social e reivindicação de direitos do usuário. É a família que podemos utilizar como porta de entrada para as mudanças de comportamento do

usuário, participando das atividades que irão efetivar as mudanças socioculturais do pensamento da população ao uso e abuso de drogas (BARBOSA *et al*, 2009).

Ademais, a outra motivação do jovem para iniciar o processo terapêutico no CAPSi é por meio de pena judicial, tendo a obrigatoriedade de comparecer ao serviço e participar de atividades como cumprimento de medida cautelar. A obrigatoriedade de o jovem comparecer ao serviço não significa que será uma participação voluntária, o que interfere na terapêutica oferecida pelos profissionais.

Os atores sociais que atuam no processo terapêutico (profissionais, usuários e familiares) compartilham saberes e viabilizam ações que promovem a cidadania, a autonomia e a inclusão social do usuário, enfatizando o profissional da saúde como ator social que compõe o eixo principal do cuidado, desenvolvendo habilidades que proporcionem o aumento da capacidade do usuário de estabelecer trocas sociais na comunidade em que está inserido, bem como descobrir o que é que o sofrimento psíquico vem acarretando na vida do usuário (OLIVEIRA *et al*, 2009).

Os profissionais acreditam que para o **processo de cuidar no CAPSi** seja terapêutico é necessário o envolvimento do usuário e uma abordagem multiprofissional, ressaltando que a eficácia do tratamento é interligada por ações dos diversos profissionais, sendo o mundo social o qual o usuário está inserido modificado a partir das relações com os profissionais.

Quanto mais diversificadas a situação biográfica dos profissionais, maior o estoque de conhecimentos à mão que conduz a terapêutica do usuário, permitindo o acesso do usuário a um grupo que apresenta condutas e ações voltadas para a saúde mental.

Entretanto, a conformação de equipe multidisciplinar não consegue englobar a totalidade das necessidades, pois a reunião dos fragmentos dos conhecimentos individuais não preenche essa totalidade, necessitando da abordagem interdisciplinar para alcançar todos os significados de um plano terapêutico (CARVALHO, 2007).

Para os profissionais do serviço de saúde mental é imprescindível trabalhar em conjunto na construção e implementação da terapêutica, transformando e aprendendo com as diversas práticas, cuidando integralmente do usuário. É vislumbrada a necessidade de reaprender, renovar e rever conceitos e referências, superando preconceitos e reposicionando os conhecimentos sedimentados, tendo como suas motivações as mudanças no processo terapêutico (ABUHAB *et al.*, 2005).

O cuidado multidisciplinar deve se basear em comunicações intersubjetivas entre os atores sociais, diálogos e mudanças no processo, tornando-se efetiva a terapêutica, construindo uma prática voltada para a qualidade de vida do usuário, com discussões entre a equipe e participação ativa de todos os seus membros (ALMEIDA FILHO et al., 2009).

De fato, para realizar um cuidado integral ao usuário, os profissionais devem desenvolver uma verdadeira coerência interdisciplinar, trocando seus conhecimentos e unindo seus saberes em um plano terapêutico unificado, efetivando o cuidado como integral (VASCONCELLOS, 2010).

As práticas interdisciplinares são entendidas como um conjunto de profissionais de diferentes formações que agrupam seus saberes e fazeres específicos em um espaço comum de negociação, conflito e apoio entre os profissionais. A interdisciplinaridade em saúde mental está em busca da desinstitucionalização dos sujeitos em sofrimento psíquico, atendendo integralmente suas necessidades e demandas (AGUIAR et al, 2012).

Os projetos terapêuticos emergem do diálogo entre os profissionais e os usuários. Na perspectiva da integralidade do cuidado, o diálogo é a capacidade de compreensão da situação biográfica do usuário nos diferentes encontros. Essa compreensão envolve o estoque de conhecimentos à mão dos profissionais para reconhecer as motivações dos usuários, originados a partir de seus sofrimentos, expectativas, temores e desejos (MATTOS, 2004).

É pertinente a preocupação dos profissionais na integração das condutas multiprofissionais, demonstrando o cuidado de planejar o trabalho que é realizado nos projetos terapêuticos individuais, a partir do projeto terapêutico traçado pela equipe, vislumbrando um cuidado passível de discussão e programação individual.

O cuidado em saúde mental segue os princípios da integralidade, assistindo a pessoa em todas as suas dimensões, do biopsicossocial ao espiritual, humanizando o seu cuidado, envolvendo a empatia, afetividade e a aproximação, criando vínculos entre a equipe e a pessoa com sofrimento psíquico, dialogando as necessidades, os desejos, histórias e conhecimentos específicos que englobem o cuidado, além de responsabilizar ambos pelo cuidado a ser realizado, na tentativa de não fragmentação do cuidado (MIELKE *et al.*, 2009).

Durante esse processo terapêutico os profissionais anseiam por resultados, sendo o seu sucesso profissional interligado com a produção de saúde mental dos usuários. Deste modo, os profissionais buscam conhecer as motivações dos jovens para o consumo de

drogas, imaginando-se em uma situação análoga, na procura de mecanismos de intervenção que satisfaçam a necessidade do usuário.

As atividades humanas só são compreensíveis na medida em que são reveladas suas motivações. Sendo o ator social capaz de compreender os atos de outras pessoas ao imaginar-se na mesma situação, orientando-se pelos mesmos motivos e realizando atos equivalentes, os termos só são entendidos na analogia “típica” (SCHUTZ, 2012a).

Deste modo, os profissionais cumprem o papel de terapeuta na medida em que conhece as motivações dos jovens e fazem uma analogia de suas posições biográficas com a dos usuários. Desta maneira, o profissional pode intervir em seu relacionamento face a face com o usuário a partir de condutas que apresentem relevância no sistema de tipificações dos usuários.

Por sua vez, os profissionais relatam **as abordagens terapêuticas utilizadas no cuidado ao usuário**, delineando seu trabalho através de ações e atividades que interagem com a possibilidade de modificar o comportamento do usuário de drogas no mundo intersubjetivo.

Sendo assim, os profissionais procuraram vivenciar o ambiente em que os usuários estão inseridos, coletando informações em domicílio, aproximando a realidade vivenciada com o discurso do usuário. Contendo essas informações, é possível o profissional agir no mundo intersubjetivo, ao unir o estoque de conhecimentos à mão dos profissionais e do usuário.

Quanto mais próximos os atores estão na relação face a face, mais próximos estão de vivenciar no Nós, pois ao refletir sobre as experiências subjetivas vivenciadas nessa relação é necessário distanciar-se do outro, convertendo o outro em um mero objeto de meu pensamento (SCHUTZ, 2012a). Deste modo, é preciso que o profissional mergulhe na relação com o usuário, estando voltado para o objeto e se relacionando com ele, para possibilitar que a orientação pelo Tu seja recíproca.

As relações sociais individualizadas com o outro surgem enquanto cada um dos membros pode agir sobre o outro e reagir sobre a sua ação, sendo essas ações espontâneas passíveis de controle através do conhecimento mútuo da existência da relação (SCHUTZ, 2012a).

A reciprocidade dessas ações reflete no modo como o profissional deve conduzir a terapêutica, sendo então descritas pelos profissionais as necessidades que eles reconhecem ao analisar o usuário como objeto da relação do Nós.

Ao pensar no usuário como um objeto do pensamento previamente experienciado, é que o profissional compreende que o usuário apresenta necessidades físicas, sendo priorizada a terapêutica medicamentosa e as orientações que efetivem os efeitos sobre a sintomatologia apresentada.

O intuito da hegemonia do modelo biomédico é que através de uma terapia farmacológica e do aprisionamento do usuário seja conquistada a abstinência, aludindo a uma desqualificação social do usuário, sustentada em uma concepção de que o usuário de drogas é um doente crônico, incurável, que necessita desse tipo de cuidado (FARIA; SCHNEIDER, 2009).

Os profissionais se baseiam nos sintomas de abstinência que os usuários apresentam para justificar a necessidade de utilização dos medicamentos, sendo essa terapia utilizada com o intuito de aniquilar ou amenizar o sintoma, sintoma esse relacionado a um quadro negativo de uma doença crônica, sendo motivo de incomodo ao olhar do outro, dificultando as relações sociais.

O modelo de atenção as necessidades físicas anestesia o desejo ou a demanda por drogas com medicações, confluindo na objetivação da abstinência e reprime a expressão do sujeito da ação (FONSECA, 2012). É evidenciando nesse tipo de abordagem que o profissional distancia-se do relacionamento do Nós, em busca de objetivar o usuário como um pensamento experienciado, para agir de modo a realizar uma conduta refletida e projetada para modificar o outro ao seu desejo.

Mesmo com um discurso radicado no modelo biomédico, os profissionais entrelaçam esse discurso com outras condutas que direcionam para outros tipos de abordagens, sendo elencadas ações em educação em saúde, ou com a abordagem cognitivo-comportamental ou baseada na política de redução de danos.

É possível perceber a sutil mudança nos paradigmas que embasam as práticas profissionais, pois mesmo com ações pertinentes do modelo biomédico, os profissionais não se reduzem as práticas desse modelo, ampliando suas concepções, visando outros determinantes e elementos fundamentais na saúde do usuário, como a questão social, a inserção da família, a educação, a renda, sua relação com a justiça, dentre outros aspectos que são relevantes e que influenciam na promoção de saúde do usuário.

Vale destacar que, a educação em saúde é uma ferramenta que aborda a utilização da cidadania e inserção social em sua prática, absorvendo novos paradigmas e incorporando

em seus conceitos a inclusão do sujeito no ensino, onde este é problematizador e crítico. Nessa visão o processo é construído através da interação entre profissional e comunidade (BARROS; CLARO, 2011).

O profissional no papel de educador está na relação face a face como o facilitador de construções e desconstruções da realidade, contudo, é necessário que leve em consideração a situação biográfica do usuário, estimulando o usuário a agir como um sujeito em sua vida, e não como mero observador que acata as decisões do outro (MACIEL, 2009).

Frente a esses conceitos, a educação em saúde é utilizada em estratégias de grupo ou em oficinas terapêuticas, não sendo restrita ao relacionamento face a face do profissional e o usuário, agregando mais possibilidades de construção quando trabalhada em conjunto, pois a mesma tem propriedades de reinserção social, na promoção de transformações nas relações entre indivíduo e sociedade (SOARES; REINALDO, 2010).

Outra abordagem trabalhada na terapia é a cognitivo-comportamental, que apesar de ser tradicionalmente uma abordagem individual, estende-se a terapia de grupo. A abordagem cognitivo-comportamental tem intervenções características, como o uso da análise funcional; o automonitoramento do uso de drogas; habilidades de resolução de problemas para desenvolver respostas alternativas às situações de uso de drogas; e lições de casa, incluindo o exercício da balança decisória (SOBELL; SOBELL, 2013).

O medo de invadir o espaço de outra classe profissional faz com que os profissionais sintam-se inibidos em demonstrar a base teórica de sua atuação, pois a utilização de elementos advindos de outras educações formais ainda é pouco elucidada no campo da interdisciplinaridade, sendo confuso o limite do conhecimento que se pode utilizar na abordagem profissional.

Durante o relato dos profissionais é possível vislumbrar que a política de redução de danos é aplicada em suas ações, uma abordagem rica em conceitos e preconizada pelo Ministério da Saúde como política de atenção ao usuário de drogas, entretanto, poucos profissionais confirmam que se utilizam dessa abordagem.

A redução de danos tem como objetivo a transformação da postura da sociedade perante o mundo das drogas, possibilitando o diálogo na sociedade entre os atores sociais, sejam eles usuários ou não e permite a expressão de sujeitos que usam drogas, refletindo sobre o uso, necessidades, desejos, direitos e deveres. Pretende-se com a redução de danos a produção de atitudes saudáveis e a minimização de consequências do consumo de drogas,

respeitando o sujeito e a sociedade perante a sua liberdade de consumir ou não drogas (FONSECA, 2012).

Essa abordagem caracteriza-se em respeitar o usuário pelo seu direito a consumir drogas, sendo essa liberdade respeitada desde que não invada a liberdade do outro. Desta forma, o profissional deve assumir uma postura compreensiva e inclusiva, estabelecendo uma relação de cooperação, acolhimento e escuta. Essa atuação é pautada na preocupação com o outro, no diálogo e no ouvir o usuário, em busca de alternativas para solucionar a situação de risco do usuário (FONSECA, 2012).

A terapêutica da redução de danos permite que outra dimensão social seja construída na relação face a face, sendo por muitas vezes uma ponte entre o usuário e o laço social que está prejudicado. Tem em vista recuperar a comunicação, o significado, a situação biográfica, os conhecimentos à mão do usuário de drogas, reconhecendo esse sujeito e escutando suas necessidades e demandas (FONSECA, 2012).

Por sua vez, as principais ações dirigidas ao outro na relação face a face são realizadas através de atividades lúdicas, com elementos que possibilitam outras formas de prazer e diversão para além da droga, abrindo um leque de conhecimentos que podem ser adquiridos e utilizados pelos usuários para além do serviço.

É construído um espaço de interação no qual as discussões e reflexões sobre as drogas fazem com que o jovem possa identificar ações típicas e motivações semelhantes que aproxime as vivências particulares em um movimento social de compartilhamento de experiências. Esse grupo voluntário é permeado por condutas típicas e é através do reconhecimento das suas necessidades no outro, que os profissionais podem trabalhar a mudança da conduta individual, mas em uma ação coletiva.

Os grupos voluntários não são experienciados pelo ator social como um sistema já pronto e acabado, são construídos pelos seus membros a partir de um processo de evolução dinâmica, que se depara com alguns elementos em comum e outros são criados perante uma definição da situação recíproca (SCHUTZ, 2012a).

Os grupos são mediadores da relação entre o social e a particularidade do indivíduo, sendo percebido como um entrelaçar de linhas subjetivas, em que cada ator social define seu espaço e entra em contato com a situação biográfica do outro, adotando os sujeitos do grupo uma nova conformação. É um espaço que oportuniza a assistência psicológica e

emocional, a partir das semelhanças dos sofrimentos e com possibilidade para o seu alívio, por meio do apoio e a segurança de vivenciarem situações semelhantes (MORAES, 2008).

Para se trabalhar as relações com os adolescentes, os grupos são facilitadores, pois possibilitam a intensificação das relações, aprendendo e ensinando com a vivência compartilhada, superando dificuldades e oferecendo um suporte mútuo, expondo minimamente a críticas devido à similitude das situações, reafirmando a auto-estima a partir da imagem visualizada no grupo. É importante o estabelecimento de união, respeito, amizade e sigilo no espaço compartilhado, sugerindo um espaço de alívio do sofrimento e interação social (CHAVES et al, 2010).

Vale ressaltar que, a família pode participar das terapias em grupo, tanto com os usuários como em grupos próprios para os familiares, pois é necessário que o comportamento familiar também seja modificado, visando também seu sofrimento psíquico e suas demandas advindas do convívio com o usuário, de modo a melhorar a qualidade de vida de todos.

É possível no grupo com familiares informar sobre o uso de drogas, as possíveis motivações, os efeitos e as consequências do consumo, interagir com pessoas que vivenciam situações semelhantes e reconhecer como enfrentam as dificuldades do dia a dia, e saberem como podem agir com seus familiares usuários, sendo um espaço de apoio mútuo e compreensão (CAMATTA, 2010).

O semelhante só é experimentado de forma direta quando compartilha com outro um setor comum de espaço e tempo. A imediatez temporal e espacial é característica essencial da situação face a face. Uma situação face a face se constitui da orientação para Tu e do relacionamento do Nós. A orientação para o Tu é unilateral, é uma experiência pré-predicativa de um semelhante presente aqui e agora. Quando a orientação para o Tu é recíproca, ela se constitui um relacionamento do Nós (SCHUTZ, 2012b).

Outrossim, é primordial a utilização de uma abordagem que enfoque a escuta do sujeito, sendo utilizada no atendimento individual, adquirindo uma orientação para o Tu na relação face a face para efetivar a relação do Nós, em um movimento de reciprocidade motivacional. Essa relação recíproca gera uma série de mudanças nos significados subjetivos construídos no mundo intersubjetivo.

A escuta analítica deve propiciar uma articulação significativa, podendo o sujeito obter alívio ou proteção de sua carga pulsional, transferindo-a para uma cadeia significativa. Deste modo, a escuta é realizada no intuito de recuperar a ancoragem simbólica através da

articulação significativa, como forma de viabilizar uma formulação de uma demanda, possibilitando a clínica do inconsciente (SANTOS; COSTA-ROSA, 2007).

Com isso, o profissional realiza uma escuta diferenciada, assumindo a orientação científica que tem em seu estoque de conhecimentos à mão, sendo essa escuta uma orientação ao Tu caracterizada por diferentes visões e diferentes formas de conduzir a ação consciente e seus atos projetados.

O acervo de conhecimento se apresenta como uma posição subjetiva pressuposta, como um elemento da subjetividade. O acervo de conhecimento determina uma dimensão essencial da captação de si mesmo e de outros, na orientação do mundo social (SCHUTZ; LUCKMANN, 2009).

Para os profissionais, o cuidado realizado é ponderado a partir da **adesão do usuário a terapêutica estabelecida**, sendo delineadas algumas estratégias que acreditam contribuir para a adesão.

O profissional acredita que o modo de se relacionar socialmente é fundamental para a permanência do usuário no tratamento, citando categoricamente que as relações familiares positivas e o próprio modo de como é conduzida a relação entre profissional e usuário contribuem no interesse do usuário em dar continuidade a terapêutica.

O mundo tem sentido não somente para o indivíduo, mas também para quem com ele vivencia as experiências. A experiência do homem no mundo se justifica e corrige mediante a experiência dos outros, com quem se interrelacionam conhecimentos, tarefas e sofrimentos comuns. O mundo é interpretado como o possível campo de ação de todos nós (SCHUTZ, 2012b).

O relacionamento afetivo com os pais, o envolvimento dos pais nas atividades sociais e na participação dos acontecimentos na vida do filho, e a supervisão com normas e regras claras de convivência são importantes para a criança e o adolescente se estimularem na continuidade da terapêutica e na construção de uma melhoria da vida social (MORAES et al, 2010).

Ao fazer referência a família, a união e a responsabilização familiar são citadas pela maioria dos profissionais. O entrosamento familiar nas atividades do usuário, sejam elas no serviço ou em outros ambientes de convivência, permitem a criação de um vínculo, sendo através desse vínculo exercitadas as mudanças no sistema de relevâncias e tipificações do grupo existencial e consequentemente do usuário.

Para Schutz, a vida no lar significa ter em comum o espaço e o tempo, com objetos e interesses à volta com base num sistema de relevâncias mais ou menos homogêneo. Significa que os membros de uma família são participantes de um relacionamento primário, vivenciam um ao outro como personalidades únicas num presente vívido. Eles compartilham experiências e antecipações do futuro, acompanham o desenrolar do pensamento um do outro, vivenciando uma relação do Nós, pois a vida um do outro se torna uma parte de sua autobiografia, um elemento de sua história pessoal (SCHUTZ, 2012a).

É notória pelos depoimentos dos profissionais a influência de seus estoques de conhecimentos à mão, pois a orientação para o Tu na relação face a face que constroem com os usuários são conduzidas com a inclusão obrigatória da família, considerando sempre o sistema de relevâncias e tipificações do grupo existencial, promovendo intervenções que tem com o enfoque principal a família e a influência de suas relações.

Temos, então, um ambiente que é criado pelos atores sociais envolvidos e nesse ambiente é possível inserir novos conhecimentos que conduzam o usuário a uma mudança de conduta que o direcione para a satisfação de suas demandas.

Dentre os conhecimentos e ações que estimulam a produção de saúde, estão o esporte e a cultura, além das atividades educacionais, que são apresentadas pelos profissionais como ações de responsabilidade governamental, mas que dependem do interesse dos atores em se envolver e participar.

A comunidade em que o usuário se insere é uma fonte inesgotável de recursos e materiais para a promoção da saúde mental, a equipe do CAPS pode promover um cuidado integral em conjunto com os atores sociais que envolvem o usuário, utilizando-se de todos os espaços sociais possíveis (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

Deste modo, os profissionais relatam que determinam como vão conduzir a terapêutica a partir do envolvimento que o usuário demonstra ter, julgando a postura do usuário e questionando se o mesmo é merecedor ou não da confiança e do vínculo criado no serviço, diferenciado o seu modo de atuar com cada sujeito atendido.

Na relação face a face o sujeito supõe um conjunto de motivações para a atuação do outro, sendo a partir da verdadeira relação social que os modos de atenção das experiências conscientes são sintonizados, sendo dinâmica a forma que percebemos as nossas experiências após uma relação face a face, sendo modificadas a cada encontro (SCHUTZ, 2012a).

Além disso, eu só compreendo uma estimativa do conceito-limite do significado que o outro pretende com aquela ação, sendo somente possível interpretar as experiências do outro a partir das próprias experiências que temos delas (SCHUTZ, 2012a).

Desta forma, o vínculo entre o profissional e o usuário deve se construir baseado na confiança nas motivações do outro, constituindo um mundo intersubjetivo de interação social positiva, possibilitando o compartilhamento de conhecimentos e vivenciando um momento de crescimento na relação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu revelar como o cuidado é realizado nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) do estado do Ceará na perspectiva dos profissionais de saúde, desvelando as motivações para o uso de drogas por crianças e adolescentes atendidos no CAPSi, identificando as ações e condutas profissionais no relacionamento face a face com o usuário e desvendando como os profissionais percebem sua prática clínica.

Deste modo, foi possível fazer reflexões acerca do fenômeno do **uso de drogas por crianças e adolescentes**, em busca das *motivações* que influenciam os jovens ao consumo de drogas. Os profissionais acreditam que o uso de drogas por crianças e adolescentes é um *problema de saúde pública*, sendo justificada pelo aumento do número de jovens usuários, além do aumento do consumo e na precocidade de sua iniciação.

Percebe-se que a problemática apresenta uma série de fatores que vulnerabilizam as crianças e adolescentes para o consumo de drogas, sendo descritos pelo profissionais os fatores que influenciam os usuários que atendem no CAPSi.

É apreendido que na perspectiva do profissional a *baixa condição socioeconômica* é uma das motivações para os jovens consumirem as drogas, sendo notória a generalização do estoque de conhecimento à mão dos profissionais diante do perfil socioeconômico dos usuários, sendo um padrão de consumo inaceitável pelos profissionais em sua situação biográfica determinada, influenciando diretamente em suas condutas na relação face a face.

Os profissionais acreditam que a *acessibilidade* as drogas oportuniza o consumo, tendo condições sedutoras e estimulantes como o baixo custo e a facilidade de aquisição da substância, além de ser considerado um *instrumento de interação social*, utilizado em festejos e reuniões sociais.

A droga está entrelaçada no âmbito familiar e na identificação com seus semelhantes, permeando toda a história da sociedade como elemento de socialização. A alteração do estado de consciência induzida pelo uso de substância facilita as trocas de experiências e a vivência do fenômeno da interação social através da relação face a face, interferindo no comportamento do ator social em suas relações.

Revela-se que o significado subjetivo de pertencimento de um grupo persiste em vivenciar situações em comum, compartilhando o sistema de tipificações e relevâncias

experenciados, sendo o uso de drogas um comportamento típico dos grupos partilhados pelos usuários.

Todavia, os profissionais acreditam que exista outra motivação pertinente para o uso de drogas, sendo o fenômeno do consumo de drogas um instrumento de *alívio do sofrimento* vivenciado pelos jovens. A vulnerabilidade gerada pelo sofrimento pode consistir em motivações externas e/ou internas, como abusos físicos, psíquicos, ou sinais de angústia e ansiedade, sendo descritos como motivos não só para o consumo, mas também para a continuidade do uso de drogas.

O consumo de drogas é dado como um fenômeno que preenche a necessidade do indivíduo, sendo uma resposta aos questionamentos, solução para conflitos e utilizado como anestésico para os problemas vivenciados pelo ator social.

Destarte, os profissionais citam os *fatores de risco* que acreditam vulnerabilizar a criança e o adolescente para o consumo de drogas, sendo novamente citada a precária condição socioeconômica vivenciada pelos usuários. A limitação de acesso à educação, a falta de perspectivas e ambições futuras, a precária condição de moradia são predisponentes para a drogadição. Nota-se que essas condições são determinantes na permanência do uso de drogas.

Outrossim, a *relação face a face dos usuários com os familiares*, as ações e condutas vivenciadas nesse relacionamento e a situação biograficamente determinada desses atores sociais influenciam para o uso e possível abuso de drogas. Os conflitos no relacionamento familiar, o uso de drogas por membros da família, a ausência de normas e regras claras de convivência, instabilidade e violência familiar são descritos como algumas das motivações.

O sistema de relevâncias e tipificações presentes no âmbito familiar são pré-construídos, sendo partilhada uma herança social em comum, logo, o mundo social do usuário é experienciado por ele através de sua rede de relações sociais, por meio de sistemas de signos e símbolos com sua estrutura particular de significado. Portanto, esse jovem vai reproduzir as ações típicas do seu grupo existencial, partindo do sistema de tipificações e relevâncias que conhece para realizar sua atitude natural no mundo da vida.

Deste modo, a relação do Nós não recíproca vivenciada pelos usuários e a ausência de ações e condutas típicas de relações afetivas são citadas como parte dessa estrutura de significados vivenciada pelos jovens, sendo o seu mundo social construído sem a estruturação do controle social.

Os profissionais acreditam que o consumo de drogas por crianças e adolescentes produz uma série de efeitos e resultados, podendo *o uso de drogas suscitar em consequências*, sendo consequências físicas, psíquicas, espirituais ou sociais.

A criminalidade é vislumbrada como uma grave consequência social. A procura pelo consumo das drogas desperta o interesse incessante em obtê-la, fazendo com que o jovem se distancie do âmbito familiar e vivencie mais em ambientes externos. A ação posterior dos usuários é o envolvimento em pequenos furtos contra a própria família e subsequente roubos e atos infracionais.

A criminalidade e a violência vivenciada pelos jovens são alvos de ações sociais e intervenções dos profissionais de saúde, podendo o profissional na relação face a face com o usuário ressignificar o sentido do uso de drogas, retirando o sentido que a droga adquire como substituto das relações familiares e da péssima condição social.

Além das condutas inadequadas, os profissionais revelam as consequências físicas que identificaram durante o atendimento dos usuários, sendo o comprometimento neurológico e cognitivo mais presentes, além de observarem dificuldades de concentração, memória e atenção, sendo também citadas outras comorbidades psíquicas.

Os profissionais expõem suas motivações para o cuidado aos usuários de drogas atendidos, relatando que dependendo do *encaminhamento* que o jovem apresenta ao chegar ao CAPSi, a relação face a face e as ações desenvolvidas no processo terapêutico são diferenciadas.

Os jovens chegam ao CAPSi principalmente por dois meios, ou são direcionados pela justiça, ou encaminhados pela família, não sendo nenhuma das formas voluntárias, contribuindo para a dificuldade de adesão ao tratamento. Desta maneira, a possibilidade de mudança na conduta do usuário é comprometida, pois o mesmo não realiza mudanças em suas ações cotidianas.

Sendo assim, *a inserção da família* no processo terapêutico é visto como essencial pelos profissionais, podendo ser um aliado ao tratamento fora do serviço, ou mesmo um co-dependente que necessite de cuidados, sendo então um elemento eficaz na ação e que merece atenção.

Ademais, os profissionais acreditam que a *abordagem multiprofissional* é preponderante na terapêutica realizada, sendo o sucesso do acompanhamento também

relacionado ao conjunto de ações dos profissionais, principalmente na união dos esforços em conduzir uma terapêutica que modifique a relação do usuário com a droga.

Por sua vez, é necessário que o profissional se proponha a vivenciar uma analogia da situação biográfica do usuário para compreender as motivações que levam ao jovem a usar drogas, podendo intervir no relacionamento do Nós com condutas que modifiquem o sistema de tipificações e relevâncias do usuários.

Os profissionais revelaram os tipos de abordagens terapêuticas que utilizam no relacionamento face a face, construindo um processo terapêutico entrelaçado em diversas correntes teóricas, narrando suas condutas no relacionamento do Nós com o usuário de drogas.

Inicialmente, o discurso é condicionado ao modelo biomédico, indicando o uso de medicação como o principal tratamento, na diminuição dos sintomas da abstinência. Essa abordagem é entrelaçada a outras ações, dentre elas, a educação em saúde e intervenções voltadas para a terapia cognitivo-comportamental. São também promovidas ações com a abordagem da redução de danos, método preconizado pelo governo para a abordagem aos usuários de drogas nos CAPS, embasando condutas em grupos e em atendimentos individuais.

É visto que, os profissionais não têm segurança em afirmar o embasamento teórico de suas ações, sendo suas ações no relacionamento face a face com o usuário dependentes do estoque de conhecimento à mão que possuem, não sendo condicionada necessariamente a sua educação formal.

Em suas abordagens os profissionais lançam mão de *atividades* que envolvem o lúdico, a fantasia, a comunicação e a imaginação, como meio de esclarecer dúvidas e promover orientações direcionadas a relação de prazer e sofrimento que a droga gera, em um espaço que transmite para o usuário a existência de outras possibilidades de prazer e diversão.

Essas atividades têm uma maior eficácia quando são construídas em grupo, pois os usuários fazem analogias das suas situações biográficas e compartilham suas vivências, construindo um mundo intersubjetivo permeado na mudança do sistema de relevâncias e tipificações desse grupo voluntário.

Apesar disso, os profissionais revelam utilizar da escuta qualificada durante o relacionamento face a face, adquirindo essa escuta a orientação existente no estoque de conhecimento do profissional, assumindo uma orientação para o Tu na tentativa de

ressignificar o discurso do usuário, em uma relação recíproca que compreenda e minimize as necessidades do usuário.

Considerando o cuidado realizado pelos profissionais no CAPSi, é almejada *a adesão do usuário a terapêutica* e delineada algumas ações que podem permitir o alcance dessa motivação.

Dentre elas, é notório que para os profissionais *a participação intensiva da família* é condicionante para o sucesso da terapêutica. Com estratégias de apoio e união ao usuário, engajando-se em atividades e criando um maior vínculo nas relações do grupo existencial, responsabilizando essa família e exercitando com seus membros os conceitos e condutas construídas no ambiente terapêutico.

Além disto, o *estímulo a atividades educacionais e culturais* devem ser promovidas pelo governo e incentivadas pela família, como possibilidade de mudança nas significações vivenciadas pelos jovens usuários. Entretanto, existem profissionais que acreditam que o encarceramento e o isolamento com vigilância diária é a única possibilidade de distanciamento do comportamento do usuário.

Não obstante, o objetivo central dos profissionais é distanciar os usuários do consumo de drogas, construindo através do relacionamento do Nós um novo sistema de relevâncias e tipificações, baseando essa relação na confiança e no vínculo estabelecidos no espaço terapêutico e na remodelação dos potenciais do usuário.

Frente ao exposto, enfatizo a importância de compreender as motivações dos atores sociais, pois é possível aprofundar o conhecimento sobre as ações humanas e compreender o comportamento dos profissionais do CAPSi no relacionamento com os usuários de drogas, sendo o referencial teórico fundamental na apreensão dos objetivos do estudo.

Esse estudo contribui com o desvelar do cuidado realizado no CAPSi com usuários de drogas, permitindo identificar e avaliar as condutas dos profissionais e possibilitando o mapeamento do sistema de relevâncias e tipificações que permeiam o serviço, colaborando com a sensibilização da equipe com a questão do uso de drogas por crianças e adolescentes.

Enfim, ao conhecer o cuidado realizado aos usuários de drogas, os profissionais podem visualizar como o estoque de conhecimentos à mão é insuficiente para realizar sua assistência, sendo fundamental a sua analogia com a situação biográfica do usuário, por meio

da sensibilização e contextualização da vivência do outro, partindo desses conhecimentos para a mudança do mundo intersubjetivo vivido.

Com os achados deste estudo surgiram outros questionamentos, como quais as motivações das crianças e adolescentes para o consumo de drogas e quais as motivações dos familiares para encaminharem os jovens ao CAPSi, em busca de conhecer as relações sociais dos usuários, enfatizando a relação face a face com seus familiares, sendo relevante investigar a perspectiva dos usuários e de seus familiares acerca das ações realizadas pelos profissionais do CAPSi.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABUHAB, D.; SANTOS, A.B.A.P.; MESSENERG, C.B.; FONSECA, R.M.G.S.; ARANHA E SILVA, A.L. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v.26, n.3, p.369-380, 2005.
- AGUIAR, M.I.F.; SILVA JÚNIOR, I.A.; BRAGA, V.A.B.; GALVÃO, M.T.G. Concepções de promoção da saúde na perspectiva dos profissionais de saúde mental **Rev Rene**. v.13, n.5, p.1111-1120, 2012.
- ALVES, V.S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.11, p.2309-2319, 2009.
- ALMEIDA FILHO, A.J.; MORAES, A.E.C.; PERES, M.A.A. Atuação do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 158-165, 2009.
- ANGELO, M. Ouvindo a voz da família: narrativas sobre sofrimento e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.4, p.437-443, 2010.
- BARBOSA, C. D.; BERTOLINO NETO, M. M.; FONSECA, F.L.; TAVARES, C. M.; REIS, A. O. A. **Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infanto-juvenil atendida nos centros de atenção psicossocial infanto-juvenis (CAPSI) estado de São Paulo**. Rev. Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. São Paulo, v.19, n.4, p. 262-268.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Assessoria de comunicação social do CNJ. **Cartilha sobre o crack**. Brasília: CNJ, 2011.
- BRASIL. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. **Álcool e Outras Drogas**. São Paulo: CRPSP, 2012. 142f.
- BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. **Resolução Nº3/GSIPR/CH/CONAD**. Brasília: CONAD, 2005.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Secretária Nacional de Políticas sobre drogas (SENAD). **Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento (SUPERA)**. GALDURÓZ, J.C.F. Capítulo 1: Critérios diagnósticos: CID-10 e DSM-IV. In: Detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas. RONZANI, T.M. Supera, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, 60p. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para**

países em transição. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed. em português, ampl. – Brasília, p.144, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 76 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60p.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Cartilha direito à saúde mental.** Brasília: PFDC, 2012.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras.** Brasília: SENAD, p.284, 2010.

BRASIL. Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas.** Brasília: SENAD, p.106, 2010.

BRASIL. Secretária Nacional de Políticas sobre drogas (SENAD). Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas OBID. Disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Veja_tambem/326817.pdf>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2014.

CAMATTA, M.W. **Ações voltadas para saúde mental na Estratégia Saúde da Família: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares.** 2010. 207f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Porto Alegre.

CAMATA, M.W.; SCHNEIDER, J.F. O trabalho de equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. **Rev Esc Enferm USP.** v.43, n.2, p. 393-400, 2009.

CANABARRO, R.C.S.; D'AGORD, M.R.L. Drug Addiction and Social Discourses. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.,** São Paulo, v.15, n.3, p.482-496, 2012.

CANABRAVA, D.S.; VILELA, J.C.; BRUSAMARELO, T.; ROEHRS, H.; MAFTUM, M.A. Consulta de enfermagem em saúde mental sustentada na teoria Das relações interpessoais: relato de experiência. **Cienc Cuid Saude,** v.10, n.1, p.150-156, 2011.

CAPALBO, C. **Metodologia das ciências sociais:** a fenomenologia de Alfred Schutz. Rio de Janeiro, Antares, 1979.

- CAPANEMA, C.A.; VORCARO, A. **Modalidade do ato na particularidade da adolescência.** *Ágora*, Rio de Janeiro, v. XV, n. 1, p.151-163, 2012.
- CARVALHO, V. Acerca da interdisciplinaridade: aspectos epistemológicos e implicações para a enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.3, p.500-507, 2007.
- CHAVES, A. B.; MELO, E. M.; FERREIRA, R. A. **A formação e o fortalecimento de vínculo emocional entre os adolescentes participantes de oficinas e prevenção da violência. Uma investigação a partir do Projeto Frutos do Morro.** *Rev Med, Minas Gerais*, v.20, n.2, p. 164-172, 2010.
- COSTA, M.C.O.; ALVES, M.V.Q.M.; SANTOS, C.A.S.T.; CARVALHO, R.C.; SOUZA, K.E.P.; SOUSA, H.L. Experimentação e uso regular de bebidas alcoólicas, cigarros e outras substâncias psicoativas/SPA na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.5, p.1143-1154, 2007.
- DIAS, A.C.; ARAÚJO, M.R.; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.5, p.938-948, 2011.
- DIAS, L.F. Uso e abuso de bebidas alcoólicas segundo os povo indígenas do Uaçá. In: LABATE et al. **Drogas e cultura: novas perspectivas.** Salvador: UFBA, 2008. p.199-218.
- DUTRA, L.; STATHOPOULOU, G.; BASDEN, S.L.; LEYRO, T.M.; POWERS, M.B.; OTTO, M.W. Revisão meta-analítica do uso de intervenções psicossociais no tratamento de dependência química. **Am J Psychiatry**, p.165-172, 2008.
- FARIA, J.G.; SCHNEIDER, D.R. O perfil dos usuários do Capsad - Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v.21, n.3, p.324-333, 2009.
- FONSECA, C.J.B. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia & Saberes**, v.1, n.1, p. 11-36, 2012.
- FLICK, U. Análise dos dados qualitativos. In: FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 131-140.
- KERNIER, N.; CUPA, D. Adolescência: muda psíquica à procura de continentes. *Ágora*, Rio de Janeiro. v. XV, número especial, dez 2012.
- LEMOS, C. Tratamento compulsório: Droga, loucura e punição. In: **Violência, crime e Segurança Pública.** Sistema Penal & Violência, Revista eletrônica da Faculdade de Direito. Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 319-337, jul./dez. 2013.
- MACIEL, M.E.D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enferm.** V.14, n.4, p. 773-776, Out/Dez, 2009.
- MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, 2004.
- MACEDO, V.C.D.; MONTEIRO, A.R.M.. Educação e saúde mental na família: experiência com grupos vivenciais. **Texto e Contexto Enferm.** Florianópolis, v.15, n.2, p.222-30, abr-jun. 2006.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010.

- MICHELI, D.; FORIGONI, M.L.; ANDRADE, A.L.M.; ABRAHÃO, K.P. Neurobiologia das drogas de abuso na adolescência. In: SILVA, E.A.; MICHELI, D. **Adolescência. Uso e abuso de drogas: uma visão integrativa**. São Paulo: Fap-Unifesp, 2011. p.183-208.
- MIELKE, F.B.; KANTORSKI, L.P.; JARDIM, V.M.R.; OLSCHOWSKY, A.; MACHADO, M.S. **O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.159-164, 2009.
- MORAES, L. M. P. **Atenção de enfermagem ao familiar do dependente químico: grupo como estratégia do cuidar**. 2008. 242p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2008.
- MORAES, E.; CHALEM, E.; FIGLIE, N.B. Abuso de álcool, tabaco e outras drogas na adolescência. In: FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Rocca, 2010. p.377-395.
- MOREIRA, F.G.; NIEL, M.; SILVEIRA, D.X. **Dilemas modernos: drogas, família e adolescência**. Editora Atheneu, São Paulo, 2009.
- MOTA, C.P.; ROCHA, M. Adolescência e Jovem Adultícia: Crescimento Pessoal, Separação-Individuação e o Jogo das Relações. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 357-366, 2012.
- MONTEIRO, A.R.M. **A família da criança-problema na escola: estudo de fenomenologia sociológica aplicada à enfermagem**. 2001. 186f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmacologia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza.
- NEVES, E.A.S.; SEGATTO, M.L. Drogas lícitas e ilícitas: Uma temática contemporânea. Disponível em: <<http://catolicaonline.com.br/revistadacatolica2/artigosn4v2/34-pos-grad.pdf>>. Acesso em: 05 de dezembro de 2013.
- NEVES, E.A.S.; SEGATTO, M.L. A importância da família na prevenção do uso e abuso de álcool: possíveis relações. Disponível em: <<http://catolicaonline.com.br/revistadacatolica2/artigosn4v2/28-pos-grad.pdf>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2013.
- OLIVEIRA, F. B.; SILVA K. M. D; SILVA, J. C. C. Percepção sobre a prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.30, n.4, p.692-699, 2009.
- PARGA NINA, L. (Coord) Estudo das informações não estruturadas do EDENF e de sua interpretação com os dados quantificados. **IBGE**, Rio de Janeiro. v.2, pt.1, p.215, 1976.
- PEIXOTO, C.; PRADO, C.H.O.; RODRIGUES, C.P.; CHEDA, J.N.D.; MOTA, L.B.T.; VERAS, A.B. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J Bras Psiquiatr.**, v.59, n.4, p.317-321, 2010.
- PENSO, M.A.; PEREIRA, S.E.F.N. Prevenção ao uso de drogas: o desafio da construção das redes de proteção para crianças e adolescentes. In: SILVA, G.L. **Drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Rocca, 2010. p.37-49.
- PICCOLO, D.F.; LEAL, A.F. Aspectos socioculturais do uso de substâncias psicoativas na juventude. In: SILVA, E.A.; MICHELI, D. **Adolescência. Uso e abuso de drogas: uma visão integrativa**. São Paulo: Fap-Unifesp, 2011. p.183-208.

- PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.25, n.2, p. 203-211, abr-jun 2009.
- ROCHA, R.M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto Contexto Enferm**, v.14, n.3, p.350-357, 2005.
- RODRIGUES, R.M.; SCHNEIDER, J.F. A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico. **Rev.latinoam. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 33-40, 1999.
- ROSSELÓ, F.T. **A antropología do cuidar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- SANCHEZ, Z.M.; NAPPO, S.A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.2, p.265-72, 2008.
- SANTOS, C.E.; COSTA-ROSA, A. A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos. **Estudos de Psicologia I**, Campinas. v.24, n.4, p. 487-502, 2007.
- SANTOS, M.A.; PRATTA, E.M.M. Adolescência e uso de drogas à luz da psicanálise: sofrimento e êxtase na passagem. **Tempo psicanalítico**. Rio de Janeiro, v. 44.i, p. 167-182, 2012.
- SILVA, J.A.; SANTOS, R.A. Viva sem drogas: “uso de drogas na adolescência”. **Anais eletrônicos da I CIEGESI/ I Encontro científico do PNAP/UEG**. Goiânia, p.806-812, 2012.
- SOARES C.B.; CAMPOS C.M.S.; BERTO J.S.; PEREIRA E.G. Avaliação de ações educativas sobre consumo de drogas e juventude: A práxis no trabalho e na vida. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 43-62, 2011.
- SOARES, A.N.; REINALDO, M.A.S. Oficinas Terapêuticas para hábitos de vida saudável. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**. V.14, n.2, p. 391-398, 2010.
- SOBELL, L.C.; SOBELL, M.B. **Terapia de grupo para transtornos por abuso de substâncias: abordagem cognitivo-comportamental motivacional**. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- SCHNEIDER, D.R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p.687-698, 2010.
- SCHNEIDER, D.R.; LIMA, D.S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 2, p. 168-178, 2011.
- SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.707-717, 2005.
- SCHUTZ, A. **Fenomenologia e relações sociais**. Edição e organização Helmut T.R. Wagner; Tradução de Raquel Weiss. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.
- _____. **Estudios sobre teoria social**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2012.
- _____. **El problema de la realidad social**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2008.
- SCHUTZ, A.; LUCKMANN, T. **Las estructuras del mundo de la vida**. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2009.

SOARES, R.D.; VILLELA, J.C.; BORBA, L.O.; BRUSAMARELLO, T.; MAFTUM, M.A. Papel de equipe de enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial. **Esc Anna Nery (impr.)**, v.15, n.1, p.110-115, 2011.

TORRES, A.C. Oficinas e adolescentes em uso e abuso de drogas: o que se trata aqui? In: FERREIRA, T. **Caderno de saúde mental. Saúde Mental: transmitindo experiências**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, v.4, 2011.

TRAD, S. N. S. **A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do proibicionismo à redução de danos e seus reflexos nas políticas locais**. 2010. 299f. Tese (Doutorado) - Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, Espanha.

WASHTON, A.M.; ZWEBEN, J.E. **Prática psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

UNODC. **Informe Mundial sobre las Drogas**. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), Áustria, 2012.

VASCONCELLOS, V. C. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v.6, n.1, art.14, p.1-16, 2010.

ZAPPE, J.G.; DIAS, A.C.G. Adolescência, drogas e violência: um estudo de casos múltiplos. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.30-36, 2012.

9 ANEXO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Governo do Estado do Ceará
Fundação Universidade Estadual do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UECE
 Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi
 CEP 60.740-000 - Fortaleza-Ce
 Fone: (085) 3101.9890 - E-mail: cep@uece.br



Fortaleza, 30 de setembro de 2011

IDENTIFICAÇÃO

Título: "Cuidado clínico à criança e ao adolescente usuário de crack – abordagens terapêuticas e modelos de prevenção".

Processo: 11042449-2

Folha de rosto: 405370

Pesquisador responsável: Ana Ruth Macedo Monteiro.

Instituição responsável: UECE

Área temática: Cuidados Clínicos e Enfermagem

RESUMO

O objetivo geral é avaliar a prevalência do uso/abuso de crack em crianças e adolescentes que são assistidos pelos centros de atenção Psicossocial infanto-juvenil- CAPSi no estado do Ceará, que buscaram atendimento como usuários de álcool e outras drogas, bem como, as abordagens terapêuticas utilizadas por esses serviços para essa clientela. Estudo descritivo exploratório de corte transversal que abordará a prevalência do uso/abuso de crack em crianças e adolescentes que são assistidos pelos centros de atenção psicossocial infanto-juvenil- CAPSi no estado do Ceará, que buscaram atendimento para álcool e outras drogas, bem como, as abordagens terapêuticas utilizadas por esses serviços para essa clientela. Esta investigação terá como loci os cinco Centros de atenção psicossocial infanto-juvenil- CAPSi no estado do Ceará. Dois desses serviços estão situados na cidade de Fortaleza (Secretaria Executiva Regional- SER.III e IV) e três no interior do estado. A pesquisa incluirá todas as crianças e adolescentes que são assistidos pelos centros de atenção psicossocial infanto-juvenil- CAPSi no estado do Ceará, que buscaram atendimento para álcool e outras drogas, bem como, os profissionais que desenvolvem ações terapêuticas com esses sujeitos. Participarão do estudo as crianças e adolescentes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: terem iniciado o tratamento no CAPSi para uso/abuso de crack e outras drogas, possuírem prontuário aberto no serviço. Quanto aos critérios de exclusão: crianças e adolescentes que estejam em tratamento por situação de sofrimento psíquico não relacionado ao crack e outras drogas. Quanto aos critérios de inclusão dos profissionais serão aqueles que desenvolvem atividades/ações terapêuticas junto a esses usuários dentro do CAPSi. Serão excluídos os profissionais que trabalham no CAPSi que não fazem nenhum tipo de assistência a essas crianças e adolescentes ou que estejam trabalhando na instituição há menos de três meses. Para a coleta de dados serão utilizadas: entrevista semi-estruturada, o grupo focal e o formulário. Todas as entrevistas e grupo focal serão registrados em áudio, transcritas na íntegra e autorizadas pelos participantes e/ou seus representantes legais. Após transcrição, os depoimentos serão apresentados aos sujeitos do estudo para avaliarem as suas falas e confirmarem ou complementarem os seus discursos. O orçamento está explícito, importando em R\$ 83.073,20, sendo financiado pelo MCT/CNPQ/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT. O cronograma está atualizado. Foram apresentados TCLEs para os profissionais de saúde e para as crianças e os adolescentes.

PARECER

O projeto está bem estruturado, é relevante, havendo retorno para o sujeito e a comunidade. Ele atende aos ditames da resolução 196/96 do CNS, e, portanto para ser aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da UECE, foram resolvidas as pendências em 14 de setembro de 2011.

O relatório final deverá ser apresentado ao CEP.

Profª. Dra Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro
 Coordenadora do CEP/UECE



10 APÊNDICE

10.1. Termo de consentimento livre e esclarecido

O(A) Sr.(a) está sendo convidado a participar da pesquisa que tem por título: Cuidado a usuários de drogas no Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil, que tem como objetivo geral conhecer o cuidado realizado pelos profissionais dos CAPSi, e específicos descrever as percepções dos profissionais dos CAPSi sobre o uso de álcool e outras drogas na infância e na adolescência; identificar como os profissionais percebem a prática desenvolvida pelos CAPSi a usuários de álcool e outras drogas e descrever as abordagens terapêuticas, tecnologias de acolhimento e as intervenções realizadas pelos profissionais do capsi aos usuários de álcool outras drogas.

Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre os objetivos acima descritos, que poderá ser gravada se o(a) Sr.(a) concordar. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que participarem. Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo, e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o(a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa, e os resultados poderão ser divulgados em revistas especializadas e/ou encontros científicos, sempre resguardando a sua identidade.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando assim acharem mais conveniente.

Contatos com o(s) pesquisador(es) pelos telefones (85)99455899, (85)88276025 e endereço: Rua Joaquim de Figueiredo Filho, 79- Cambéba- Fortaleza- Ceará.

O Comitê de Ética da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (85)3101-9890 – Endereço: Av. Paranjana, 1700 – Campus do Itaperi – Fortaleza-Ceará. Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____,

tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

10.1. Instrumento de coleta de dados**QUESTÕES NORTEADORAS:**

Como você vê a questão do uso de álcool e outras drogas pelas crianças e adolescentes?

Como é o cuidado que você realiza com os usuários de álcool e outras drogas que são atendidos no CAPSi?