



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

LOURDES SUELEN PONTES COSTA

**ADOLESCENTES QUE FAZEM ABUSO DE CRACK NO CONTEXTO DAS REDES
FORMAIS E INFORMAIS DE APOIO: CONSTRUÇÃO DE ITINERÁRIOS
TERAPÊUTICOS**

FORTALEZA - CEARÁ

2015

LOURDES SUELEN PONTES COSTA

ADOLESCENTES QUE FAZEM ABUSO DE CRACK NO CONTEXTO DAS REDES
FORMAIS E INFORMAIS DE APOIO: CONSTRUÇÃO DE ITINERÁRIOS
TERAPÊUTICOS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^o Dr^o Paulo Henrique Dias Quinderé

FORTALEZA – CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Costa, Lourdes Suelen Pontes.

Adolescentes que fazem abuso de crack no contexto das redes formais e informais de apoio: construção de itinerários terapêuticos [recurso eletrônico] /

Lourdes Suelen Pontes Costa. - 2015.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 121 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2015.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé.

1. Cocaína/Crack. 2. Adolescentes. 3. Itinerário Terapêutico. I. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

Centro de Ciências da Saúde – CCS

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC

Av. Silas Munguba, nº 1700 – *Campus* do Itaperi – CEP: 60740-000 – Serrinha
Fortaleza – Ceará – Brasil / Fone: (85) 3101-9826

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: **“Adolescentes que fazem Abuso de Crack no Contexto das Redes Formais e Informais de Apoio: construção de itinerários terapêuticos”**

Nome da Mestranda: **Lourdes Suelen Pontes Costa**

Nome do Orientador: Profº Drº Paulo Henrique Dias Quinderé

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM “POLÍTICA, GESTÃO, AVALIAÇÃO EM SAÚDE E HUMANIDADES”.

BANCA EXAMINADORA:

Profº Drº Paulo Henrique Dias Quinderé - Orientador

Profª Drª Maria Salete Bessa Jorge - 1º membro

Profª Drª Sílvio Yasui - 2º membro

Data da defesa: 08/12/2015

Aos meus pais, pois sem eles eu nada seria!

AGRADECIMENTOS

A Deus.

Ao Professor Paulo Henrique Dias Quinderé, pelo aprendizado proporcionado.

Ao corpo docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, em especial, a Professora Maria Salete Bessa Jorge.

Aos meus pais, pelo apoio constante.

Ao meu namorado, Rafael pela compreensão.

As minhas eternas amigas, Jamine Borges e Maria Raquel que sempre estiveram presentes.

As novas amigas que conquistei ao longo dessa caminhada, Thalita Rimes e Aline Teles

Aos meus colegas de turma.

Aos funcionários, a Dona Maria por sua solicitude, a Cristina e Mairla pelo apoio.

“Bom, como dizem, eu vim do gueto. E, quando pensamos nestas comunidades, logo pensamos naquela imagem de lugares devastados pelo abuso de drogas: eu acreditei nessa narrativa por muito tempo. Na verdade, eu tenho estudado as drogas há 23 anos; e por 20 acreditei que as drogas eram o problema das comunidades. Mas quando eu comecei a olhar com mais cuidado, quando comecei a olhar as evidências de maneira mais cuidadosa, ficou claro para mim que as drogas não eram o problema. O problema era a pobreza, a política anti-drogas, a falta de empregos - um leque variado de coisas. E as drogas eram apenas um componente que não contribuía tanto quanto os outros que citei anteriormente”.

(Carl Hart)

RESUMO

O uso de substâncias psicoativas perpassa as civilizações humanas desde os primórdios e perdura até os dias atuais, contudo ao longo da história as percepções das relações que o ser humano desenvolveu como essas substâncias psicoativas sofreram alterações, à medida que foram sendo influenciadas por questões sócio-histórico-culturais. Com o uso desorganizado, característico da contemporaneidade, começa a ocorrer alterações nas estruturas de vida do usuário, assim, inicia-se uma trajetória de busca por cuidado. Assim, objetivou-se compreender o itinerário terapêutico dos adolescentes com problemas relacionados ao uso do *crack* a partir das redes sociais de apoio formais e informais. Trata-se uma pesquisa qualitativa, na qual participaram 25 adolescentes usuários de crack e outras drogas que estavam inseridos em instituições como SOPAI, comunidade terapêutica, unidade de acolhimento, albergue e abrigo. Utilizou-se a técnica da entrevista semiestruturada. A análise do material empírico baseou-se na hermenêutica de Paul Ricouer. Foram respeitadas as questões éticas conforme a Resolução 466/2012, bem como contou a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE sob o nº 634.127. Assim, a trajetória terapêutica tem início por meio da ajuda familiar, porém esta às vezes não é suficiente, e com isso o seu desenrolar dar-se juntamente a partir do acesso aos serviços como CAPS, CPDrogas, CRD, Conselho Tutelar, Albergue, Hospital Mental de Messejana (HMM) e ainda por meio de intervenção do Poder Judiciário. Este último, por sua vez, realiza articulações principalmente para encaminhamentos para abrigos, comunidades terapêuticas, além de tratamento compulsório, tanto em hospitais como nos serviços substitutivos de referência, além das questões infracionais, como roubos, furtos e tráfico de drogas. Assim, pode-se perceber que, durante a construção de suas trajetórias terapêuticas, os adolescentes procuram ajuda em diversas instituições que fazem parte das arenas popular, profissional e *folk*. No entanto, possuem diferentes representações para os adolescentes a depender de como são desenvolvidas as estratégias de cuidado. Assim, destaca-se a família como sendo a rede social primária, na qual os membros familiares são a quem inicialmente o adolescente recorre. Além dessa, são as instituições secundárias formais (CAPS, SOPAI e Hospital Mental) e informais, igrejas e benzedadeiras, bem como, de terceiro setor como a unidade de acolhimento e o abrigo que são parcerias do poder público com uma ONG, assim como a comunidade terapêutica. Assim, percebe-se o desenvolvimento de um movimento de contrarreforma psiquiátrica, uma vez que a principal alternativa terapêutica é a internação.

Palavras – chave: cocaína/crack; adolescente; itinerário terapêutico.

ABSTRACT

The use of psychoactive substances permeates human civilizations since the dawn and lasts until today, but throughout history the perceptions of relationships that human beings developed as these psychoactive substances have changed, as they were being influenced by socio-issues historical-cultural. With disorganized, characteristic use of contemporaneity, begins to be changes in the user's life structures thus begins a search for care trajectory. Thus, this study aimed to understand the therapeutic itinerary of adolescents with problems related to the use of crack from the social networks of formal and informal support. This is a qualitative research, in which 25 teenagers crack and other drugs that were placed in institutions as Sopaí, therapeutic community, host unit, hostel and shelter. We used the technique of semi-structured interview. The analysis of empirical data was based on Paul Ricoeur's Hermeneutics. The study followed the ethical issues under Resolution 466/2012, and included the approval of the Ethics Committee of the UECE under n°. 634.127. Thus, the therapeutic course begins through family help, but this is sometimes not enough, and that its proceedings be given together from access to services such as CAPS, CPDrogas, CRD, Guardianship Council, Hostel, Hospital mental Messejana (HMM) and also by the judiciary intervention. The latter, in turn, makes joints especially for referrals to shelters, therapeutic communities, and compulsory treatment, both in hospitals and in substitutive service reference, in addition to infractional issues such as theft, robbery and drug trafficking. Thus, one can see that during the construction of its therapeutic trajectories, teenagers seeking help in various institutions that are part of the popular arenas, professional and folk. However, they have different representations for teens depending on how the care strategies are developed. Thus, there is the family as the primary social network, in which family members are who initially adolescent uses. In addition to this, are the formal secondary institutions (CAPS Sopaí and Mental Hospital) and informal, churches and faith healers, as well as the third sector as the unit of care and shelter that are government partnerships with ONGs, as well as therapeutic community. Thus, one sees the development of a movement of psychiatric contrarreforma, since the major therapeutic approach is the internment.

Key words: cocaine / crack; teen; therapeutic itinerary

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Sistema de atenção à saúde.....	31
Figura 2 - Fluxo da rede de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.....	39
Figura 3 - Divisão territorial do município de Fortaleza.....	42
Figura 4 - Mapa do território da SR IV.....	44
Figura 5 - Itinerário da pesquisa.....	50
Figura 6 - Distribuição dos adolescentes por idade.....	52
Figura 7 - Distribuição dos adolescentes por escolaridade.....	52
Figura 8 - Tempo de permanência na instituição.....	53
Figura 9 - Tempo de atuação na gestão.....	55
Figura 10 - Trajetórias Terapêuticas de adolescentes usuários de crack.....	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos participantes do estudo e seus critérios de seleção.....	51
Quadro 2 - Características dos participantes do Grupo II.....	54
Quadro 3 - Objetivos do estudo e técnicas de coleta de dados.....	56
Quadro 4 - Primeiro momento de análise - compreensão <i>naive</i>	58
Quadro 5 - Segundo momento de análise - compreensão profunda.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CPDrogas	Coordenadoria Especial sobre Drogas
CRD	Centro de Referência sobre Drogas
CT	Comunidade Terapêutica
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA	Educação de Jovens e Adultos
NAIA	Núcleo de Atenção à Infância e Adolescência
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PRD	Programa de Redução de Danos
SOPAI	Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza
SPA	Substância PsicoAtivas
SR	Secretarias Regionais
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	O ENCONTRO DO PESQUISADOR COM O OBJETO DE ESTUDO.....	13
1.1	O ENCONTRO DO PESQUISADOR.....	13
1.2	OBJETO DE ESTUDO E SUAS INTERFACES.....	14
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	GERAL.....	19
2.2	ESPECÍFICOS.....	19
3	O FENÔMENO DAS DROGAS E IMPLICAÇÕES RELACIONADAS COM O ABUSO DE <i>CRACK</i>.....	20
4	ADOLESCÊNCIA NO CONTEXTO DAS DROGAS: FORMAÇÃO, CONTEXTO E CULTURA.....	25
5	O PAPEL DAS REDES SOCIAIS DE APOIO FORMAL E INFORMAL PARA A CONSTRUÇÃO DE ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.....	29
6	MÉTODO.....	40
6.1	TIPO E NATUREZA DO ESTUDO.....	40
6.2	OPÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA.....	40
6.2.1	Hermenêutica Fenomenológica.....	40
6.3	CAMPO DA PESQUISA.....	42
6.3.1	Entrada em campo.....	44
6.3.2	O itinerário da pesquisa.....	45
6.3.2.1	<i>O início: os serviços de referência.....</i>	<i>45</i>
6.3.2.2	<i>O terceiro setor: unidades de acolhimento e abrigamento.....</i>	<i>46</i>
6.3.2.3	<i>O hospital mental.....</i>	<i>47</i>

6.3.2.4	<i>Os serviços de assistência social.....</i>	47
6.3.2.5	<i>A comunidade terapêutica.....</i>	49
6.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	50
6.5	FONTE E TÉCNICA DE COLETA DE INFORMAÇÕES.....	55
6.6	PLANO DE ANÁLISE.....	57
6.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	59
7	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	61
7.1	PARA ALÉM DO BEM E DO MAL: IMPLICAÇÕES ACERCA DO USO DE	
7.2	CRACK POR ADOLESCENTES.....	61
7.3	TODOS OS CAMINHOS LEVAM A INTERNAÇÃO: O ITINERÁRIO	
	TERAPÊUTICO DE ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK NAS REDES	
	ASSISTENCIAIS DE APOIO.....	71
	APREENSÕES ACERCA DO SENTIR-SE CUIDADO A PARTIR DO	
	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE ADOLESCENTES USUÁRIOS DE	
	CRACK.....	90
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
	REFERÊNCIAS.....	103
	APÊNDICES.....	110
	CRONOGRAMA.....	119
	ORÇAMENTO.....	120

1 ENCONTRO DO PESQUISADOR COM O OBJETO DE ESTUDO

1.1 APROXIMAÇÃO DO PESQUISADO COM O OBJETIVO

Durante a trajetória de ensino-aprendizagem no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará foi oportunizado ter aproximação com algumas experiências tanto curriculares como extracurriculares, como atividades teórico-práticas em serviços de saúde, além de participar de Programas de Educação pelo Trabalho para à Saúde, através de atividades desenvolvidas na Atenção Primária, tanto em Fortaleza como em Maracanaú.

Contudo, ao ingressar no Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE), foi o momento no qual tive maior contato com a pesquisa, principalmente, com as discussões que envolviam as questões relacionadas ao campo da saúde da coletiva.

Após ingresso no GRUPSFE, participando de projetos que envolviam diversas temáticas, tais como, a formação dos profissionais em saúde, os desafios da resolubilidade para a produção do cuidado, a gestão do cuidado e atenção clínica em saúde e enfermagem, além um projeto que tratou dos aspectos envolvidos acerca da problemática do uso de *crack*. Sendo, este o primeiro contato com o temário de drogas.

A inserção nas atividades e a formação de vínculos no GRUPSFE nos possibilitou intensificar as discussões e ampliar o conhecimento sobre temas relevantes para a saúde coletiva, por meio de estudos acerca dos avanços, retrocessos, desafios e continuidades que permeiam a consolidação do SUS, além de uma aproximação a temática do uso de *crack* e suas implicações para a saúde coletiva.

Além dessas experiências no âmbito da pesquisa, durante o último período do curso de Graduação em Enfermagem, por meio da disciplina “Internato II” nos foi oportunizado participar de atividades em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral, durante o período que estivemos no serviço nos foi possibilitado uma maior aproximação com as práticas de cuidado desenvolvidas com os pacientes portadores de transtornos mentais, e nessa ocasião foi possível participar de alguns atendimentos e encaminhamentos de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Na ocasião dessa mesma disciplina (Internato II), durante o período no qual estávamos no Hospital Geral de Fortaleza (HGF) no setor direcionado para assistência de criança e adolescentes, um caso em especial, ganhou destaque na unidade. Tratava-se de um

adolescente morador de um dos bairros da periferia próximo ao hospital, que estava hospitalizado em decorrência de um processo infeccioso que emergiu devido a perfurações anteriores por arma de fogo. A presença desse adolescente na unidade causava medo nos profissionais, pois o mesmo era tido como usuário de drogas, que muitos pressuponham ser o *crack*, além disso, durante na unidade a sua permanência no setor houve um reforço no serviço de segurança, o que aumentava o clima de medo no setor.

Além desse contato inicial com os serviços assistenciais em saúde, ao realizar o trabalho de conclusão de curso, no qual houve uma maior aproximação com a temática das redes assistenciais em saúde, em particular a rede de saúde mental. Em decorrência disto, ao final do trabalho algumas questões emergiram, principalmente, no sentido de compreender como os usuários de saúde mental percebem a conformação da rede de saúde mental.

Ademais, ao ingressar no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, tive maior contato com questões relacionadas a esse campo de atuação bem como, a temática das drogas, com maior destaque para o *crack*. Dessa forma, através da inserção no projeto intitulado “Uso e consumo de *crack* por adolescentes: enfrentamentos e empoderamentos na interface com a cultura, políticas públicas e redes assistenciais e sociais de apoio”, foi-me oportunizado a realização de um recorte do mesmo tendo com foco nas redes sociais de apoio e na construção de itinerários terapêuticos para a realização desta dissertação.

1.2 OBJETO DE ESTUDO E SUAS INTERFACES

O uso de substâncias psicoativas acompanha a humanidade desde os primórdios e perdura até os dias atuais, no entanto ao longo da história as percepções das relações que o ser humano desenvolveu com essas substâncias sofreram alterações, à medida que foram sofrendo influências de questões sócio-histórico-culturais, passando de posição divina (vista como uma forma de estabelecer relações com os deuses) para algo que tem a capacidade avassaladora de desestruturar a vida de quem a utiliza.

Mesmo sendo uma prática antiga, em tempos mais recentes, a droga ganhou destaque em debates entre vários segmentos sociais, uma vez que também é atual a sua percepção como algo problemático. Sendo na passagem do século XIX para o século XX que a droga passa a ser percebida como um fenômeno eminentemente contemporâneo (GONÇALVES, 2013).

Nesse sentido, o *crack* vem ganhando destaque na sociedade por ser uma droga que vem sendo bastante consumida, principalmente por jovens e adolescentes, além de

possuir características físico-química, que podem vir a ocasionar problemas de saúde, além do seu baixo valor financeiro, o que facilita a sua aquisição.

O *crack* é um preparado sólido e volatilizável, insolúvel em água, o que impede a sua absorção por outra via que não seja a fumada. É produzido a partir do cloridrato de cocaína diluído em água acrescido de bicarbonato de sódio (ou amônia) que após o aquecimento se transforma em *crack*. O cloridrato de cocaína é obtido a partir da transformação das folhas de coca em uma pasta, misturando-a com querosene e macerando logo em seguida a mescla com ácido sulfúrico diluído (ALARCON, 2014).

Em um estudo realizado por Ribeiro, Sanches e Nappo (2010) foram sugeridas três categorias que envolvem os riscos decorrentes do uso de *crack* relacionadas aos efeitos psíquicos; as complicações físicas; questões da ilegalidade que permeiam a droga. Na primeira, estavam associados especialmente aos quadros de fissura e paranóia, que em decorrência destes ocasionavam lesões físicas (devido a brigas) comportamento sexual arriscado, perda de vínculos. Já a segunda categoria diz respeito às questões como overdose, emagrecimento e insônia. E por fim, a terceira está associada principalmente à violência no local de venda de drogas, originada tanto do grupo de traficantes quanto da polícia.

Uma questão que está bastante relacionada ao uso do *crack*, diz respeito ao envolvimento precoce de adolescentes com a substância, pois na maioria das vezes, é nessa fase da vida em que há o primeiro contato com a substância. A partir disso, utilizou-se as concepções propostas por alguns autores, principalmente, Silva *et al* (2010), Tomm e Roso (2013), Silva *et al* (2014), que foram importantes para a construção desse trabalho.

Dessa forma, pode-se observar através de um estudo realizado por Silva *et al* (2010), em uma escola pública em Fortaleza, no qual os adolescentes referiram que o uso de drogas se dá devida a desinformação, curiosidade, insatisfação com a vida, insegurança, despersonalização, frustrações e fácil acesso.

Através de um trabalho realizado em um Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento de pacientes com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas (CAPS ad), apreende-se que dentre aqueles que tiveram contato inicial com as substâncias psicoativas até 14 anos de idade, quando comparados os adolescentes (12 - 19 anos) e os jovens (20 - 24 anos) ocorre a predominância no consumo de tabaco e de substâncias ilícitas, de maneira escalonada, maconha, cocaína, *crack*, entre os adolescentes. Já aqueles que iniciaram o consumo de substâncias psicoativas depois dos 14 anos, foi observado que ocorre

iniciação mais precoce de *crack* entre adolescentes na faixa dos 15-19 anos, se comparados aos jovens (SILVA *et al*, 2014).

Tomm e Roso (2013) reforçam as ideias propostas por Silva *et al* (2010), por meio de um estudo realizado em um Centro de Atenção Psicossocial voltado para atender à infância e adolescência (CAPS i), ao proporem que o início do uso das drogas é um evento que define, para os adolescentes que participaram do estudo, o que seria o ponto de partida do caminho das pedras, o desvio da vida “normal”. Em alguns relatos dos adolescentes, foi possível encontrar alguns elementos que parecem precipitar, em algumas situações, o início do uso e o retorno ao mesmo, como por exemplo, a ansiedade, falta de apoio familiar, influência de amigos, o local de moradia, a condição financeira, além de experiências pessoais e hábitos de consumir outras substâncias, como álcool ou maconha.

Dessa forma, pode-se pensar que o que se estabelece a partir desse encontro com a droga é “o caminho das pedras”, (que apesar de difícil como a expressão sugere), é um caminho que tem condições de ser percorrido no qual os adolescentes podem andar. Contudo, o mesmo também pode ser percebido não apenas como um desvio, mas como uma parte da vida desses indivíduos. Assim, justificaria, pensar que talvez o *crack* não seja a “pedra no caminho”, mas sim o “caminho das pedras”, no qual o adolescente pode, por algum momento, passar, o que não estabelece necessariamente o fim do caminho, mas um trecho com algumas pedras que faz parte da trajetória maior da vida (TOMM; ROSO, 2013).

Diante desse contexto, percebe-se que a partir do momento em que começam a ocorrer alterações nas estruturas de vida desse adolescente e o desenvolvimento de problemas decorrentes do uso da droga, dar-se início a uma trajetória de busca por cuidado na qual as instituições, tanto de natureza formal e informal, desempenham importante papel.

Nesse sentido, quando se faz a proposição de estudar as questões envolvidas nessa trajetória de cuidado, utiliza-se a definição proposta por Gerhardt (2006) na qual itinerário terapêutico pode ser visto como sinônimo de busca por cuidados terapêuticos, uma vez que procura descrever e analisar os caminhos percorridos por indivíduos na tentativa de solucionar o problema de saúde, dando atenção às práticas individuais e socioculturais.

Dessa forma, mesmo com os avanços tecnológicos, a saúde, a doença e o tratamento continuam sendo elementos influenciados diretamente por crenças, percepções, religiosidade, hábitos tradicionais e relações de poder. Neste contexto, a população transita entre os âmbitos populares e profissionais de saúde, construindo itinerários terapêuticos a

partir de sua própria experiência em cuidados de saúde, (re) interpretando práticas e informações veiculadas no âmbito dos serviços de saúde, na comunidade e no modelo social vigente (GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012).

Distante de ser exclusividade da área médica, as práticas de saúde dependem da complexidade da realidade cultural em que se dão, marcando o pensar e o fazer por diversas 'racionalidades' na gerência dos recursos (LEITE; VASCONCELLOS, 2009).

O conhecimento sobre itinerários dos indivíduos em busca de atenção à saúde pode contribuir para a compreensão sobre o comportamento em relação ao cuidado e à utilização de serviços de saúde. A análise do itinerário terapêutico não pode se limitar a identificar a disponibilidade de serviços, seus modelos explicativos e a utilização que as pessoas fazem desses recursos, uma vez que tais elementos são insuficientes para compreender o processo de busca por cuidado (PONTES *et al*, 2008)

Assim, diante do que foi elucidado, entende-se que as práticas de cuidado não se restringem as ações e serviços presentes na rede de assistência à saúde. A busca por cuidado é processo contínuo e que envolve atores e instituições que podem ter um caráter tanto formal como informal. Assim, as redes sociais de apoio (formal e informal) ganham papel de destaque nesse processo.

Para isto, acredita-se que as redes sociais têm como elemento básico, a questão de serem abertas e dinâmicas, ou seja, são caracterizadas pelo inacabamento, estão em permanente construção e têm como princípio básico a conectividade (CUSTÓDIO, 2010; MORÉ, 2005; ORLANDI, 2011). Desse modo, Leonidas (2012) compreende que as redes sociais tornam viáveis trocas efetivas entre um indivíduo e os integrantes de organizações coletivas, sendo por meio dessas trocas que os recursos desses grupos são utilizados de forma a facilitar a resolução de conflitos e a satisfação de necessidades do indivíduo.

Neste sentido, a construção da rede de usuários de *crack* é determinada de acordo com a identidade de cada sujeito dentro da sua situação de vida, assim, a representação e a interpretação das relações em rede estão fortemente ligadas à realidade que o cerca, sendo fortemente influenciada pelo contexto social de cada indivíduo (CRUZ *et al*, 2012).

Com isso, entende-se que há necessidade de uma visão mais ampla das redes contextuais como um todo, que incluem as diferentes formas da existência social que faz com que as pessoas criem suas “culturas alternativas” para lidar com situações diversas e adversas (CRUZ *et al*, 2012).

Assim, diante do exposto, percebe-se que o uso de drogas na adolescência tem sido um tema gerador de interesse para a saúde coletiva devido às implicações sociais, coletivas e de saúde envolvidas, o que tem mobilizado esforços, no sentido de uma melhor compreensão do fenômeno através da produção de conhecimento, e dessa forma contribuir para o desenvolvimento de alternativas que possam auxiliar na melhoria da qualidade de vida dos usuários de *crack*, em especial os jovens.

Portanto, depreende-se que tal estudo se torna importante, visto que é preciso que haja uma maior compreensão de como os adolescentes com problemas decorrentes do uso do *crack* constroem as suas trajetórias de cuidado diante das possibilidades que estão ao seu alcance, dando importância tanto para as instituições de caráter formal como informal, além de poder contribuir para a melhoria da assistência através da conformação de uma rede interligada.

A partir dessa problemática apresentada, emergiram alguns questionamentos acerca dessa temática: Quais as redes de apoio formais e informais utilizadas pelos usuários? Como os adolescentes com problemas relacionados ao uso de *crack* constroem seus itinerários terapêuticos a partir de suas redes de apoio social formal e informal? Quais são as estratégias de cuidado por eles desenvolvidas? Quais as representações que os adolescentes possuem em relação as redes sociais de apoio formal e informal e como elas podem ser compreendidas no cuidado a esses adolescentes com problemas oriundos do uso do *crack*?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Compreender o itinerário terapêutico dos adolescentes com problemas relacionados ao uso do *crack* a partir das redes sociais de apoio formais e informais

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as representações que os adolescentes tem em relação as redes sociais acessadas.
- Analisar as redes sociais de apoio acessadas pelos adolescentes usuários de *crack*.
- Desvelar como ocorre o início do uso de crack por adolescentes e seus itinerários terapêuticos.

3 O FENÔMENO DAS DROGAS E IMPLICAÇÕES RELACIONADAS COM O ABUSO DE CRACK

Durante toda a sua história, a humanidade sempre desenvolveu uma relação com as substâncias psicoativas, em diferentes culturas. Ainda que indiquem para um consumo diferenciado do atual, marcam a relação existente entre os seres humanos e a procura por diversos tipos de substâncias, em diferentes contextos, com objetivos e motivações distintas, como problema ou doença, ou como uma solução ou até mesmo a cura, correspondendo a uma prática humana milenar e universal (BUCHER, 1992).

Essa prática se desenvolveu em variados grupos sociais, contextos culturais e funções específicas ao longo de vários momentos históricos, ou seja, acompanha a humanidade em todo o seu percurso. Contudo, a droga nem sempre foi atrelada, como é nos dias atuais, a algo nocivo à sociedade e aos seus indivíduos. Em várias culturas antigas, o uso de algumas substâncias era permitido e até mesmo estimulado, sendo que era regulamentado socialmente (TOMM; ROSS, 2013).

Na parte ocidental do mundo, a partir da metade do século XIX, torna-se perceptível uma intensificação do uso de drogas, bem como a diversidade das substâncias, além das múltiplas maneiras de utilização e da heterogeneidade dos grupos e classes sociais que passam a fazer uso dessas substâncias. Com efeito, essa questão passa a ser de interesse generalizado, e é visto como um problema social que deve merecer atenção particular no âmbito penal, médico e sociocultural (MEDEIROS, 2014).

Nesse sentido, Raupp (2011) propõe que a partir do início do século XX a circulação e os usos dessas substâncias passam a ser regulamentados, com algumas substâncias sendo permitidas e outras proibidas formalmente por serem consideradas ameaças à ordem social e estarem relacionadas a problemas de saúde, desordem e violência urbana.

Mesmo sendo uma prática que tem uma conotação histórica e cultural para existência humana e mostrar-se presente em todas as civilizações, a elevação do consumo de drogas deve-se, principalmente, ao fato de o consumo ritualístico em menores quantidades foi substituído pela produção, consumo e distribuição em grande escala, como um produto comercial (BRUSAMARELLO *et al*, 2008).

Tal fato pode ser, em parte, atribuído as transformações sociais, históricas e ideológicas pelas quais a sociedade passou ao longo do tempo, principalmente o mundo

ocidental, ocasionando a estruturação de uma sociedade contemporânea marcada por processos dinâmicos e efêmeros, com ênfase na produção e no consumo.

Assim, a sociedade contemporânea tem como atributo principal o crescimento dos centros urbanos industriais capitalistas, caracterizados por racionalidade, tecnologia e supervalorização do consumo, que, além de outros fatores, constituem importantes mecanismos de informação, intervenção e de controle de determinadas realidades sociais (MEDEIROS, 2014).

Quando se faz referência à questão das drogas na atualidade, isto é visto como um “problema”, contudo se comparado às questões como pobreza, acidentes de trânsito, guerras, entre tantos outros, tem relevância reduzida. Embora, tenha sido estruturado o “problema das drogas” como uma função importante para alterar o foco das questões estruturais, o que acabou por se torná-lo, paradoxalmente, em fator essencial para o estabelecimento da ordem social (MEDEIROS, 2014).

O mesmo autor supracitado propõe que problema social das drogas tornou-se central e ganhou destaque institucional a partir de discussões embasadas nas normas e nos ensinamentos cristãos, no puritanismo norte-americano, na inquietação da elite com os “comportamentos” e os “excessos” provocados pelas mudanças do estado de consciência dos indivíduos de determinadas classes e de certos grupos sociais (que eram considerados perigosos), além do incentivo ao uso de psicoativos farmacológicos.

Como proposta de enfrentamento ao problema das drogas foram estabelecidos modelos burocráticos institucionais e legislações específicas e rigorosas para o controle da produção, do comércio e do uso de determinadas substâncias. Para reformar essas medidas, o sistema médico ressaltou as consequências provocadas para a saúde do indivíduo, principalmente nos casos de dependências, e dos perigos para a sociedade. Tais medidas concorreram para o estabelecimento da construção do “problema das drogas”, com ênfase no campo da criminalização, visto como o dispositivo capaz de defender a sociedade, e que considerou o uso de algumas drogas como desvio e/ou transgressão da norma. Além disso, no âmbito da medicalização, o usuário dessas substâncias foi considerado portador de doenças mentais (MEDEIROS, 2014).

Assim, percebe-se que há uma tentativa de destacar, tanto do ponto de visto jurídico como médico, o indivíduo que faz uso de drogas como o desviante dos modelos de normalidade, enquadrando-o como infrator ou como enfermo.

Medeiros (2014) considera que intenção de “criar” o desviante é intencional e nelas estão envolvidos necessariamente aspectos políticos, isso pode ser melhor explicado por Becker (1971, p.19) que, ao estudar a categoria *outsiders*, considera que:

“os grupos sociais criam o desvio ao fazer as regras cuja infração constitui o desvio e ao aplicar tais regras a certas pessoas em particular, qualificam-nas de *outsiders*. Desse ponto de vista, o desvio não é uma qualidade do ato cometido pela pessoa, mas uma consequência da aplicação que outros fazem”.

Com isso, apreende-se que o desvio não é uma característica específica de certas categorias de pessoas, mas de uma variedade de contingências sociais influenciadas por aqueles que detêm o poder de conferir ao outro esse atributo (MEDEIROS, 2014).

Para Tomm e Roso (2013), os discursos atuais colocam em destaque a questão da droga (em si) se sobrepondo a relação que os usuários estabelecem com as drogas, em especial o *crack*. Porém, nos últimos anos o número de casos de usuários de *crack* está se expandindo ainda mais rapidamente, gerando um quadro de proporções preocupantes.

O *crack* teve origem nos Estados Unidos na década de 1980 e o relato do primeiro uso no Brasil é de 1989, aumentando paulatinamente seu consumo, principalmente pela sua localização na rota do tráfico internacional e o preço acessível a todas as classes sociais, tornando-se este um fator mais atrativo (SILVA, 2012).

As percepções da sociedade quanto às relações existentes entre o uso de substâncias psicoativas e suas implicações nas experiências humanas sofreram a influência do contexto sócio-histórico-cultural na aceitação ou repúdio ao consumo e nas alterações das vias e padrões de uso.

Para Escotado (1998), na cultura Inca a coca era considerada sagrada, sendo restrita apenas a casta sacerdotal e a oligarquia, sendo eventualmente concedida, em caráter de exceção a soldados, mensageiros e camponeses. Atuava como um suave tônico para a oligarquia e um lenitivo para a fome e o desgaste físico dos camponeses, ocasionado pelas elevadas altitudes da região andina. Assim, mascar coca sem autorização era considerado crime punido com rigor entre os Incas.

A partir do século XVII, a coca vai ganhando prestígio e se espalhando pela América, sendo eleita por um padre jesuíta com a "Pérola da América", pois teria aliviado os sofrimentos da população venezuelana pela escassez de alimentos e diminuído a fadiga dos soldados (ESCOHOTADO, 1998).

Após o reconhecimento de suas propriedades pelo meio científico, a cocaína passou a ser indicada para ser utilizada por via endovenosa e posteriormente intranasal ou sob a forma de unguentos, vinhos ou pastilhas. De uma forma geral, era considerada um remédio inócuo para o abatimento e vários outros males, cujas propriedades não causavam dano algum (RAUPP, 2011).

Mesmo com o entusiasmo, os efeitos negativos da cocaína acabaram por vir tona. Com a difusão do uso entre as classes baixas na Europa e pelos afro-americanos nos Estados Unidos acarretou por assustar as classes altas sobre seu potencial para causar dependência e problemas relacionados à saúde. Os alertas racistas no sul do país sobre os "ataques a mulheres brancas do Sul que são o resultado direto do cérebro enlouquecido por cocaína do negro" (Escohotado, 1998, p. 83), ocasionaram a regulação e, posteriormente, a proibição da substância.

Nesse sentido, talvez, a expressão "tentaculosa" seja a que melhor envolve a complexidade do tema em questão, razão pela qual o uso do *crack* tenha se tornado algo tão difícil de lidar, devido a sua multiplicidade, envolvendo questões tanto na área jurídica, as interações, as investidas psicológicas, as perspectivas que julgam a relação do usuário com a droga como repercussões de pobreza parecem isoladamente abordar eficientemente essa problemática do *crack* (TOMM; ROSO, 2013).

Dessa forma, é fundamental o entendimento de alguns modelos teóricos que foram estabelecidos para desvelar a relação da humanidade com as drogas, esses modelos auxiliam na compreensão das percepções presentes na atualidade sobre o fenômeno das drogas. Assim, percebe-se que a partir da década de 1970 tem-se início a produção de modelos teóricos que conduzem para uma maior compreensão do fenômeno do *crack*, relacionando questões como consumo, controle e regulação do seu uso. Mesmo apresentando algumas diferenças entre si, os modelos apresentam como referência a tríade: indivíduo, substância e contexto (TRAD; TRAD; ROMANÍ, 2013).

Trad, Trad, Romaní (2013), ao revistar os trabalhos de Castel e Coppel propõe que existe a necessidade de se buscar evitar a dicotomia em que se intricaram as políticas de Estado baseada na desordem do sujeito *versus* a ordem da lei e leva em conta os controles formais em distintos níveis, modos e instâncias de regulação, e assim, ao analisar os meios de controle os autores apontam para três modalidades: *heterocontroles* (instituições com dupla função, a defesa social ou da saúde pública e a proteção do indivíduo usuário de drogas, que é visto como incapaz de gerenciar o consumo e por isso, precisa de ajuda); *controle societário*

(atividades informais de regulação exercidas nas trocas entre os agentes sociais e os usuários de drogas); *autocontrole* (remete-se ao comportamento do usuário desenvolvido na regulação do uso e na manutenção de uma “boa relação” entre a pessoa, que faz uso da substância, e o meio social no qual está inserido).

Contudo, quando remete-se ao contexto atual, Trad, Trad, Romaní (2013) inspirado em estudos anteriores do antropólogo Oriol Romaní, que muito contribui para a temática das drogas, direciona que os modelos de percepção e gestão das drogas perpassam, principalmente, sobre três eixos: penal, médico e sociocultural, onde os dois primeiros fazem menção a direção e definição do “problema das drogas” sendo essenciais para os acordos internacionais, normas e organização do controle das drogas, predominando a visão da patologia e da delinquência. Para esse estudioso, existe um “fenômeno social total” que ultrapassa as barreiras da tríade (indivíduo, substância e contexto), uma vez que tal fenômeno pode ser visto a partir de três âmbitos inerentes a espécie humana, como: variedade genética (ressaltando os caracteres biológicos, fisiológicos e químicos); variedade psíquica (envolvendo o produto das experiências vividas de cada pessoa); variedade sociedade e cultura (percebida como elemento essencial para a sobrevivência).

Dessa forma, os autores acima orientam para a interrelação entre os três níveis, sendo que o tema central está na importância que é dado para cada nível. Na abordagem sociocultural apresentada, a essência humana está no campo social e em seus conflitos, nos campos psíquico e, finalmente, biológico.

Assim, diante do exposto, apreende-se que a questão das drogas como uma temática que envolve aspectos de natureza sociocultural, psíquica e biológica, e que os modelos teóricos proposto influenciam bastante a percepção dos usuários de drogas.

4 ADOLESCÊNCIA E DROGAS: FORMAÇÃO, CONTEXTO E CULTURA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 10% das populações dos centros urbanos, dentro de uma abordagem mundial, consomem abusivamente substâncias psicoativas, independente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, sendo o álcool a substância mais consumida (BRASIL, 2004). No Brasil, a relação de consumo dessas substâncias com os adolescentes e os jovens, mostra-se qualitativamente distinta, a partir de referências culturais e características particulares de comportamentos (SILBER; SOUZA, 1998).

O início do envolvimento com drogas ocorre principalmente na população de adolescentes e adultos jovens (SANCHEZ; NAPPO, 2002). Os levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de álcool e outras drogas entre os jovens no mundo e no Brasil demonstram que é na transição da infância para a adolescência que se inicia a experimentação e uso abusivo das drogas, tanto as lícitas quanto as drogas de abuso (MARQUEZ; CRUZ, 2002).

O período da adolescência é evidenciado como uma das faixas etárias com elevada e crescente incidência de usuários de drogas. Essa fase da vida é marcada por importantes e profundas transformações, as quais produzem desequilíbrios e instabilidades extremas (MOMBELLI; MARCON; COSTA, 2010). O adolescente tem dificuldades em receber orientações, pois está testando a possibilidade de ser adulto e ter o poder e controle sobre si mesmo; logo ao entrar em contato com as drogas neste período da vida acaba expondo-se a maiores riscos (MARQUES; CRUZ, 2002).

Adolescência é um termo que deriva do latim *adolescencia*, assim como *adolescere*, provém de *adolescere*, sendo que ambos os termos apontam para um crescer, desenvolver-se, sair da infância e ir em direção ao “mundo dos adultos”, delimitando etimologicamente a adolescência como o tempo da mudança. Considera-se que essas alterações ocorrem em diversas dimensões, não apenas no corpo do sujeito (por meio das mudanças pubertárias), mas também em sua subjetividade e nas suas relações com o mundo que o cerca (RAUPP, 2006).

Neste presente estudo, será considerado adolescente aquele que possui idade entre doze e dezoito anos de idade, uma vez que esta definição é baseada no que preconizado no Artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), (BRASIL, 1990).

Nessa fase intermediária entre a infância e a juventude, marcada por grandes transformações intrínsecas, o indivíduo passa por mudanças biopsicossociais e afloram

conflitos em virtude da maior labilidade emocional e da sensibilidade aumentada, o que confere ao sujeito que vive tal desenvolvimento certo desconforto. Dúvidas e questões emergem de várias ordens, desde como viver a vida, modo de ser, de estar com os outros, até a construção do futuro relacionado às escolhas. Essas características e situações fazem com que ele fique exposto a inúmeros riscos, dentre os quais se podem citar o uso de tabaco, álcool e outras drogas (ZEITOUNE *et al*, 2012).

Contudo, para autores como Áries (1981), os primeiros ensaios com o intuito de obter uma definição clara de adolescência surgiram apenas no século XVIII, com isso percebe-se que na civilização ocidental é apenas a partir da modernidade que pode-se encontrar o que hoje é caracterizado como adolescência. Nesse sentido, a adolescência pode ser vista como uma fase que só pode ser estabelecida a partir de certas condições culturais, ou seja, como um fenômeno ocidental moderno. Em nossa sociedade, ela seria o espectador dessa mudança, não apenas cultural, mas com repercussões subjetivas, que se produziu na mudança da sociedade tradicional à moderna.

Nesse sentido, para autores como Rassial (1997), o adolescente está situado em “posição de intervalo”, uma vez que não é mais percebido como uma criança e também não considerado adulto, com isso atravessa um período de indecisão subjetiva e de incerteza social que possui as características de uma verdadeira crise psíquica. Nesse ambiente envolvido por incertezas, de recapitulação de conflitos infantis e de procura por novas identificações, algumas vezes fora da família, os adolescentes estão particularmente vulneráveis ao envolvimento com drogas.

Na contemporaneidade, as características que ganham mais valor estão centradas na liberdade de escolha e, portanto, na impossibilidade de prender-se a algo, o que poderia ocasionar a impossibilitar de mudança frente ao surgimento de uma possibilidade mais atraente. Seguir sempre com a sensação de viver em um mundo repleto de oportunidades, onde pouco é predeterminado, e menos ainda irrevogável, e as possibilidades são infinitas, implica que nenhuma deve permanecer como uma realidade duradoura (RAUPP, 2006).

Entretanto, outra perspectiva que pode-se considerar a partir dessa propensão, está relacionada ao fato de que o mercado de consumo e a mídia vêm viabilizando a transformação da adolescência em modelos de consumo, considerando o adolescente como o indivíduo que melhor representa esse pensamento de fluidez e de máxima potência de ocupar-se da posição de afetar e ser afetado. Assim, por diversas questões, o adolescente não é apenas o consumidor referencial, mas um incentivador e disseminador de estilos para muitos adultos e

também para as crianças, ocasionando repercussões estéticas comuns entre pais e filhos (RAUPP, 2006).

Partindo-se dessa compreensão e contextualizando com as questões relacionadas ao uso de drogas, autores como Birman (1999) e Conte (2001) trazem consigo o pensamento de que na sociedade atual as drogas lícitas e ilícitas podem ser vistas como mais um produto incentivado pelo mercado de consumo, visto que está associado a elas a promessa de satisfação e de alívio para encarar situações presentes na realidade objetiva das necessidades orgânicas e das dificuldades cotidianas, bem como da realidade subjetiva dos conflitos intrapsíquicos.

Porquanto, entende-se a adolescência como um período marcado por transformações psicossociais e pela busca da autonomia; os acontecimentos negativos, tais como falta de suporte familiar e social, condições socioeconômicas precárias, desvantagem educacional, entre outros fatores, aumentam a vulnerabilidade ao uso de substâncias psicoativas além de outros agravos associados ao consumo dessas substâncias (SILVA *et al*, 2014).

De acordo com pesquisa realizada por Mombelli, Marcon e Costa (2010), às informações prestadas pela família por ocasião da internação, revelava que antes do *crack*, todos os adolescentes já consumiam outras drogas, incluindo as lícitas como o álcool e o cigarro. Nesse trabalho, pode-se perceber um padrão no comportamento dos adolescentes, marcado pelo escalonamento no uso de substâncias químicas, iniciando-se por drogas consideradas lícitas, como cigarro e álcool, e migrando para outras como o *crack*.

Na área médica, tem-se proposto um consenso na identificação do tipo de usuário a partir da relação que este constrói com droga no seu cotidiano. Sendo assim é proposto que o usuário experimentador é aquele que consome a droga de forma esporádica, com pouco ou nenhum impacto sobre sua saúde. Já o usuário social ou recreativo, aquele que utiliza drogas repetidas vezes, de maneira controlada, na maioria das vezes sem a ocorrência de alterações em suas funções orgânicas, psicológicas e sociais. É tido como abuso quando a utilização ultrapassa os valores médicos e culturais aceitos relacionados à quantidade, frequência de uso e via de administração, nesse caso há ocorrência de prejuízos físicos, psicológicos e sociais (ALARCON, 2014).

Segundo estudiosos, o crescimento significativo do uso de substâncias psicoativas entre adolescentes e jovens e a precocidade dessa prática representam desafios para a saúde

pública, principalmente, por conta da forte relação com outros agravos ambientais que comprometem a saúde e a vida, apontando elevada vulnerabilidade destes grupos etários (HINGSON; HEEREN; WINTER, 2006).

Mesmo que algumas pesquisas como a realizada por Schenker e Minayo (2003) apontem a família como um fator protetor para o uso de drogas estes dados vão de encontro com os resultados encontrados no estudo de Mombelli, Marcon, Costa (2010), pois considera-se o padrão familiar disfuncional, o uso de álcool e outras drogas pelos pais como sendo um fator de risco importante para o início do consumo destas substâncias por adolescentes, é de se supor que a família dos adolescentes em estudo influenciou o início do consumo de álcool e cigarro, uma vez que 55,6% dos familiares mencionaram que algum membro da família fazia uso de álcool e/ou outras drogas.

Para Schenker e Minayo (2003) a família ao estabelecer vínculos saudáveis, transmite normas sociais salutaras para os seus membros. Entretanto, famílias disfuncionais podem comunicar normas que divergentes dos padrões sociais por meio do modelo de comportamento dos pais para os filhos. Os problemas de vinculação familiar advêm, em sua maioria, daqueles lares onde faltam habilidades para a criação dos filhos, diminuindo as chances de transmissão efetiva de normas sociais saudáveis.

Assim, por meio da leitura dos autores supracitados, entende-se que não é possível levar em conta o consumo de *crack* apenas nas suas propriedades e efeitos físico-químicos, deve-se compreendê-lo como um fenômeno que envolve os aspectos relacionados à subjetividade do indivíduo, ao contexto sócio-histórico-cultural no qual os usuários estão inseridos, constituindo assim uma tríade que embasa esse fenômeno.

Com isso, no presente estudo, compreende-se o fenômeno do *crack* no contexto da adolescência, a partir da compressão proposta por Tomm e Roso (2013) na qual o uso de substâncias psicoativas acompanha a humanidade desde que se tem referência sobre ela, como um fato inerente à existência do ser humano. Contudo, nem sempre esse uso foi percebido como um problema, mas pode-se se tornar um. Nesse sentido, faz-se menção sobre as reflexões acerca da construção de que, de alguma maneira, os adolescentes e uso de drogas se justapõem no centro da problemática em estudo, principalmente, o caráter processual e dinâmico do uso de drogas, se contrapondo, dessa maneira, a inércia dos diversos enquadramentos que os diferentes segmentos da sociedade lançam sobre ele.

5 O PAPEL DAS REDES SOCIAIS DE APOIO FORMAL E INFORMAL PARA A CONSTRUÇÃO DE ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Quando se faz menção à questão dos itinerários terapêuticos remete-se a um tema complexo que é o cuidado, envolvendo a busca por práticas de saúde na perspectiva da prevenção, recuperação e da reabilitação. Contudo nesse processo há o envolvimento com inúmeras instituições tanto de natureza formal com informal, visto que o cuidado envolve dimensões biopsicossocioespíritual dos indivíduos.

Os processos de escolha por determinada prática terapêutica são construídos e compartilhados no contexto das redes sociorrelacionais e se estabelecem a partir do sentido e dos significados que os indivíduos atribuem a suas experiências vividas. Diante da situação de enfermidade, os indivíduos tendem a iniciar uma trajetória em busca de respostas para seus problemas (MARQUES; MÂNGIA, 2013).

Assim, ao se referir à expressão “itinerário terapêutico”, antropólogo francês Augé (1986) o define como sendo o caminho percorrido pelo indivíduo na busca de resolução para seus agravos de saúde, diante de uma heterogeneidade de recursos. Diante dessa perspectiva, o aspecto central é a percepção dos indivíduos acerca de como ocorrem suas experiências no processo saúde-doença.

Em um estudo realizado por Marques e Mângia (2013) sobre os itinerários terapêuticos de sujeitos com problemas relacionados ao uso do álcool, foi possível observar que a busca por serviço de saúde acontece no contexto de um processo pouco racionalizado, onde se destaca a importância das redes sociais, direcionando e sustentando os processos de busca de ajuda. Os participantes do estudo relataram não terem recebido ajuda inicialmente, mesmo com o suporte oferecido pelas redes sócio-familiares. Mesmo assim, os sujeitos reconhecem a importância e nutrem expectativas positivas sobre o apoio que podem receber de suas redes sociais.

Nesse sentido, Gerhardt (2006) propõe que itinerário terapêutico pode ser sinônimo de busca por cuidados terapêuticos, além de procurar descrever e analisar os percursos percorridos por indivíduos na tentativa de solucionar o problema de saúde, considerando as práticas individuais e socioculturais.

Assim, é possível perceber cuidado como sendo um constructo que compreende:

“Uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade” (AYRES, 2004).

A partir dos estudos originais de Mechanic e Volkart, e Kleinman teve-se início uma investigação mais aprofundada sobre como as pessoas e as sociedades constituíam diferentes concepções médicas sobre causas, sintomas, diagnósticos e tratamentos das doenças, assim como as maneiras de procura por resoluções de seus adoecimentos e maneiras de se comportarem nesses momentos (ALVES; SOUZA, 1999).

Para Alves e Souza (1999) o sentido de itinerário terapêutico faz referência a uma cadeia de eventos consecutivos que levam a formação de uma unidade. Refere-se a uma ação humana que se conforma pela união de atos distintos que constituem uma unidade articulada. Contudo, é preciso considerar dois aspectos relevantes: primeiro, o itinerário terapêutico é o resultante de um determinado curso de ações, uma ação realizada ou o estado de coisas provocado por ela. Instituído por atos distintos que se sucedem e se sobrepõem, o itinerário terapêutico é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos direcionados para um objeto preestabelecido, o tratamento da aflição. Segundo, o itinerário terapêutico não é necessariamente resultado de um plano esquematizado, não é algo pré-determinado. Só é concebível falar de uma unidade articulada quando o ator, ao observar as suas experiências passadas, tenta interpretá-las de acordo com as suas circunstâncias atuais, com o seu conhecimento presente.

Assim, pode-se dizer que por um lado, que o itinerário terapêutico é uma experiência vivida real, por outro, sua interpretação é um ensaio consciente de se remontar o passado com o intuito de reconhecer sentido ou coerência a atos fragmentados. Nesse aspecto, o itinerário terapêutico abrange tanto as ações quanto o discurso sobre essas ações (ALVES; SOUZA, 1999).

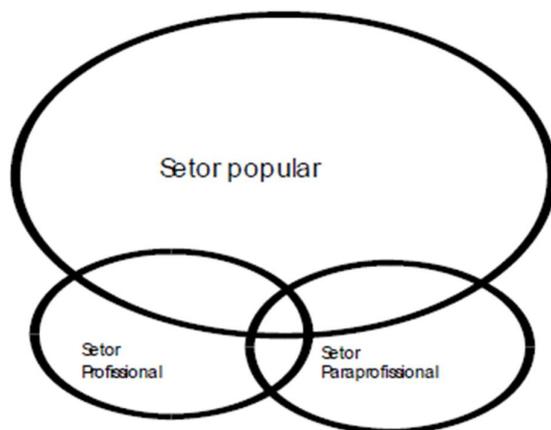
O interesse sobre como as pessoas procuram ajuda para solucionar suas demandas de saúde, tem estado cada vez mais presente em estudos sobre planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais de saúde, uma vez que, as trajetórias percorridas pelos usuários na busca por cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados pelo sistema de saúde (CABRAL *et al*, 2011).

Mesmo com a existência de protocolos e fluxogramas de atendimentos bem estabelecidos pela rede assistencial, os indivíduos constroem a partir de suas escolhas (embasadas em suas próprias necessidades, concepções, estigmas e determinantes sociais) os seus próprios caminhos singulares que definem diferentes modos de trilhar o sistema oficial (FERREIRA; SILVA, 2012).

Assim, pode-se perceber que a construção de itinerários terapêuticos é uma estratégia que possibilita conhecer como os adolescentes com problemas decorrentes do uso de *crack* estruturam as suas estratégias de cuidado.

A procura do usuário ou de um grupo de indivíduos pela preservação ou recuperação de saúde pode envolver diversos recursos, que Kleinman (1980) classificou como Sistema de Cuidado à Saúde, que é composto, de forma genérica, por três partes que se sobrepõem: o setor popular, o setor profissional e o setor *folk*, que pode ser entendido como setor paraprofissional (OLIVEIRA, 2002).

Figura 1 - Sistema de atenção à saúde



Fonte: (OLIVEIRA, 2002)

O setor popular, comumente, o maior dos três, é aquele em que a família e o grupo social mais próximo desenvolvem um papel importante. É um campo eminentemente “leigo”, não especializado da sociedade (automedicação, conselho de amigo, vizinho, etc.) onde a doença começa a ser definida e onde são desencadeados os vários processos terapêuticos de cuidado. A arena profissional representa a organização formal da prática de saúde, na maior parte dos casos, tendo a Biomedicina como referência; é constituída pela medicina científica, 'ocidental' (cosmopolita), pelas profissões médicas reconhecidas ou pelos sistemas médicos tradicionais profissionalizados. Em determinados países, este setor, por ser

mais desenvolvido, organizado e poderoso, acabou submetendo todas as outras práticas de saúde à sua autoridade. E por fim, a arena *folk* ou setor paraprofissional, que envolve todas as demais práticas de saúde “não-profissionalizadas”, como erveiros, benzedores, práticas religiosas e outras formas alternativas de cura (ALVES; SOUZA, 1999; OLIVEIRA, 2002).

Na análise de um determinado processo de escolha terapêutica é importante que se mostre o sujeito desse processo como alguém que compartilha com outros, crenças e receitas práticas armazenadas para lidar com o mundo, receitas estas que foram adquiridas (ampliadas, modificadas ou mesmo descartadas) ao longo de uma trajetória singular de vida. É claro que uma interpretação não é capaz de reter e reproduzir todas as variáveis que atuam sobre as histórias vividas de cada sujeito. Entretanto, não se pode esquecer que os sujeitos constroem suas ações em um mundo sociocultural, em que a estrutura deriva de um processo histórico e, portanto, diferente para cada cultura e sociedade. Trata-se de um mundo preestabelecido e previamente organizado, onde os indivíduos nascem e desenvolvem suas trajetórias biográficas. O reconhecer da existência de estruturas sociais não significa dizer que elas sejam determinantes das ações humanas. O significado objetivo de um dado fenômeno sociocultural é definido por um padrão institucionalizado, porém o modo particular é como o indivíduo estabelece a sua situação no seio dele (ALVES; SOUZA, 1999).

O conhecimento acerca de itinerários de pessoas em busca de atenção à saúde pode contribuir para a compreensão sobre o comportamento em relação ao cuidado e à utilização de serviços de saúde. A análise do itinerário terapêutico não pode se limitar a identificar a disponibilidade de serviços, seus modelos explicativos e a utilização que as pessoas fazem desses recursos - tais elementos são insuficientes para compreender o processo de busca por cuidado (GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012).

A saúde, a doença e o tratamento permanecem sendo elementos que sofrem influência direta de crenças, percepções, religiosidade, hábitos tradicionais e relações de poder. Com isso, a população encontra-se circunscrita entre os âmbitos populares e profissionais de saúde, construindo itinerários terapêuticos a partir de sua própria experiência em cuidados de saúde, (re) interpretando práticas e informações veiculadas no âmbito dos serviços de saúde, na comunidade e no modelo social vigente para conformar as práticas cotidianas de saúde (GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012).

Nesse sentido, percebe-se que os seres humanos são indivíduos que necessariamente vivem em sociedade, desde o período primitivo os indivíduos já se relacionavam e constituindo entre si uma rede interpessoal, tanto para o desenvolvimento de

atividades mais simples como as mais complexas a fim de garantir a sobrevivência dos indivíduos. Na atualidade, as pessoas estão interligadas umas às outras seja de forma física ou virtual, construindo dessa forma, no decorrer da sua vida, redes sociais que são estabelecidas a partir da interligação dos indivíduos entre si e destes com organizações sociais.

É a partir dessa proposição, que Landim *et al* (2010) apresentam que durante a sua vida, um indivíduo terá necessariamente contato com várias pessoas em sociedade e, a depender das motivações, poderá vir a participar de arranjos de convivência diferentes. Vinculando-se a outros por meio de contratos ou pactos associativos, que tem como material ligante as necessidades e os interesses em comum. De acordo com as suas necessidades, esse indivíduo passa a solicitar, seletivamente, os elementos com os quais irá interagir representando uma fonte potencial de ajuda ou de recursos. Assim, é nesse sentido que as ciências sociais propõem uma comparação onde a rede social pode ser vista como um sistema composto de “nós”, representados por sujeitos e/ou instituições, e conexões, que são as interações destes.

Para entender a importância da temática de redes sociais, tomou-se como ponto de partida a definição proposta por Barbosa, Byington, Struchiner (2000) na qual o vocábulo rede origina-se do latim *rete* que significa “entrelaçamento de fios, cordas, cordéis, arames, com aberturas regulares fixadas por malhas, formando uma espécie de tecido, teia”.

O termo remete ainda a ideia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais, interdependência de instituições no intuito de garantir a integralidade da atenção aos vários segmentos sociais sendo, uma construção coletiva que se define à medida que é realizada (DUARTE, 2004).

Assim, a concepção de redes sociais envolve os acontecimentos vividos pelo indivíduo junta a família, trabalho, escola, amigos, comunidade além da sua participação no meio social no qual está inserido, sendo a rede social estabelecida por pessoas individualmente, grupos (família, trabalho, escola, religião, etc) e organizações que vão se construindo a partir do cotidiano de cada um.

Nesse sentido, Meneses e Sarriera (2005) destacam redes sociais como sendo um sistema aberto que está sendo sempre (re)construído de maneira individual e coletiva. Para essa construção são utilizados os conjuntos de relações que possuem uma pessoa e um grupo, e são fontes de reconhecimento, de sentimento de identidade, do ser, da competência, da ação.

Assim, pode-se propor através de autores como Custódio (2010), Orlandi (2011) e Sluzki (1997) que uma rede bem configurada e fortalecida, não se restringe a apoiar os indivíduos no enfrentamento de eventos cotidianos, mas envolve também os processos de saúde e a qualidade de vida das pessoas. A conformação de vínculos confiáveis com os membros e as instituições de uma rede torna possível um maior apoio e incentivo à prevenção, aos cuidados e à promoção de saúde.

Sluzki (1997) destaca que a saúde das pessoas está intrinsecamente associada com o estabelecimento de uma rede social ativa, estável e confiável, sendo que a ausência desse tipo de relação social pode ser considerada fator de risco para o desenvolvimento de agravos de saúde. Por conseguinte, ressalta-se que quando os profissionais de saúde levam em consideração as redes sociais do indivíduo acometido por uma doença ou um transtorno, existem maiores possibilidades de identificar a teia de interações estabelecidas pelo indivíduo nas situações de crise e identificar a forma como as pessoas que fazem parte dessas interações lidam com a doença. Assim, esses profissionais podem elaborar planos de intervenção que envolvam papéis e funções definidas para os membros da rede do indivíduo acometido, de forma a envolvê-los ativamente no cuidado (CUSTÓDIO,2010).

Assim, nessa direção entende-se que as redes sociais estão em um processo de permanente (re)construção, e nesse sentido Orlandi (2011) direciona para impossibilidade de representá-las em sua totalidade, com isso resta apenas que o observador da rede visualize a forma como ela está configurada naquele determinado momento, considerando a sua volatilidade e o contexto de observação.

Desse modo, Leonidas (2012) destaca que as redes sociais tornam viáveis trocas efetivas entre um indivíduo e os integrantes de organizações coletivas, sendo por meio dessas trocas que os recursos desses grupos são utilizados de forma a facilitar a resolução de conflitos e a satisfação de necessidades do indivíduo.

Com isso, quando trata-se de redes sociais é necessário desenvolver uma compreensão dos processos e dinâmicas que envolvem vetores de ordem macroestrutural, como a cultura, os sistemas econômicos e político, crenças religiosas, ideologias, até os discursos e práticas cotidianas, concretizadas por sujeitos e instituições, tais como a família, a escola, as organizações do mundo do trabalho, as redes de serviços públicos, como a saúde, assistência social e segurança pública (PAIVA, 2011).

Autores como Souza; Souza; Tocantins (2009) estabelecem que as redes sociais podem ser de natureza primária e secundária. Na primeira, os vínculos constituídos são caracterizados pelas relações de parentesco, de amizade ou de vizinhança, e estão alicerçados sobre a reciprocidade e a confiança. Já as redes secundárias podem ser formais e/ ou informais, de terceiro setor, de mercado ou mistas, diferenciando-se entre si pelo tipo de troca estabelecida: a reciprocidade, o direito, o dinheiro ou uma combinação desses meios.

Nesse contexto, tanto na observação de rua quanto nas instituições, os adolescentes relatam que a família como sendo sua rede social primária (CRUZ *et al*, 2012). Diante disso, destaca-se que a família e o companheiro do usuário de *crack* são vistos como as principais redes de apoio dos usuários. A família tem um importante papel na criação de condições relacionadas tanto ao uso abusivo de drogas, quanto aos fatores de proteção, porém muitos usuários acabam se afastando de seus familiares devido a não aceitação de seus pais, recorrendo estes apenas em situações emergenciais (SCHENKER; MINAYO, 2003).

Já a rede secundária formal é formada por instituições sociais com existência oficial e estruturação precisa como as instituições de assistência, saúde, educação e outras, além de ser caracterizada pela prestação de serviços de acordo com as demandas da população e pela troca baseada no direito. A rede secundária informal é aquela que se estabelece a partir da rede primária, quando há necessidade ou dificuldade comum vivenciada pelos membros que fazem parte da mesma rede. Nessa rede, o vínculo é fundado na solidariedade e não há troca financeiras, apenas de serviços (SOUZA; SOUZA; TOCANTINS, 2009).

As redes secundárias do terceiro setor, ou organizações do terceiro setor, são associações ou organizações constituídas por membros da sociedade civil, que se situam no âmbito da prestação de serviços e são sem fins lucrativos, mas não visam lucro; caracterizam-se pelas trocas pautadas tanto no direito como na solidariedade. Já a rede secundária de mercado diz respeito a atividades econômicas rentáveis, sendo a sua existência estreitamente ligada ao dinheiro e ao lucro como, por exemplo, empresas, estabelecimentos comerciais e clínicas privadas de saúde (SOUZA; SOUZA; TOCANTINS, 2009).

Em relação aos serviços de saúde, Severine (2004) propõe que os usuários não buscam os serviços de saúde por considerarem que se encontram em um estado de saúde, não havendo necessidade de tratamentos médicos. Assim, os usuários não constituem rede com os serviços porque não se consideram doentes e sentem receio de serem estigmatizados como usuários de *crack*, se auto excluindo desta rede.

Em contrapartida, Programa de Redução de Danos (PRD) foi o serviço de saúde mais referenciado pelos usuários de *crack*, uma vez que as estratégias de trabalho de campo dos redutores de danos viabiliza a construção de práticas de cuidado a partir do conhecimento do usuário, valorizando seus saberes e planejando ações de intervenção juntamente com o usuário. Neste sentido, os usuários sentem-se acolhidos pelos redutores recorrendo- os em primeiro lugar quando necessitam de ajuda (CRUZ *et al*, 2012).

Sob essa perspectiva, o estudo de redes sociais propicia a compreensão de como os adolescentes em situação de uso de *crack* a partir de suas redes sociais constroem um emaranhado de ações diante de suas necessidades e dos recursos disponíveis.

Nesse sentido, entende-se a rede assistência em saúde como sendo um componente de uma rede formal secundária na qual estão inseridos e articulados ações e serviços de saúde com vistas a promover a integralidade do cuidado a partir da intersetorialidade.

Assim, autores como Paiva, Costa e Ronzani (2012) percebem a rede assistencial em saúde como um sistema inscrito no conjunto de articulações sociais que por sua vez pode ser visto como elemento constituinte da vida sócio comunitária.

É sobre este marco teórico-conceitual que propor-se compreender a relação das ações prestadas pelas instituições assistenciais em saúde no que se refere à prevenção, promoção e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas, em especial os adolescentes.

Para isso, a partir do ideário do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica considerando como um importante marco na construção de uma política pública de Saúde Mental que valoriza um modelo de cuidado integral proporcionando um novo olhar sobre os portadores de transtornos mentais, inclusive à criança e ao adolescente.

Quando se faz menção às contribuições e transformações sobre o cuidado destinado à infância e adolescência, percebe-se que os modelos de assistência à saúde pública anteriores ao preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) discorrem sobre a constituição de práticas fragmentadas e segregadoras de cuidado no acesso e tratamento direcionados às pessoas portadoras de sofrimento psíquico; principalmente tratando-se de crianças e adolescentes (BRASIL, 2006).

Embora, o enfoque direcionado à saúde mental infanto-juvenil não tenha ocupado grande importância no início do movimento da Reforma Psiquiátrica, porém posteriormente,

isto pode ser observado, devido a influência das ideias psicanalistas e dos conhecimentos relacionados à infância enquanto fase do desenvolvimento com necessidades específicas, o movimento da Reforma passou a contestar a psiquiatrização da infância e da adolescência (BASTOS, 2013).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Saúde Mental, que previa a implantação de uma rede de serviços substitutivos CAPS, Hospitais-dia, Centros de Convivência (Residências Terapêuticas) e projetos psicossociais que traduzissem o discurso oficial de reinserção social do portador de transtorno mental propostos pela Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Diante do exposto, a proposta de modelo de cuidado à infância e adolescência aponta para a constituição de uma rede que trabalhe de forma integrada e integral a fim de alcançar o sujeito enquanto totalidade e de fazer jus às necessidades específicas desta população. Nesse sentido, a política pública para a área da infância preconiza o trabalho da rede de saúde combinado a outros dispositivos que posicionam as crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos, bem como sujeitos que possuem especificidades concernentes a aspectos de seu desenvolvimento (BASTOS, 2013).

Assim, por se tratar de uma questão que envolve vários atores sociais e que tem inúmeras repercussões individuais e coletivas, tanto relacionadas à saúde, a assistência social e a sociedade civil, foi homologada pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) que é composta por cinco eixos prioritários de atuação, dentre eles estão: prevenção ao uso de drogas; tratamento, a recuperação e a reinserção social do usuário; redução dos danos sociais e à saúde; redução da oferta de drogas; apoio a estudos, pesquisas e avaliações na área (BRASIL, 2005).

No que concerne às redes sociais, a PNAD propõe que a prevenção ao uso de álcool e outras drogas seja desenvolvida por meio da articulação entre os diferentes segmentos da sociedade e instituições governamentais, com a estruturação e/ou fortalecimento de redes sociais visando a melhor as condições de vida e de promoção de saúde. Além disso, propõe como diretriz para a prevenção ao uso de álcool e outras drogas o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar e multiprofissional, através da participação de todos os atores sociais envolvidos no processo (BRASIL, 2005).

Com o crescimento dos problemas decorrentes do fenômeno do uso do *crack* no país alguns desafios emergiram ao poder público, especialmente aos serviços de saúde,

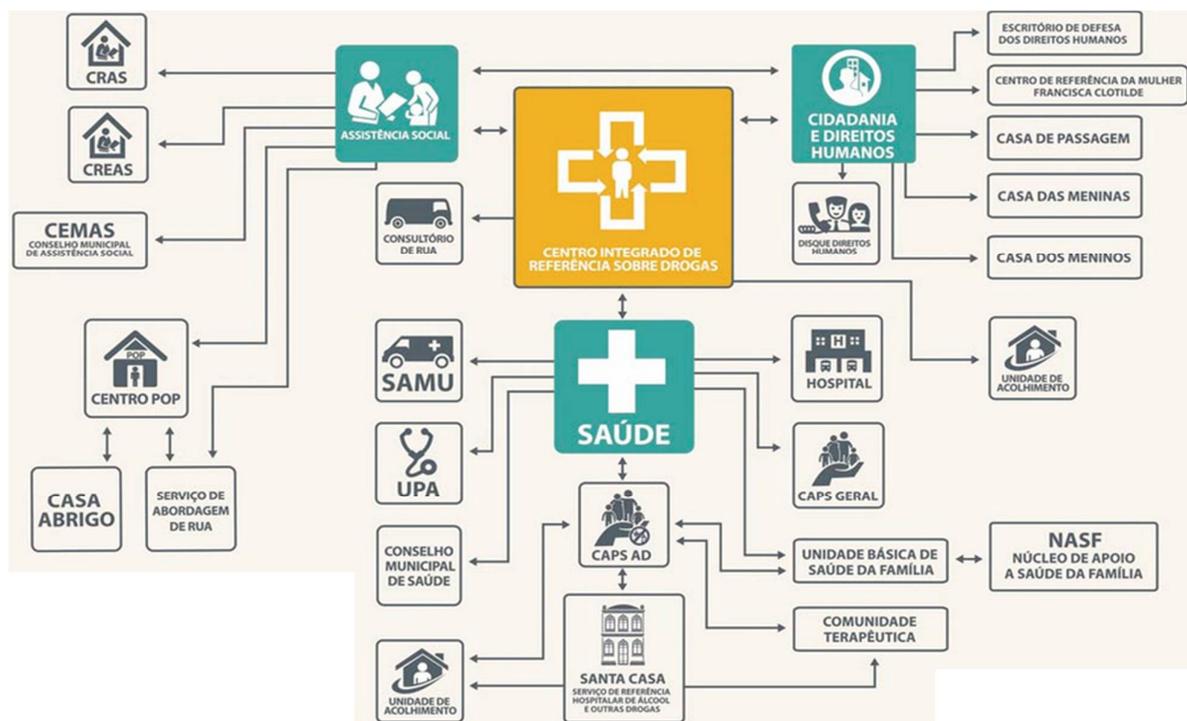
segurança pública e assistência social. Diante desse contexto, como parte de uma estratégia nacional, foi implementado pelo Governo Federal o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas que estabeleceu como estratégia principal a implementação do *Programa Crack, é possível vencer*, apoiado em três eixos estruturantes de cuidado, autoridade e prevenção. Esse programa tem como objetivo aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares, e reduzir a oferta de drogas ilícitas, promovendo ações de educação, informação e capacitação (BRASIL, 2011)

O Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas foi pautado a partir dos principais objetivos, como: ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de *crack* e outras drogas, envolvendo a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis (crianças, adolescentes e população em situação de rua); fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de *crack* e outras drogas, por meio da articulação das ações do SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2010).

Outro instrumento normativo que foi lançando para favorecer a assistência aos indivíduos com sofrimento ou portadores de transtornos mentais, inclusive os usuários de *crack*, álcool e outras drogas foi a portaria 3.088 em 2011 que instituiu a rede de atenção psicossocial, a qual seria composta pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde (Unidade Básica de Saúde, Equipe de Consultório na Rua, Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência); atenção psicossocial especializada (Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades); atenção de urgência e emergência (SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro); atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Acolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial); atenção hospitalar (enfermaria especializada em Hospital Geral; serviço Hospitalar de Referência); estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos); reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Tomando como ponto de partida as diretrizes estabelecidas neste plano, o município de Fortaleza estruturou a sua rede de atenção aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas articulando ações e serviços de saúde, juntamente com os setores da assistência social e dos direitos humanos e cidadania, constituindo uma rede integral de atenção a esses usuários.

Figura 2 - Fluxo da rede de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas do município de Fortaleza.



Fonte: FORTALEZA, 2014.

Com isso, é possível perceber que várias instituições, de diversos, estão envolvidas com o intuito de oferecer aos usuários de drogas um serviço de caráter multidisciplinar.

Assim, apreende-se que os indivíduos na sua busca por cuidado constroem caminhos perpassando por diversas instituições, tanto de natureza formal com informal, de acordo com a sua necessidade e também com os recursos disponíveis com os quais o mesmo pode ter acesso.

6 MÉTODO

6.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

A pesquisa realizada foi de natureza qualitativa, pautada na perspectiva da hermenêutica–fenomenológica de Paul Ricouer, a qual foi escolhida como possibilidade de entender o fenômeno social e suas relações no campo da saúde.

Assim, optou-se pela pesquisa qualitativa, pois tem-se a intenção de que por meio desta abordagem, possa-se melhor compreender como são constituídos os itinerários terapêuticos dos adolescentes com problemas decorrentes do uso de *crack* a partir de suas redes sociais de apoio.

6.2 OPÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA

6.2.1 Hermenêutica Fenomenológica

O estudo contou com uma abordagem qualitativa sob a luz da hermenêutica, na tentativa de compreender as questões envolvidas no fenômeno do *crack* por adolescentes com problemas decorrentes dessa droga com ênfase nos itinerários terapêuticos e suas redes sociais envolvidas.

Assim, entende-se a relevância do estudo qualitativo na compreensão da dimensão simbólica presente nos diversos espaços sociais nos quais o indivíduo humano se insere, ou seja, do sistema de crenças no entendimento dos processos físicos do corpo. Nesse sentido, esse fenômeno social que é o uso de drogas requer que haja entendimento deste como um fato social total, que afeta a fisiologia, proporciona as emoções dos indivíduos e interfere em suas relações comunitárias, estabelecendo uma unidade social específica. Colocam em relação os aspectos biológicos, subjetivos e o contexto social, no entendimento do organismo humano como produto de suas técnicas e representações construídas (QUINDERÉ, 2013).

Para tanto, utilizou-se a perspectiva fenomenológica-hermenêutica baseada na concepção de Paul Ricouer para embasar e analisar os discursos dos sujeitos entrevistados, por entender ser esta a melhor abordagem para a compreensão do fenômeno social do uso de drogas e das experiências vividas pelos usuários.

Por fenomenologia entende-se que se trata de uma corrente filosófica elaborada por Husserl, que parte das situações experienciadas pelos sujeitos. Essa abordagem filosófica tem como objetivo desvelar a cotidianidade do mundo do ser onde a experiência se passa, transparece na descrição de suas vivências. A fenomenologia é uma orientação do pensamento

européu, a qual submeteu a concepção positivista a uma crítica radical do que se apresenta ao ser. Sendo assim, pode ser definida como o estudo dos fenômenos, daquilo que aparece à consciência, buscando explorá-lo (OLIVEIRA E SILVA; LOPES; DINIZ, 2008).

Essa abordagem filosófica é marcada por assegurar o sentido dado ao fenômeno, mostrando que o mundo é o fenômeno, o que se mostra, embora precise ser desvelado. Busca chegar ao fenômeno, desvelar o sentido deste que se mostra, para chegar aquilo que a coisa é. O fundamental nesta corrente está na descrição, uma vez que o nosso olhar habitual não nos permite evidenciar o fenômeno em si mesmo. Nessa abordagem o pesquisador considera sua vivência em seu mundo vida, uma experiência que lhe é própria, permitindo-lhe questionar o fenômeno que deseja compreender (OLIVEIRA E SILVA; LOPES; DINIZ, 2008).

De acordo com os autores supracitados, Heidegger acredita que o fenômeno não se mostra diretamente e, sim, se mantém velado frente ao que se mostra; contudo, simultaneamente, mostra-se diretamente de modo a constituir o seu sentido. O que acontece é a possibilidade de algo que pode tornar-se fenômeno encobrir-se, a ponto de se chegar ao esquecimento. Sendo exatamente isto, o que se tornou objeto da fenomenologia, aproximando em seu conteúdo o que exige tornar-se fenômeno.

Embasado na fenomenologia-hermenêutica, Paul Ricoeur, mesmo reconhecendo a importância da explicação, integra o esforço mais recente da filosofia e das ciências humanas e sociais para romper com o racionalismo. Tomando como eixo as descobertas dessas ciências e o avanço da filosofia, a fenomenologia hermenêutica vai além da perspectiva subjetiva sobre a experiência da consciência ao aprofundar o estudo da linguagem, do símbolo e da interpretação dos significados e sentidos da consciência, em relação com a dimensão histórica e cultural do ser. Ao colocar a questão do ser e da consciência em relação com as experiências concretas, sociais e históricas das pessoas, grupos, instituições e comunidades, focalizando essas experiências em relação com a linguagem e o social, Paul Ricoeur possibilita as condições para o surgimento de um novo enfoque da subjetividade no campo psicossocial (SODRÉ, 2008).

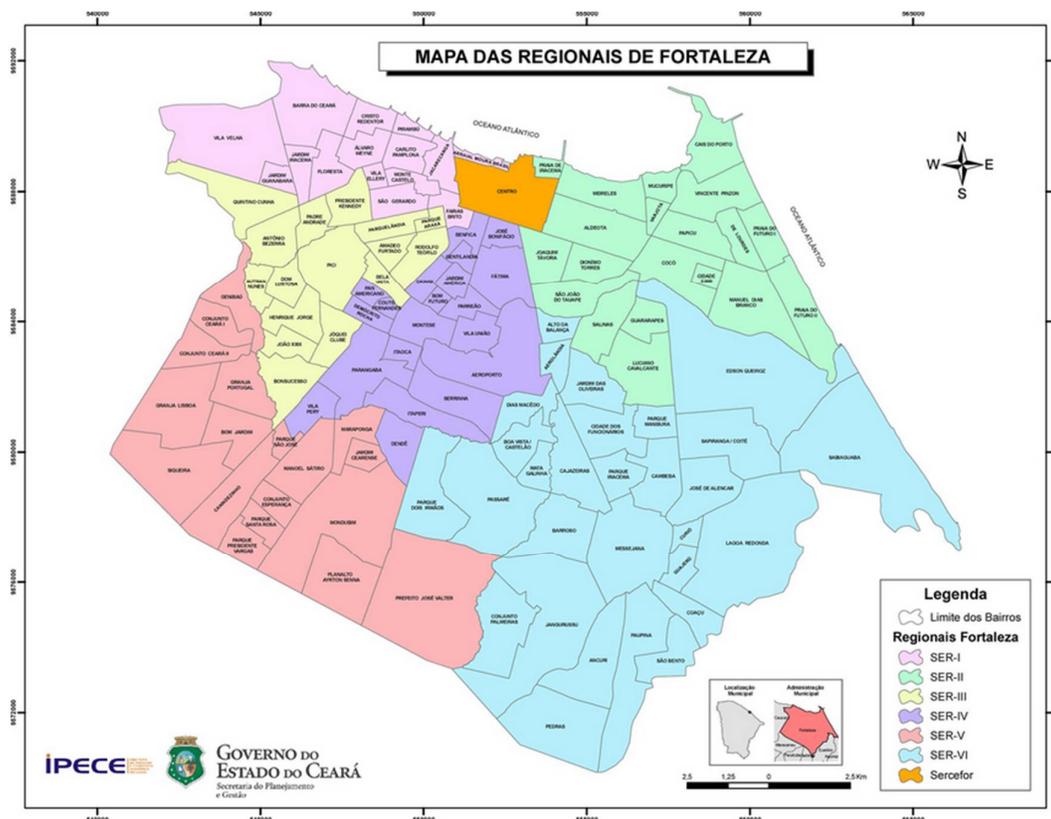
Destarte, a expressão hermenêutica, na filosofia grega, expressa a arte de interpretar. Com o decorrer do tempo, adquiriu um significado mais amplo, direcionando, no âmbito filosófico, diversas formas de teoria da interpretação. Os filósofos que pertencem a esta linha de pensamento se ocupam da existência humana, não do ponto de vista da observação, mas da reflexão filosófica (CAPRARA, 2003).

No centro da abordagem hermenêutica encontra-se a compreensão do texto, que procura entender a multiplicidade dos significados, tentando transparecer o que é confuso, escondido, fragmentado (RICOEUR, 1991). Através desse processo interpretativo, segundo Ricoeur, não se procura identificar as intenções do autor, mas entender os sentidos do texto, propiciando o desenvolvimento do conhecimento intersubjetivo (CAPRARA, 2005).

6.3 CAMPO DA PESQUISA

O cenário do estudo foi o município de Fortaleza (capital do estado do Ceará), localizado no norte do Estado, com área territorial de 313,8 km². Sendo a quinta capital do País em termos de população, na qual desta 53,2% são do sexo feminino e 46,8% do sexo masculino (FORTALEZA, 2014). Por questões de natureza administrativa, o município atualmente encontra-se subdividido em sete Secretarias Regionais (SR), sendo cada uma destas responsáveis pela gerência da rede de ações e serviços de saúde, educação, meio ambiente, assistência social e infraestrutura disponíveis em seu território, conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 3 - Divisão territorial do município de Fortaleza



Fonte: IPECE, 2014.

O município de Fortaleza conta com uma rede própria de serviços de saúde e mantém convênio com uma rede de hospitais e clínicas públicas, particulares ou filantrópicas. A rede própria é formada por 92 postos de saúde, dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), o Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA), duas Farmácias Populares, 14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oito hospitais secundários, um hospital terciário, outro de atenção secundária e terciária e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. A rede conveniada é composta por clínicas e hospitais públicos, privados e filantrópicos credenciados, que prestam serviços de consultas, exames e internações (FORTALEZA, 2014).

O presente estudo teve como território de partida a SR IV, devido ao fato de haver uma parceria entre a Universidade Estadual do Ceará (UECE) e o Sistema Municipal de Saúde-Escola (SMSE) da prefeitura de Fortaleza a fim de desenvolver acordos que envolvem atividades formativas e socioculturais no referido território.

A SR IV tem uma abrangência territorial de 34.272 km², envolvendo 19 bairros: São José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê e Vila Pery. Possui uma população estimada em 305 mil habitantes, segundo censo do IBGE. O bairro mais populoso é o da Parangaba, com cerca de 32.840 mil habitantes; e o menos populoso é o Dendê, com apenas 2.480. A SR IV concentra 15 creches e 28 escolas de ensino infantil e fundamental. Já a rede de saúde é formada por 12 unidades de atendimento básico, um Centro de Atendimento à Criança (Croa), além de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um CAPS ad, um CAPS Geral e um CAPS infantil (FORTALEZA, 2014).

Figura 4 - Mapa do território da SR IV



FONTE: FORTALEZA, 2014

6.3.1 Entrada em campo

Para o desenvolvimento da pesquisa, utilizou-se o método de bola de neve para acessar as instituições que lidam com essa população. Assim cada instituição indicou outras que realizavam trabalhos semelhantes até o momento em que foi atingida a redundância das instituições listadas (CRUZ *et al*, 2012)

Dessa forma, o estudo foi realizado nos serviços que compõem as redes sociais de apoio, e teve como ponto de partida o CAPS ad (álcool e outras drogas) e o CAPS i (infanto-juvenil), pois são dispositivos de referência e responsáveis pela articulação da rede de atenção integral aos sujeitos com problemáticas do uso de substâncias psicoativas.

O CAPS i está localizado no bairro de Fátima na cidade de Fortaleza, porém propõe-se a atender a demanda dos indivíduos que moram nos bairros da SR II, IV e VI (bairros bastante populosos), com isso a área de abrangência do serviço acaba sendo muito grande, tornando, dessa forma, o acesso à instituição dificultado e o atendimento à população prejudicado.

Após esse momento inicial e a partir das informações que emergiram dos discursos dos sujeitos entrevistados, foi realizada uma nova etapa exploratória de acordo com as informações anteriormente coletadas, com vista a identificar outras instituições que

contribuam para a prestação do cuidado aos adolescentes com problemas decorrentes do uso de *crack*.

6.3.2 O itinerário da pesquisa

6.3.2.1 O início: os serviços de referência

Iniciou-se com a abordagem de apresentação do projeto, seguida da solicitação da coordenação do serviço para que indicasse os profissionais que trabalhavam com o público-alvo da pesquisa, os quais foram consultados sobre seu interesse e sua disponibilidade em participar da pesquisa. Em seguida foram identificados os dias nos quais estariam previstas atividades com os adolescentes usuários de *crack*.

O estudo iniciou-se a partir dos serviços de referência, que fazem parte da rede secundária formal, como o CAPS ad da SR IV, contudo informaram-nos que, no momento, na instituição não havia nenhum adolescente em tratamento, assim orientaram-nos a procurar o CAPS i. Neste serviço, foi relatado à pesquisadora existência de um grupo de redução de danos conduzido por um residente, visto que o profissional que anteriormente o fazia não estava mais na instituição devido ao fim do seu contrato de trabalho, no entanto, após a saída do residente, o grupo passou por um período de dificuldade, pois não havia profissionais que se dispusessem a trabalhar com os adolescentes em uso de substâncias psicoativas. Na mesma ocasião, também nos informaram acerca do trabalho desenvolvido pela CPDrogas, que se trata de Coordenadoria Especial sobre Drogas, localizada próxima ao CAPS i, no bairro de Fátima.

Sendo esta uma Coordenadoria, vinculada ao gabinete do Prefeito, com *status* de Secretaria Municipal, composta por equipe interdisciplinar, que objetiva garantir os direitos humanos e promover uma política intersetorial sobre drogas, instituída com o intuito de coordenar a política municipal sobre drogas, construindo ações intersetoriais e articulando redes de prevenção, cuidado e reinserção social para a promoção da atenção integral a usuários, familiares e rede social implicada (Fortaleza, 2014).

Na visita realizada à CPDrogas, foi possível perceber a ausência de adolescentes no serviço, contudo, por meio dos discursos dos profissionais, compreende-se que se trata de um serviço que realiza o acolhimento e o encaminhamento para alguma instituição de tratamento. Dessa forma, foi dada orientação acerca de duas unidades de acolhimento para adolescentes, uma em Fortaleza (“Viver a vida”) e a outra em Pacatuba, esta por sua vez não foi procurada devido a sua localização geográfica.

6.3.2.2 *O terceiro setor: unidades de acolhimento e abrigamento*

Em relação à unidade de Acolhimento “Viver a vida”, esta encontra-se instalada em uma casa de bairro residencial em Fortaleza pertencente ao território da SR VI, mas a unidade recebe adolescentes oriundos de todos os territórios da cidade e até de outros municípios. A unidade está em funcionamento há aproximadamente um ano e dispõe de capacidade para acolher até 10 (dez) adolescentes, apenas do sexo masculino. No momento da primeira visita, estavam presentes na instituição a coordenadora, a cozinheira, um educador social e três adolescentes.

A unidade funciona em parceria da associação dos moradores do bairro Tancredo Neves com a prefeitura de Fortaleza, mas que, no momento (durante o período da coleta de dados) estava passando por dificuldades financeiras, pois não estava sendo repassada a verba destinada à manutenção da casa e do pagamento dos funcionários, o que tem dificultado o funcionamento da instituição.

Na unidade, os adolescentes participam da organização e limpeza da casa, lavagem de suas roupas, sendo que todas as atividades são compartilhadas entre os funcionários e os adolescentes. No entanto, pode-se perceber que eles permanecem parte do dia ociosos, devido à ausência de atividades para desenvolver. Na instituição, os adolescentes podem receber visitas de familiares durante qualquer dia da semana, sendo que, na quarta-feira, é o dia que eles têm a possibilidade de ligar para os familiares, contudo não há restrições para receber ligações.

Ainda nesta instituição, foi informado sobre a existência de um abrigo para adolescentes que é gerenciado pela mesma associação, o abrigo Renascer, além da indicação do Hospital Mental como um serviço de saúde procurado por eles quando algum adolescente apresenta algum sintoma psiquiátrico.

Diante disso, visitou-se o abrigo Renascer que acolhe adolescentes de 15 a 18 anos, que tiveram os vínculos familiares fragilizados ou os direitos violados, apenas do sexo masculino, em regime de abrigamento. A instituição é gerenciada por uma ONG e tem parceria com a STDS (Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social). A mesma dispõe de cozinheira, assistente social, psicólogo e educadores sociais.

Na abordagem inicial realizou-se uma conversa informal com os adolescentes explicando sobre o tema da pesquisa e reiterando o direito de participar ou não dela.

Inicialmente sete adolescentes reiteraram desejo em participar e assim, foram aplicados os instrumentos da pesquisa.

6.3.2.3 *O hospital mental*

Ademais, realizou-se visita ao Hospital Mental. Logo na chegada, foi dado o direcionamento para o NAIA (Núcleo de Atenção à Infância e Adolescência), que funciona em anexo ao hospital, pois trata-se de um serviço que atende crianças e adolescentes com transtornos mentais, porém este serviço não realiza abordagem sobre o uso de substâncias psicoativas. Então, foi indicado o serviço ao lado, onde funciona um programa chamado “Elo de Vida” que desenvolve atividades de terapia de ressocialização semanalmente de forma integral, no entanto, este só trabalha com pacientes adultos e que estejam em abstinência por pelo menos 10 dias.

Contudo, a coordenadora mostrou-se bastante solícita, entrou em contato com os chefes das unidades de internação do Hospital de Messejana, informou que havia uma adolescente internada por ordem judicial devido à dependência química e viabilizou a entrada na unidade de internação. Além disso, a mesma deu orientações acerca de uma comunidade terapêutica que desenvolve atividades com adolescentes.

No entanto, não se obteve êxito ao tentar acessar a comunidade terapêutica referenciada, pois a pessoa que nos recebeu não permitiu sequer a entrada na instituição. Ela nos informou que o responsável pela instituição não estava presente e indicou que se retornasse em outro momento, porém isso não foi possível devido à dificuldade de comunicação com o responsável.

Retornou-se ao CAPS i da SR IV e nos foi informado que o grupo com os adolescentes ADs (como é nomeado o grupo de redução de danos) estava sendo conduzido por outra profissional, mas que estava se reestruturando, dessa forma, durante o período da coleta, não houve público. Durante esse período, por meio de conversas informais com os trabalhadores acerca das dificuldades da pesquisa, informaram-nos sobre a SOPAI (Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza).

A SOPAI Hospital Infantil trata-se de um hospital dispõe de tratamento para crianças e adolescentes com transtorno psiquiátrico decorrente ou não do uso de substâncias psicoativas, dispondo de leitos para desintoxicação. O mesmo foi recentemente inserido à rede de atenção psicossocial do município de Fortaleza.

6.3.2.4 *Os serviços de assistência social*

Outro serviço visitado foi o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) da SR IV por indicação da coordenadora do CAPS ad. O CREAS é um serviço de referência para o atendimento de pessoas em situação de vulnerabilidade social, nesse caso os adolescentes são encaminhados para lá em decorrência de já terem passagem por alguma unidade de reclusão ou através de encaminhamento direto do Poder Judiciário.

No entanto, não foi possível entrevistar adolescentes, devido ao fato de que ou os mesmos faltavam as atividades que estavam marcadas ou não havia condições que viabilizassem a aproximação com os adolescentes. Ademais, por meio de entrevista, concedida por uma profissional do serviço, foi possível ter o conhecimento acerca de outra instituição que também trabalha com adolescentes, a Unidade de Acolhimento Institucional I.

No que concerne a Unidade de Acolhimento Institucional I, anteriormente era conhecida como Casa dos Meninos, tem como principal objetivo proporcionar abrigo e acolhimento para meninos que tiveram suas estruturas familiares rompidas ou que estava em situação de desorganização, sendo necessária a intervenção do Estado, principalmente, por meio do Conselho Tutelar. A unidade estava funcionando em um endereço provisório que não apresentava boas condições: contava com a presença de dois seguranças; a casa estava com muitos meninos de diferentes idades, desde crianças até adolescentes com quase 18 anos, o ambiente não se encontrava organizado, não havia quase nenhuma atividade recreativa, sendo a chuva naquele momento a principal diversão daqueles meninos. Diferente de outras unidades, os adolescentes podiam realizar atividades sozinhos fora da instituição, como ir à igreja, à escola, sendo disponibilizado vale transporte.

Na ocasião da pesquisa, a coordenadora informou que naquele momento havia três meninos que tinham envolvimento com drogas, no entanto, apenas dois aceitaram participar da pesquisa. Contudo, o principal vínculo que os adolescentes tinham com a droga estava associado ao tráfico, sendo a droga mais relatada para o consumo a maconha.

Os adolescentes também referiram que, antes de chegarem à instituição, haviam passado pelo albergue que os encaminhou, ademais revelaram o desejo de serem transferidos para outro abrigo, o abrigo Renascer, justificando que neste havia melhores oportunidades para mudança de vida, principalmente, decorrentes da reinserção no mercado de trabalho, uma vez que esta instituição desenvolve o trabalho em parceria com outros setores, sendo que isto não era realizado naquela instituição (Unidade de Acolhimento Institucional I).

O referido albergue trata-se do albergue João XXIII localizado no mesmo bairro, que acolhe crianças e adolescentes, de ambos os sexos, que se encontram em situação de rua. Possui uma área estrutural grande com um espaço de convivência, uma cantina, uma quadra de vôlei, uma pequena biblioteca, dormitórios, uma sala de televisão. Contudo toda essa estrutura encontra-se em estado de precarização. No momento de nossa chegada, os adolescentes estavam reunidos jogando e, na ocasião, estavam presentes na unidade cinco adolescentes.

Após entrevistas com dois adolescentes que aceitaram participar da pesquisa (um menino e uma menina) e com um educador social, pode-se perceber que, além da entrada por meio de demanda espontânea, o acesso ao albergue pode ocorrer por intermédio do Conselho Tutelar.

Este, por sua vez, trata-se de órgão destinado a garantir os direitos de crianças e adolescentes, trabalha por meio de denúncias formais; as atividades são desenvolvidas através de equipes de educadores sociais, seguidas de encaminhamento de acordo com a necessidade do adolescente.

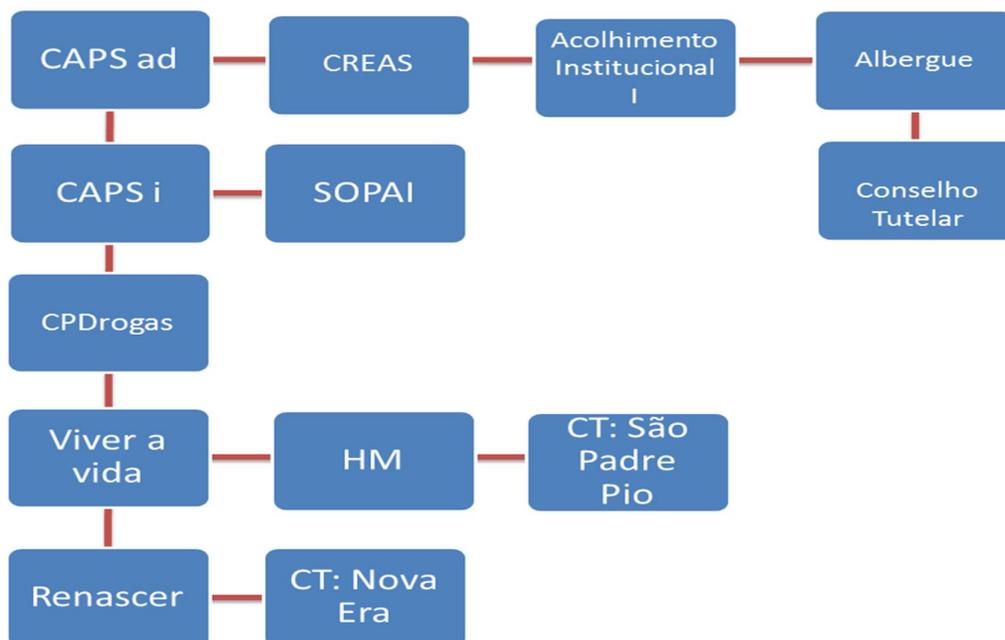
6.3.2.5 *A comunidade terapêutica*

Por fim, visitou-se a comunidade terapêutica “Nova Vida”, depois de indicação dos profissionais do abrigo Renascer, esta por sua vez está localizada no município de Eusébio, porém recebe adolescentes oriundos de vários municípios, e a principal instituição encaminhadora é o CRD (Centro de Referência sobre Drogas), órgão vinculado à Secretaria Estadual de Políticas sobre Drogas.

A instituição trabalha tanto com adultos como com adolescentes, sendo ambos do sexo masculino, porém estes ficam acomodados em espaços separados, e as atividades desenvolvidas são em horários diferentes para evitar o convívio entre os dois grupos. Além disso, a unidade dispõe de um amplo espaço, refeitório, salas para ministração de cursos, área de lazer com piscina e uma pequena academia. O espaço destinado aos adolescentes tem capacidade para até 14 meninos e conta com a presença constante de um educador. Ademais, a instituição é um pouco afastada do centro da cidade, o que dificulta um pouco o acesso; além disso, os adolescentes só podem receber visitas uma vez por mês.

Assim, diante do exposto, desenvolveu-se a figura abaixo no intuito de demonstrar como foi constituído o itinerário da pesquisa de acordo com as informações dadas tanto pelos profissionais como pelos adolescentes.

Figura 5 - Itinerário da pesquisa



6.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para os estudos de natureza qualitativa, é importante identificar qual indivíduo ou grupo de pessoas possui vinculação com o fenômeno que está sendo estudado, quem são os sujeitos ou atores sociais que tiveram a experiência de vivenciar determinada situação de interesse para o pesquisador e que se dispõem a fornecer informações sobre suas experiências, suas práticas e seu ponto de vista em fenômeno estudado (SANTANA, 2010).

Diante disto, Minayo (2013) propõe que “a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir a sua representatividade. A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões”. Assim, o estudo qualitativo não tem a pretensão de generalizar os seus resultados nem os tornar representativos de uma realidade mais ampla. Cada informação representa apenas a experiência que foi focalizada (SANTANA, 2010).

Assim, por fim, a amostra (grupo de informantes-chaves) foi constituída através da técnica de bola de neve (BIERNARCKI; WALDORF, 1981), em que os primeiros entrevistados indicaram outros grupos que por sua vez indicaram outros.

Dessa forma, elaborou-se o quadro a seguir para demonstrar os participantes do estudo, bem como os critérios de inclusão e de exclusão.

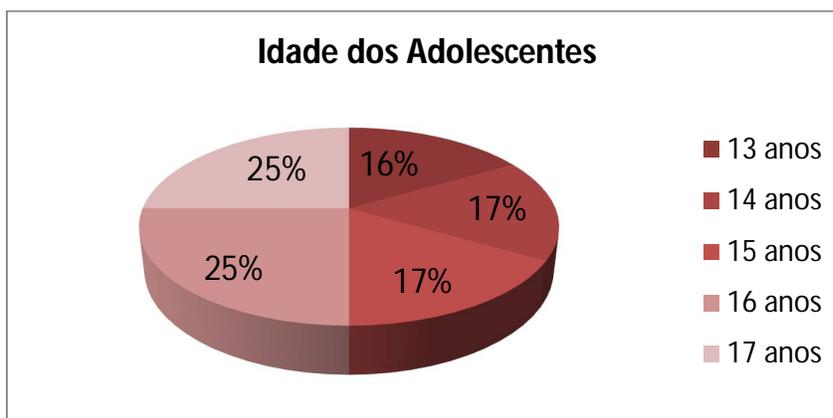
Quadro 1 - Caracterização dos participantes do estudo e seus critérios de seleção

Grupo	Quantidade	Representação	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
I	25	Adolescentes com problemas decorrentes do uso de <i>crack</i>	Adolescentes com a faixa etária entre 12 e 18 anos de idade que estejam vivenciando algum problema relacionado ao uso do <i>crack</i>	Não estarem sobre efeito da substância nem apresentarem desorientação de tempo e espaço
II	09	Profissionais do serviço	Estar atuando no serviço há pelo menos 06 meses	Estar de férias ou de licença
III	07	Coordenadores	Estar atuando no serviço há pelo menos 12 meses	Estar de férias ou de licença
IV	03	Familiares	Possuir algum grau de parentesco com o adolescente	Não apresentar comprometimento cognitivo

Os participantes serão indicados ao longo do texto por meio de representação que constará o grupo ao qual o entrevistado pertence seguido de algarismo ordinal.

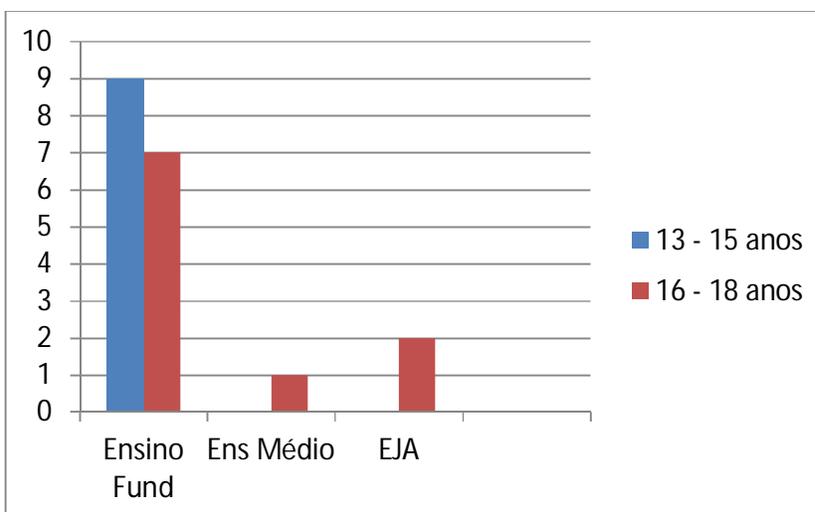
Assim, dentre os participantes do grupo I, pode-se contar com a participação de 25 adolescentes identificados como usuários de *crack*, álcool ou outras drogas. Todos os participantes desse grupo estavam inseridos em algum desses serviços, como o abrigo, a unidade de acolhimento, o Hospital Mental, a SOPAI hospital infantil ou comunidade terapêutica. A maior parte dos participantes era do sexo masculino (21 adolescentes), sendo apenas quatro do sexo feminino. O grupo apresentava faixa etária entre 13 e 17 anos.

Figura 6 - Distribuição dos adolescentes por idade



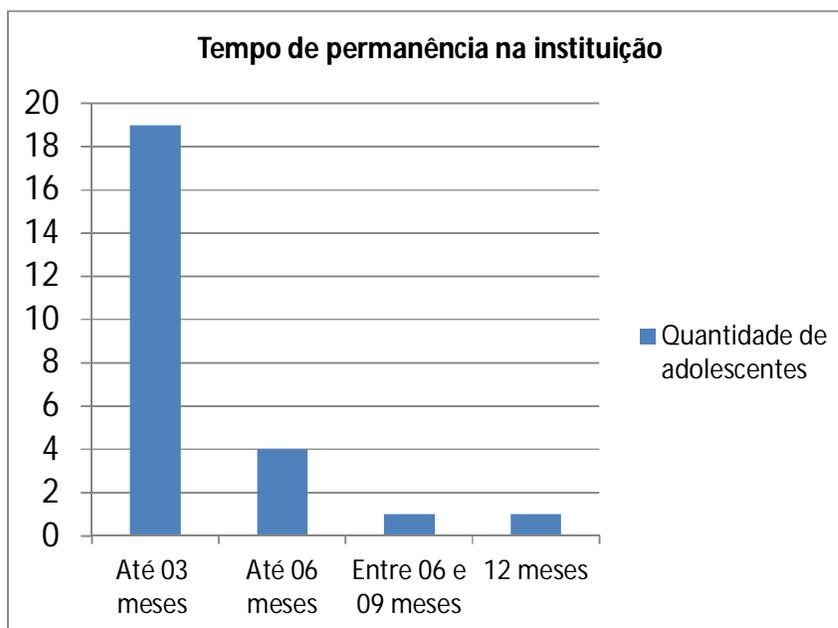
Em relação ao desenvolvimento escolar, alguns estavam cursando o Ensino Fundamental, outros o Ensino Médio, e outra parte estava fora da faixa etária escolar e assim estava inserida no programa EJA (Educação de Jovens e Adultos). No entanto, como só foram entrevistados adolescentes em situação de institucionalização, eles não estavam participando de atividades escolares.

Figura 7 - Distribuição dos adolescentes por escolaridade



Quanto ao tempo de permanência na instituição isto estava relacionado às características da instituição, se é serviço de abrigamento, de desintoxicação, de internamento temporário ou ainda um serviço de acolhimento.

Figura 8 - Tempo de permanência na instituição



No que concerne ao grupo II, participaram 09 profissionais com atuação nos serviços pesquisados como CAPS infantil (i) e álcool e outras drogas (ad), ambos da SR IV, unidade de acolhimento, CREAS, albergue e abrigo. Em relação à formação, o grupo era constituído por psicólogos, assistente social, educador social, arte-terapeuta com licenciatura em Música, pedagoga, além de educadores sociais (profissionais de nível médio). Quanto à idade, esta variou de 25 a 50 anos. Ademais, destaca-se o fato de que apenas um participante possui vínculo empregatício como estatutário, o restante ou eram terceirizados ou possuíam contrato temporário e apenas um era residente. Além disso, ressalta-se a prevalência de profissionais do sexo feminino na prestação da assistência.

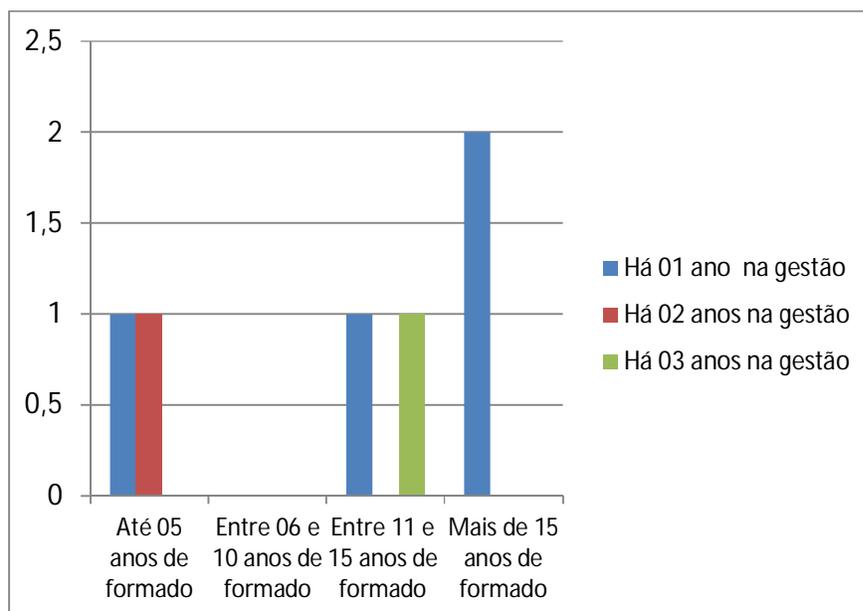
Quadro 2 - Características dos participantes do Grupo II

Sexo	Instituição	Idade	Formação	Tempo de Formado	Tempo na Instituição	Pós Graduação	Vínculo Empregatício
F	CAPS i – SR IV	25 anos	Psicóloga	02 anos	10 meses	Não possui	Residente
F	CAPS i – SR IV	33 anos	Psicóloga	06 anos	06 meses	Especialização	Terceirizado
F	CAPS ad – SR IV	50 anos	Licenciatura em Música	25 anos	10 anos	Mestrado	Terceirizado
F	CAPS ad – SR IV	38 anos	Pedagogia	14 anos	04 meses	Especialização	CLT
F	CPDrogas	44 anos	Assistente Social	21 anos	03 anos	Especialização	Estatutário
M	Unid. de Acolhimento	43 anos	Educador Social	S/R	01 ano	S/R	Terceirizado
F	CREAS - SR IV	47 anos	Psicóloga	04 anos	01 ano	Especialização	CLT
M	Albergue	40 anos	Educador Social	S/R	18 anos	S/R	Terceirizado
M	Abrigo	41 anos	Psicólogo	11 anos	02 anos	Não possui	CLT

Quanto ao grupo III, este é composto por coordenadores das instituições na qual a pesquisa foi desenvolvida que correspondem a sete participantes. Assim como o grupo anterior, há a predominância do sexo feminino, tendo formação em áreas diversas, como Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Pedagogia e Ciências Sociais – somente um coordenador possui apenas Ensino Médio.

Ademais, por meio dos dados coletados, pode-se perceber que a maior parte dos profissionais que ocupam a função de coordenador de um serviço possui mais de 10 anos de formado.

Figura 9 - Tempo de atuação na gestão



No que concerne ao grupo IV, dos familiares, dispõe de um quantitativo reduzido de participantes, devido ao fato de que a pesquisa foi realizada apenas com adolescentes que se encontravam em instituições de longa permanência e, dessa forma, não foi possível ter contato com os familiares. Os únicos familiares que participaram do estudo estavam acompanhando seus adolescentes na unidade de desintoxicação da SOPAI. Dessa forma, o grupo foi constituído por duas mães e um tio. Todos possuíam o Ensino Fundamental completo e referiram estar solteiros.

6.5 FONTE E TÉCNICA DE COLETA DE INFORMAÇÕES

Por tratar-se de um estudo de natureza qualitativa, para a obtenção das informações, foram utilizadas as técnicas de entrevista semiestruturada e da observação sistemática com uso de diário de campo.

A entrevista é considerada uma fonte de informações que pode fornecer dados relacionados diretamente do indivíduo entrevistado. Trata-se de informações relacionadas sobre as reflexões do próprio sujeito sobre a realidade vivenciada e que alguns denominam “subjetivos” e só podem ser obtidos por meio de contribuição pessoal. Estabelecem uma representação da realidade através de ideias, crenças, modos de pensar, opiniões, sentimentos, formas de sentir e de atuar, projeções para o futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos (MINAYO, 2013).

A entrevista semiestruturada associa perguntas abertas e fechadas, em que o entrevistado tem condições de discorrer sobre a temática em questão sem ficar preso à indagação formulada (MINAYO, 2013). Para tanto, as entrevistas foram gravadas e armazenadas na íntegra em arquivos digitais de áudio, com autorização prévia dos participantes.

Na tentativa de melhor compreender o fenômeno em estudo, também foi utilizada a observação sistemática durante os momentos em que se estivesse presente no campo da pesquisa, bem como a estruturação de um diário de campo.

Dessa forma, entende-se que a observação é uma maneira de compreender a realidade de forma a complementar a análise obtida a partir da entrevista, pois permite captar uma realidade empírica em suas diferentes dimensões, tais como atos, significados e relações (TRIVIÑOS, 1992). Tais informações foram registradas em um diário de campo, o qual constitui um importante instrumento no qual o investigador depositou suas impressões pessoais. O mesmo é visto como um acervo de impressões e notas que ajudam a tornar mais verdadeira a pesquisa (MINAYO, 2013).

Quadro 3 - Objetivos do estudo e técnicas de coleta de dados

Objetivos	Instrumento de coleta
Compreender o itinerário terapêutico dos adolescentes com problemas relacionados ao uso do <i>crack</i> a partir das redes sociais de apoio formais e informais	Entrevista semi-estruturada Observação sistemática Diário de campo
Identificar as representações que os adolescentes tem em relação as redes sociais acessadas	Entrevista semi-estruturada
Analisar as redes sociais de apoio acessadas pelos adolescentes usuários de <i>crack</i>	Entrevista semi-estruturada Observação sistemática Diário de campo
Desvelar como ocorre o início do uso de crack por adolescentes e os itinerários	Entrevista semi-estruturada

terapêuticos de adolescentes que fazem uso de <i>crack</i>	Observação sistemática
--	------------------------

6.6 PLANO DE ANÁLISE

A interpretação dos dados foi inspirada na teoria de interpretação de Paul Ricoeur (1995). Para este, a interpretação se dá entre as experiências vividas pelo sujeito e a linguagem, baseando-se em conceitos interpretativos, como distanciamento, apropriação, explicação e compreensão (RICOEUR, 1995). Em momento preliminar foi realizada a gravação das entrevistas em arquivos digitais de áudio seguidas de suas transcrições na íntegra.

No distanciamento, a objetivação do texto reduz a intenção do autor, eliminando a ideia de que exista uma única forma de compreensão. Um texto tem vários significados, e as pessoas interpretam diferentemente o mesmo texto. O distanciamento produz a objetivação do texto libertando-o do seu autor e de suas intenções, fornecendo uma vida própria (GEANELLOS, 1998). A apropriação acontece quando o intérprete apropria-se do significado de um texto, transformando este em algo familiar, próprio (CAPRARA, 2005).

Ricoeur (2000) propõe que a articulação entre explicação e compreensão se dá no plano do “sentido da obra”. A explicação está centrada no que o texto diz, em relacionar as partes internas do texto tornando a sua estrutura elucidativa. A compreensão tem o propósito de fazer o leitor se apropriar do que o texto fala (RICOEUR, 1991).

A interpretação/compreensão foi realizada por meio de dois momentos: compreensão *naive* ou simples e compreensão profunda. A compreensão *naive* atrai de modo superficial os significados do texto (GEANELLOS, 2000), nesse momento da leitura, deve emergir um sentido geral do texto. Isso pode ser representado pelo exemplo do quadro a seguir:

Quadro 4 - Primeiro momento de análise - compreensão *naive*

Discurso	Trecho	Tema
<p>“Foi difícil. Porque assim, não foi muito difícil não, mas foi. Porque nós foi no CAPS e eles encaminharam pro...pra santa casa. Não. Primeiro eles disseram que era no Albert Sabin, aí nós foi pro Albert Sabin, e disseram que não era lá era na Santa Casa. Aí da Santa Casa... Não, disseram que era no Hospital de Messejana, aí nós foi para o hospital de Messejana, aí disseram que não era lá, era na Santa Casa, aí nós foi pra Santa Casa, aí disseram que não era na santa casa, disseram que era aqui. E nisso, é... o médico não tinha colocado o carimbo. Aí nós tivemos que ir pro CAPS do AD, eu esqueci o nome de onde era... o CAPS -ad, pra ele colocar ...o carimbo. Foi o CAPS infantil”.</p>	<p>“Porque nós foi no CAPS e eles encaminharam pra Santa Casa. Primeiro eles disseram que era no Albert Sabin, aí nós foi pro Albert Sabin, e disseram que não era lá era na Santa Casa. Não, disseram que era no Hospital de Messejana, aí nós foi para o hospital de Messejana, aí disseram que não era lá, era na Santa Casa, aí nós foi pra Santa Casa, aí disseram que não era na Santa Casa, disseram que era aqui”.</p>	<p>Itinerário terapêutico</p>

Em seguida, avançou-se no sentido de realizar uma compreensão profunda que não ficasse restrita apenas ao que foi expresso, mas envolvesse também ao não dito; por isso, foram levados em consideração os conhecimentos prévios do intérprete (GEANELLOS, 2000). Nesse momento, a interpretação ultrapassa os limites do que está presente no texto, e a pré-compreensão do pesquisador é utilizada como horizonte ao texto.

Quadro 5 - Segundo momento de análise - Hermenêutica

Fragmento	Interpretação	Subtema
<p>“Porque nós foi no CAPS e eles encaminharam pra Santa Casa. Primeiro eles disseram que era no Albert Sabin, aí nós foi pro Albert Sabin, e disseram que não era lá era na Santa Casa. Não, disseram que era no Hospital de Messejana, aí nós foi para o</p>	<p>Apesar de o CAPS ter encaminhado a adolescente diretamente para a SOPAI a mesma ainda teve que percorrer um longo caminho até chegar neste, pois havia um fluxo de informações desencontradas. Em alguns casos, o primeiro local onde</p>	<p>O internamento como estratégia de cuidado Pereira, 2013 Ferreira; Silva, 2012 Scisleski; Maraschin, 2014</p>

<p>hospital de Messejana, aí disseram que não era lá, era na Santa Casa, aí nós foi pra Santa Casa, aí disseram que não era na Santa Casa, disseram que era aqui”.</p>	<p>as pessoas vão procurar ajuda são as comunidades terapêuticas, por trabalharem com a perspectiva da abstinência e da reclusão temporária, são vistas como resolutivas. Entretanto, essa abstinência sempre é conseguida em decorrência de haver o consumo de substâncias dentro da própria instituição. No imaginário do usuário, naquele ambiente não deve ser permitido o uso, uma vez que isso prejudica o tratamento. A ideia da redução de danos não é percebida e o modelo proibicionista continua vigente, mesmo que seja apenas de uma forma idealizada, pois os adolescentes continuam fazendo o uso das substâncias, sejam elas lícitas ou ilícitas.</p>	
--	---	--

O processo interpretativo, portanto, se desenvolve em etapas onde a experiência de vida é expressa por meio da verbalização, a qual é coletada através de entrevistas e transcrita em textos, e daí, interpretadas (GEANELLOS, 2000).

Com o aparato do círculo hermenêutico foi possível uma maior aproximação com o tema em estudo ao mesmo tempo em que proporciona um distanciamento do objeto, uma vez que o círculo trabalho sob uma perspectiva em espiral.

Dessa forma, as informações coletadas serão discutidas com base nas seguintes categorias: *Para além do bem e do mal: implicações acerca do uso de crack por adolescentes; Todos os caminhos levam à internação: o itinerário terapêutico de adolescentes usuários de crack nas redes assistências de apoio; Apreensões acerca do sentir-se cuidado a partir do itinerário terapêutico de adolescentes usuários de crack.*

Assim, de forma sintética, o processo interpretativo foi orientado pelos seguintes passos: transformação dos discursos em textos; leitura superficial; leitura profunda; compreensão do texto como um todo; interpretação e análise.

6.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para compreender questões relacionadas ao fenômeno do *crack*, há a necessidade da presença de seres humanos. Para tanto, esta dissertação foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), tendo sido aprovada pelo mesmo por meio do parecer de número 634. 127, e somente após sua aprovação a pesquisa de campo foi iniciada. Os sujeitos do estudo tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, quando se tratavam dos adolescentes, foi disponibilizado o Termo de Assentimento, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de Assentimento (Apêndices A, B e C) foram assinados em duas vias por todos os participantes do estudo.

Assim, a pesquisa respeitou todos aspectos éticos presentes na Resolução 466/12 que implicam em respeito ao participante da pesquisa, em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; além de garantir que danos previsíveis serão evitados (BRASIL, 2012).

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

7.1 PARA ALÉM DO BEM E DO MAL: IMPLICAÇÕES ACERCA DO USO DE *CRACK* POR ADOLESCENTES

Os discursos dos adolescentes possibilitaram compreender que o início do uso do *crack* está associado às influências dos amigos, ao contexto social no qual eles estão inseridos, além da aproximação com substâncias lícitas. O uso desorganizado da droga pode provocar algumas implicações na vida dos usuários, principalmente, no que tange as formas de obtenção das drogas, o que engloba atividades, como roubo, furto e envolvimento com tráfico de drogas. Além disso, implica em repercussões familiares, sociais e de ordem de saúde. Nesse caso, isso ocorre quando a droga passa a ocupar um papel de destaque na vida dos usuários passando a interferir, de maneira prejudicial, em suas atividades de vida diária bem como em suas relações interpessoais.

No entanto, vale suscitar que a utilização de droga é, antes de tudo, algo prazeroso para o indivíduo, tanto pelos seus efeitos físicoquímicos como também pelas representações que estão atreladas ao uso. Além disso, os discursos relevam que o uso de *crack* está associado a uma tentativa de abstenção de problemas pessoais, bem como a maneira de experienciar momentos prazerosos diante de situações, muitas vezes, de vulnerabilidade.

Nas primeiras experimentações com o *crack*, o indivíduo desfruta de uma inigualável sensação de prazer, fantasiando um mundo sem limites e sem problemas, associado com uma ampliação de sua rede social, aparecimento de novos parceiros e aumento da popularidade entre os colegas. No entanto, podem ocorrer inversões, como o surgimento de sensações de vazio, angústia e desespero, associadas ao aumento do consumo da droga com o intuito de superar esses sentimentos e permanecer usufruindo o prazer que obtinha anteriormente (MAGALHÃES; SILVA, 2010).

Assim como destacam Oliveira e Nappo (2008), para os usuários de *crack*, os efeitos são de ordem psíquica e física, sendo os efeitos positivos de prazer seguidos dos negativos e desagradáveis, tais como, alucinações, delírios, fissura, sensação de depressão, vontade de usar novamente, os quais são relacionados a sensações de perseguição, despertando medo e angústia e proporcionando a adesão de comportamentos repetitivos e atípicos.

“O lado bom é sempre o seu psicológico que faz, já vi muita coisa, é o psicológico do cara que faz você viajar, a droga não. (...) se você pensar que você está nas nuvens, você vai pra todo canto, fica nas nuvens, (...) que o *crack* se você passar muito tempo usando ele é perigoso você morrer”. (GrupoI)

Por meio dos discursos dos usuários, pode-se apreender que as principais repercussões negativas do uso de drogas estão atreladas ao circuito de violência no qual a droga está inserida, envolvendo as etapas de comercialização da droga, uma vez que alguns participavam do controle de pontos de venda de drogas (“as bocadas”) enquanto outros atuavam na venda direta. Sendo que alguns dos entrevistados ora estavam no papel de vendedor, ora de usuário. Em relação à venda, nas falas dos adolescentes, era recorrente a questão dos conflitos com a polícia, por se tratar de uma atividade ilegal que acaba gerando a prisão, e com os próprios chefes do tráfico, por causa da prestação de contas.

Além disso, os discursos também revelam que o dinheiro adquirido com a venda da droga, muitas vezes, é utilizado para aquisição da mesma. No entanto, vale ressaltar as estratégias por eles desenvolvidas para manter o controle da situação: quem vende o *crack* não deve fazer uso dele ou pelo menos evitar desempenhar a atividade sob o efeito da droga, pois, devido aos seus efeitos físicoquímicos, podem ocorrer prejuízos. Assim, os adolescentes que comercializavam o *crack* referem que fazem uso principalmente de maconha.

Por meio do estudo realizado por Martins *et al.* (2008), é possível perceber que os adolescentes que se encontram em situação de baixa condição socioeconômica e que são expostos à vizinhança com usuários e ao tráfico de drogas em seu local de moradia possuem maior propensão a serem consumidores. Ademais, vale ressaltar que, para muitos jovens, ser bandido representa uma possibilidade de ascensão social, muitos são motivados pelo ideário de que os riscos são sobressaltados por gratificações sociais em rejeição ao tipo de vida dos pais, sobrecarregados por dificuldades e pobreza.

Dessa forma, acredita-se que os caminhos trilhados pelos adolescentes estão intimamente associados às oportunidades disponíveis perante o seu contexto sóciofamiliar, atrelado a isso tem-se embutida uma perspectiva maquiavélica a qual baseia-se na premissa de que “os fins justificam os meios”, ou seja, as atitudes são justificadas pela necessidade de atingir os ideários propostos pela sociedade, não importando as estratégias que ele iria utilizar para tal, o que interessa é conseguir ter reconhecimento, mesmo que para isso haja o envolvimento com atividades que contribuem para o desenvolvimento de um ciclo de violência.

A pobreza extrema e a escassez de oportunidades sociais atreladas ao uso das drogas podem potencializar o risco do adolescente envolver-se com atividades relacionadas à marginalidade e à criminalidade. Nesse âmbito, os meios de comunicação social desenvolvem estratégias semeadoras do ideário de consumo e grandeza como sendo sinônimos de felicidade e sucesso, propagando a noção da obtenção de bens a qualquer custo (SILVEIRA *et al.*; 2013). Ademais, estão marcados por um período no qual a modernidade apresenta frutos impossíveis de serem alcançados, o modelo identificatório passa a ser o do traficante poderoso e bem sucedido (KODATO; SILVA, 2000).

Para alguns adolescentes, o envolvimento com o tráfico de drogas é visto como a principal alternativa de ascensão social, além de ser uma forma de adquirir bens materiais e *status* dentro da comunidade, visto que atualmente vive-se em uma sociedade capitalista na qual o principal objetivo é o consumo, as relações sociais se estabelecem de acordo com a classe social e o poder econômico das pessoas. Com isso, os jovens estão sempre à procura de estratégias que possam possibilitar ascensão e reconhecimento.

Dessa forma, uma das mais comuns associações entre drogas e violência está no contexto de mercado ilegal é a chamada motivação econômica de usuários dependentes. Nessa situação, o crime é visto como uma fonte de recursos para a compra de drogas, geralmente cocaína, *crack* e heroína (MINAYO; DESLANDES, 1998). Sendo fortemente destacado que uma das formas de adquirir a droga é através de pequenos furtos.

Ademais, destaca-se a questão das dívidas com os traficantes, pois, quando há iniciação do consumo, muitos adquirem a droga em pequenas quantidades com o intermédio de amigos, porém, no decorrer do tempo e com o uso exagerado da droga, alguns passam a acessar diretamente os pontos de comércio, as chamadas “bocadas”, e assim têm acesso a uma quantidade maior de drogas e também a uma diversidade de substâncias, fazendo com que ele acabe utilizando outras drogas.

Isso relava o fracasso da política proibicionista que possui como princípio básico o fim do uso de substâncias psicoativas pela humanidade, operando por meio de acordos internacionais que consideram o uso de drogas como uma prática ilegal, imprópria, operando embasados em fortes estruturas repressoras, relacionadas às ações policiais e jurídicas. No entanto, são criadas alternativas clandestinas para a aquisição da droga que favorecerem a aproximação com a criminalidade proveniente do tráfico de substâncias psicoativas.

Com isso, ressalta-se que o proibicionismo trouxe consigo um novo crime e um novo mercado; as regras proibicionistas, antes de banir as drogas visadas, culminaram por inventar o narcotráfico. E, hoje, menos de cem anos depois das primeiras tentativas de controle de drogas psicoativas, o modelo que orienta mundialmente as ações para lidar com tais substâncias é, salvo poucas e não propriamente anti-proibicionistas exceções, o da perseguição e criminalização disseminada que não consegue chegar nem próximo do objetivo inicial de erradicar hábitos, mercados e drogas (RODRIGUES, 2008).

“(...) a pessoa que trabalha com a droga não pode usar a droga (...) do mesmo jeito que eu vendia droga eu usava droga né, porque o dinheiro da droga ia todo pra eu usar droga. Fazia coisa ruim, roubava”. (Grupo I)

Assim Sodelli (2010), ao visitar o trabalho de Scheerer (1997), reitera que, ao invés de intitular uma veemente proibição, deve-se reconhecer que o desejo de drogas recreativas é tão verdadeiro quanto inextinguível, sendo preferível reduzir os danos associados a elas a fazer de conta que está tudo bem apenas com a manutenção da ideologia da proibição. No entanto, na realidade acaba-se favorecendo um consumo extremamente inconsciente, desfavorável, desimpedido, descontrolado e desenfreado.

O mesmo autor supracitado (SCHEERER, 1997) propõe que é impossível acabar com o desejo humano em experienciar o uso de drogas, ou seja, partindo de uma abordagem fenomenológica, é como se fosse impossível modificar a condição ontológica do ser humano. Assim, para Sodelli (2010), a proposição que enfatiza os danos à saúde ocasionados pelo uso de drogas não é suficientemente satisfatória para dar sustentação ao modelo de intolerância e de guerra contra as drogas.

Sodelli (2010), a partir da perspectiva do pensamento fenomenológico existencial, propõe que seria impossível pôr fim à possibilidade do uso de drogas entre os seres humanos, uma vez que, para isso acontecer, seria preciso haver uma alteração na própria condição ontológica do *Dasein*¹. Com base nisto, o ser humano, por sua própria constituição

¹ *Dasein* é o homem compreendido como o ser-existindo-aí, sendo sempre uma possibilidade na qual se encontra como uma abertura para a experiência. Com isso, emergem duas condições essenciais, a primeira considera que o *Dasein* é o único ser que sabe da sua finitude, de que um dia sua vida vai terminar, de que ele é um ser mortal, assim, diante dessa condição ontológica, surgem dois sentimentos inerentes ao *Dasein*: a angústia e a culpa. Já a segunda condição está relacionada ao fato de que o homem nasce com o seu ser livre, sendo o *Dasein* essencialmente livre, no sentido de ser capaz de realizar escolhas e de tomar decisões das quais resultam os significados de sua existência. Com base na compreensão fenomenológica existencial, o homem se torna *Dasein* unicamente na sua relação de ser-com-os-outros (humanos), sendo esse sempre uma possibilidade, na qual se encontra uma abertura para a experiência, uma vez que o homem é o ser-existindo-aí. No entanto, o *Dasein* não existe isoladamente sem o mundo que habita que, por sua vez, também não existe separado do *Dasein*, ou seja, o homem não é uma simples “coisa” no meio de outras coisas, nem uma interioridade fechada dentro de si mesmo (SODELLI, 2010).

ontológica, possui uma condição de vulnerabilidade no que condiz ao cuidar do seu existir, e isso, por sua vez, viabiliza uma procura interminável em amenizar os sentimentos de angústia e de culpa.

Assim, pode-se considerar a questão do uso de drogas como uma entre tantas outras alternativas de modificar nossa consciência, de amenizar o sofrimento e a angústia existencial. Com o passar do tempo, a história da humanidade releva que o uso de drogas é apenas um modo de vida. Com isso, todo e qualquer esforço, seja de caráter preventivo ou de tratamento ao uso nocivo de drogas, que esteja embasado essencialmente em negar esta possibilidade humana estará fadado ao fracasso (SODELLI, 2010).

Dessa forma, apreende-se que o uso de substâncias psicoativas é inerente à condição humana, assim, isso não deve ser visto como um inimigo a ser combatido, mas como algo com que se deve fazer uma aliança para que os possíveis problemas decorrentes desse uso sejam amenizados.

Por outro lado, pode-se perceber nas falas dos usuários que o uso da droga está associado à questão do respeito, de aceitação dentro da comunidade, e isso para o adolescente é muito importante, pois é nessa fase que ele mais procura se identificar e ser reconhecido, principalmente por estar infringindo a lei e ultrapassando os limites estabelecidos pela sociedade, além de gerar a sensação de medo nas pessoas decorrente do circuito de violência envolvido.

É sabido que os adolescentes ficam mais susceptíveis a mudanças de comportamento, uma vez que são motivados por buscar se inserir em grupos de iguais para se sentirem aceitos no meio social, o que, por consequência, pode aumentar a exposição aos fatores de riscos como, por exemplo, os relacionados ao uso de drogas lícitas e ilícitas (SILVEIRA *et al*, 2013). Dessa forma, a iniciação ao consumo de drogas está fortemente relacionada às relações de troca como, por exemplo, respeito e aceitação, acesso e pressão social, bem como o desejo de pertencer a um grupo. Ademais, pode sofrer interferência da carga excessiva de estudo e trabalho, do estresse além do desconhecimento da possibilidade de desenvolver uma dependência química (SANCHEZ; NAPPO, 2002). Pode também estar associado às influências de amigos e familiares (GABATZ *et al*, 2013).

Durante a transição do adolecer, é comum observar a oposição das ideias e valores movida pela necessidade de testar, agredir e contrariar as normas estabelecidas pelos pais ou pela sociedade na tentativa de experienciar novas situações e desafios. O adolescente

pressupõe ser ilimitado, entretanto, simultaneamente, sente-se, por diversas vezes, imaturo e inseguro, o que o torna vulnerável, tanto fisicamente como intelectualmente. Diante desse contexto, o adolescente procura estabelecer e firmar a sua identidade e o seu espaço no mundo. Para ele, emergem dúvidas e questões de várias naturezas, desde como viver a vida, modos de ser, de estar com os outros, até a construção do futuro relacionado às escolhas (ROEHRHS; LENARDT; MAFTUM, 2008).

Logo que o indivíduo inicia o uso de drogas, existem movimentos de busca nos quais experimentar não visa mais aceitação, desafio ou respeito ao outro, mas sim, vontade própria de sentir os efeitos da droga, o que releva uma postura mais ativa para a escolha da droga. A escolha do usuário para usar uma ou outra droga não é a característica que determina a sequência, demonstrando um comportamento dos indivíduos em busca de novas sensações e desafios, incluindo com isso um aumento do risco no consumo de drogas (GABATZ *et al*, 2013).

Por meio dos discursos, foi possível apreender uma forte expressividade de violência, “Aí eu era o terror lá, queria matar todo mundo lá, tinha inimigo”, revelando que muito precocemente os adolescentes entram nesse circuito e são rapidamente envolvidos por ele, passando a ocupar funções cada vez mais perigosas, não se restringindo a serem apenas “aviões” (transportadores de pequenas quantidades de droga), mas passando a serem capangas do líder do tráfico.

Assim, destaca-se, para além do mal, que o circuito de violência encontra uma representação nos aspectos demoníacos associados à droga, sendo o mal referenciado na morte, nas brigas, nos roubos e delitos e, com isso, acaba ocasionando uma incorporação da droga, principalmente, por meio dessa construção social que é imposta, e não necessariamente pelo que é ela de fato, ou seja, o *crack* está fortemente atrelado a essa representação.

Destarte, estrutura-se um circuito no qual o proibicionismo reforça a perspectiva demoníaca que passa a ser representada por meio da violência circunscrita ao uso da droga e que por sua vez direciona como estratégias de solução a religião, a repressão ou a abstinência.

Dessa forma, ao considerar que o uso descontrolado e desorganizado do *crack* está envolvido em uma vertente demoníaca, a droga passa a ser vista como algo enviado por uma entidade superior com o intuito de causar malefícios na vida de quem usa, além de instigar o uso contínuo da substância, impedindo que o indivíduo deixe-a de usar.

Essa visão demoníaca, “o lado mal”, acaba sendo um subsídio para o desenvolvimento de determinadas estratégias intervencionistas, como se, por estarem

possuídos pelo demônio, fosse necessário expulsá-lo desses corpos ou afastá-los do convívio social. Com isso, existem elementos que garantem a retroalimentação dessa estrutura, fazendo com que esse ciclo continue.

Com isso, apreende-se que ao longo do tempo as percepções sobre o uso de drogas sofreram transformações: anteriormente era visto como uma forma de se aproximar de entidades divinas e hoje é vista como algo do demônio. A conotação de que a droga é algo maligno está associada às construções sociais de que essas substâncias são más por si só. Essa percepção de cunho ideológico religioso tem a ver com a construção da política de guerra às drogas, por causa da desorganização que estas substâncias passaram a representar na sociedade a partir da sua proibição, e por elas terem sido associadas a grupos minoritários que foram excluídos e segregados socialmente e que não faziam parte culturalmente das religiões cristãs.

Logo, é necessário considerar que o uso de substâncias psicoativas é inerente à sociedade humana em todos os tempos; alguns povos a utilizavam para fins terapêuticos, enquanto outros a usavam em seus ritos religiosos. Assim, cada sociedade desenvolve uma cultura que pode mudar de acordo com o local e a época em que se encontra. Desse modo, a cultura está em constante alteração dos padrões ideais da sociedade, de forma a adequá-la aos acontecimentos reais (ROEHRS; LENARDT; MAFTUM, 2008).

Essa representação demoníaca das drogas (“O cão atentava. Usei uma vez, provei a segunda aí provei a terceira vez e foi indo pra frente”) faz menção ao pensamento medieval, quando a Igreja detinha o controle do conhecimento científico e que suas verdades eram ditas como absolutas. É como se as trevas fossem utilizadas para mascarar o desejo do indivíduo de usar a droga (desconsiderando sua autonomia) que passa a ser visto como um transgressor da ordem moral (um desviante), além de desconsiderar as questões sociais envolvidas (fragilidade das estruturas familiares, desigualdade social, escassez de oportunidades). Tentando com isso, reforça a guerra às drogas apregoando a abstinência como forma de se manter livre desse mal.

Ademais, essa representação torna-se um forte aliado de estratégias de tratamentos de ordem reclusiva com direcionamento religioso, no qual a principal maneira de reabilitação é através da fé, e isso é princípio básico de muitas instituições que trabalham sob a lógica do confinamento temporário. Além disso, essa representação pode ser percebida como uma forma de desviar a atenção do fracasso do Estado quanto a execução de políticas públicas efetivas que garantam o bem-estar social.

Assim, esse pensamento de ordem patológica de cunho moralista e “demoníaco” do uso de drogas desconsidera acepções que têm íntima relação com o prazer e a satisfação que este uso proporciona ao organismo humano, seja por meio de suas características físico-químicas ou por conta dos valores e referenciais sociais atribuídos aos círculos sociais que o uso engendra nos indivíduos. Valores de uma sociedade hedonista e de consumo, que ratificam os componentes de *status* social e de reconhecimento de pertença (QUINDERÉ, 2013).

Esse modelo moralista intensifica a vitimização, a submissão do usuário e contribui para a construção “demoníaca” da droga na sociedade tornando a relação do homem com a substância ainda mais nociva, além de reiterar o desprotagonismo do usuário no seu tratamento, uma vez que este é percebido como refém da droga, completamente submisso a ela. Para a sociedade é a representação da corporificação do “demônio” e do mal na substância, e isso serve de reforço para os indivíduos que estão em busca do mal se afeiçoarão por ela (QUINDERÉ, 2013).

No entanto, para além disso, existem outras questões envolvidas, sendo necessário considerar o sujeito com sua singularidade e autonomia, além dos aspectos sociais e familiares, e não considerar apenas a droga em si e as construções culturais que vêm se desenvolvendo ao longo do tempo.

“O *crack* é uma droga devastadora. Então, assim, quando o usuário tá usando outro tipo de droga você ainda vê uma condição, que droga nenhuma é boa, mas uma condição ainda de vida que você ainda consegue alguma coisa, quando passa para o *crack* é assim é totalmente terrível. Desestrutura a pessoa, desmonta, não só psiquicamente, como fisicamente, em um ano é uma coisa assim absurda”. (Grupo III)

Nesse sentido, faz-se importante destacar as implicações na saúde dos indivíduos, principalmente, questões relacionadas à negligência do cuidado com a aparência e com o estado físico, caracterizado pelo emagrecimento rápido e intenso. No caso do *crack*, trata-se de um estimulante do sistema nervoso central interferindo nas atividades normais do cérebro, modificando os processos naturais de acumulação, liberação e eliminação de neurotransmissores endógenos. O organismo humano estrutura-se sob a égide do sistema de recompensa (denominado reforço positivo-negativo), este sistema não gera apenas prazer, mas também saciedade que é o que determina o momento de parar e de recomeçar, com o uso contínuo e intenso da droga pode haver uma alteração nesse sistema, e a droga passa a ser a principal fonte de prazer em detrimento de outras. Com isso, o circuito passaria de controlado

pela sequência privação-prazer-saciedade e passaria a operar sob a ordem privação-prazer-privação (ALARCON, 2014).

No entanto, é preciso considerar o fato de que, antes de chegar às instituições, alguns dos adolescentes estavam em situação de rua ou passavam a maior parte do seu tempo nela. Com isso, ressalta-se, que para além dos efeitos do *crack*, existe também a situação do indivíduo. No entanto, pode-se perceber a existência de um estereótipo em torno dos usuários de *crack*, como indivíduos que apresentam um quadro de definhamento, reforçando assim a associação do *crack* com a morte como sendo decorrente da substância em si, como se fosse algo inerente dela.

Assim, destaca-se que, com o uso mais intenso, o *crack* acaba por interferir no organismo do usuário principalmente com repercussões no sistema nervoso central, queixas respiratórias em decorrência de problemas que atingem o trato respiratório inferior e superior, além de alterações no seu padrão de sono e vigília.

Ademais, com a presença de quadros alucinatórios, o adolescente dependente acaba não se alimentando e não dormindo bem, mantendo hábitos de vida desordenados expondo o sistema imunológico a outras doenças (MARQUES; CRUZ, 2000). Quanto ao emagrecimento, este pode ocorrer por alterações no metabolismo que podem pôr em risco a sua saúde (SILVEIRA *et al*, 2013).

Além disso, considera-se outra dimensão interna que vai além das repercussões orgânicas, “vai estragando a gente por dentro. Por fora tá bom, mas por dentro (...), só tudo, na parte da barriga, do corpo todo”, como o sofrimento psíquico e emocional, causadas pelo afastamento de pessoas das quais o adolescente gosta, por causa do uso desorganizado da droga, o que acaba gerando uma sensação de abandono, um sentimento de vazio.

No entanto, torna-se relevante considerar que o *crack* e, conseqüentemente, as substâncias nele contidas não dispõem de condições suficientes para provocar a destruição da vida dos usuários, sendo necessário considerar toda a rede social na qual esse indivíduo está inserido, bem como a maneira na qual ela vem sendo constituída.

Ademais, por meio dos discursos dos profissionais, é possível apreender que a questão do uso de drogas por adolescentes vai além de fatores inerentes dessa fase da vida, como a curiosidade e a influência dos amigos, os aspectos sociais, as interferências do meio, as facilidades de acesso à substância, as influências familiares, superando questões

existenciais da adolescência, podendo estar atreladas à ausência de alternativas que sejam mais atraentes e sedutoras na perspectiva do adolescente.

Concomitantemente, com as transformações da sociedade, ao longo dos tempos, o homem também passa por alterações, percebidas pela antropologia como ritos de passagem, que se constituem ritos que estão presentes em toda mudança de lugar, estado, posição social de idade, podendo se materializar através de um ritual de distanciamento do indivíduo da sua estrutura social, para, posteriormente, retornar com um novo *status*. Entre essas passagens, está a adolescência, na qual é possível perceber de forma mais clara a evidência de tais transformações, que acontecem em um ritmo acelerado, exacerbado e, simultaneamente, em vários aspectos como de viver, biológico, psicológico, comportamental e social. O rito de adolecer é caracterizado por diversos conflitos, quando o jovem não só está passando apenas por mudanças físicas, mas também complexas alterações em sua personalidade, o que, por conseguinte, gera várias repercussões no seu modo de olhar e ser no mundo (ALAVARSE; CARVALHO, 2006).

“E aí, quando a gente vai fazer a pesquisa social do *crack* em todo o entorno do mundo que ele vive, como se hoje em todos os locais, em vários aspectos da vida dessa pessoa tivesse *crack* e aí ele se tornar um usuário parece que já tá, parece que já se tornou usual, porque faz parte do cotidiano que ele tá (...) é bem maior do que ele ser um adolescente angustiado que foi procurar através da sua angústia uma resposta no *crack*, hoje em dia eu acho que não é só isso. Tem o uso por causa dos colegas que fazem uso, por causa da questão social como um todo”. (Grupo III)

Diante do exposto, é importante suscitar a reflexão sobre até que ponto será feita diferenciação quanto às drogas lícitas e ilícitas, culpabilizando estas em detrimento daquelas, mascaradas diante do rótulo de licitude, como se o simples fato de utilizar uma substância considerada lícita também não acarretasse implicações de ordem social, econômica e para a saúde dos usuários.

Há ainda a ideia de que, em relação ao cigarro e às bebidas alcoólicas, por serem lícitas, não são prejudiciais. No entanto, ao *crack* são atribuídos muitos problemas, principalmente por conta de atividades criminosas como o roubo. Contudo, o uso de maneira esporádica de cigarro e álcool não é percebido como algo que possa trazer malefícios, visto que é algo convencionalmente aceito pela sociedade.

Assim, Alavarse e Carvalho (2006) afirmam que a comercialização do álcool ocorre com insuficiente controle governamental, tornando uma das drogas psicoativas de

maior acesso e de uso mais frequente pelos adolescentes. E isso fica bem explícito, por meio da fala do adolescente:

“Não quero mais *crack*. Tomar uma cachacinha pretendo ainda. Fumar um cigarro pretendo. Mas não quero mais voltar a fumar *crack*”. (Grupo I)

Dessa forma, torna-se importante refletir sobre o contexto social no qual esses adolescentes estão envolvidos, os padrões estabelecidos pela atual sociedade que gera uma intensa desigualdade social, econômica e intelectual. No entanto, não se pode desconsiderar os efeitos físicoquímicos que o *crack* ocasiona no usuário, mas vale ressaltar que se trata apenas de uma substância. As implicações e as repercussões que ela poderá causar na vida dos usuários vão depender das condições biopsicosocioespirituais do usuário, além de sua subjetividade e de como ocorrem os seus processos de tomada de decisão.

Assim, apreende-se que, para além do bem, o *crack* é percebido como uma alternativa para driblar os problemas pessoais, a necessidade de sentir-se reconhecido por um grupo social, além de existir uma busca por prazer que é algo inerente à condição humana. Assim, como, para além do mal, embutido no circuito de violência fortemente atrelado à perspectiva demoníaca da droga, existe o reforço do proibicionismo utópico e fracassado.

7.2 TODOS OS CAMINHOS LEVAM À INTERNAÇÃO: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE ADOLESCENTES USUÁRIOS DE *CRACK* NAS REDES ASSISTENCIAIS DE APOIO

Diante das discussões apresentadas anteriormente acerca das implicações do uso de *crack*, pode-se perceber que, quando se desenvolve o uso desorganizado da substância, há repercussões na vida dos adolescentes, assim, por meio dos discursos, pode-se perceber que o início da busca por alternativas de cuidado no intuito de amenizar os problemas decorrentes desse uso desorganizado está associado: às motivações familiares, muitas vezes, incentivados e/ou acompanhados pelos pais na procura por serviços; a situações de conflito com a lei, como roubo, furto e tráfico de drogas; a condições de vulnerabilidade, principalmente, como situação de rua que pode estar relacionada ao abandono do lar, a conflitos familiares ou à ausência de responsáveis; além daqueles que ingressam nos serviços por meio de medidas judiciais que os obriga a frequentar determinadas instituições.

Nesse sentido, apreende-se um entrelaçamento dos setores (popular, profissional e *folk*) constituintes do Sistema de Cuidados à Saúde para a construção dos itinerários terapêuticos dos adolescentes usuários de *crack*, por meio dos vínculos estabelecidos com as instituições da rede social, tanto primárias como secundárias (formais e informais). No

primeiro setor (arena popular) destaca-se, principalmente, a família que é considerada como uma instituição primária componente da rede social dos usuários. São aos membros da família a quem os adolescentes inicialmente se reportam para pedir ajudar ou para auxiliar na busca por tal, com destaque para a figura materna.

No entanto, nem sempre, a família dispõe de condições para ajudá-lo, ou o apoio oferecido por esta não é suficiente para superar as adversidades decorrentes do uso desorganizado da substância, devido principalmente a fragilidades dos vínculos. Com isso, inicia-se uma busca por alternativas que possam auxiliar os adolescentes a transpor os problemas relacionados ao uso desorganizado do *crack*. Assim, eles deparam-se com as possibilidades presentes nas arenas profissional e *folk*.

Nesse sentido, tanto na observação de rua quanto nas instituições, os adolescentes relatam a família como sendo sua rede social primária (CRUZ et al, 2012). Assim, pode-se perceber que a família e o companheiro do usuário de *crack* são vistos como as principais redes de apoio dos usuários. A família tem um importante papel na criação de condições relacionadas, tanto ao uso abusivo de drogas quanto aos fatores de proteção, porém muitos usuários acabam se afastando de seus familiares devido a não aceitação de seus pais, recorrendo a estes apenas em situações emergenciais (SCHENKER; MINAYO, 2003).

Em relação à arena profissional, destacam-se as instituições de origem secundária de natureza formal, como os serviços de saúde, por exemplo, CAPS, CPDrogas, Hospital Mental e SOPAI. No entanto há também as instituições que atuam na assistência social como o Conselho Tutelar e o Albergue, além do Poder Judiciário; bem como, as instituições secundárias de terceiro setor que prestam serviço sem fins lucrativos, organizadas por uma associação de moradores, que trabalham em parceria com o poder público; além de uma comunidade terapêutica que trabalha em parceria com o governo.

No que concerne à arena paraprofissional, destacam-se as instituições de natureza informal, representadas principalmente pela igreja e por grupos religiosos que desenvolvem atividades junto aos adolescentes quando estes ingressam em instituições de abrigo ou em comunidades terapêuticas nas quais apresenta um caráter religioso; além das práticas ritualísticas procuradas, como as rezadeiras.

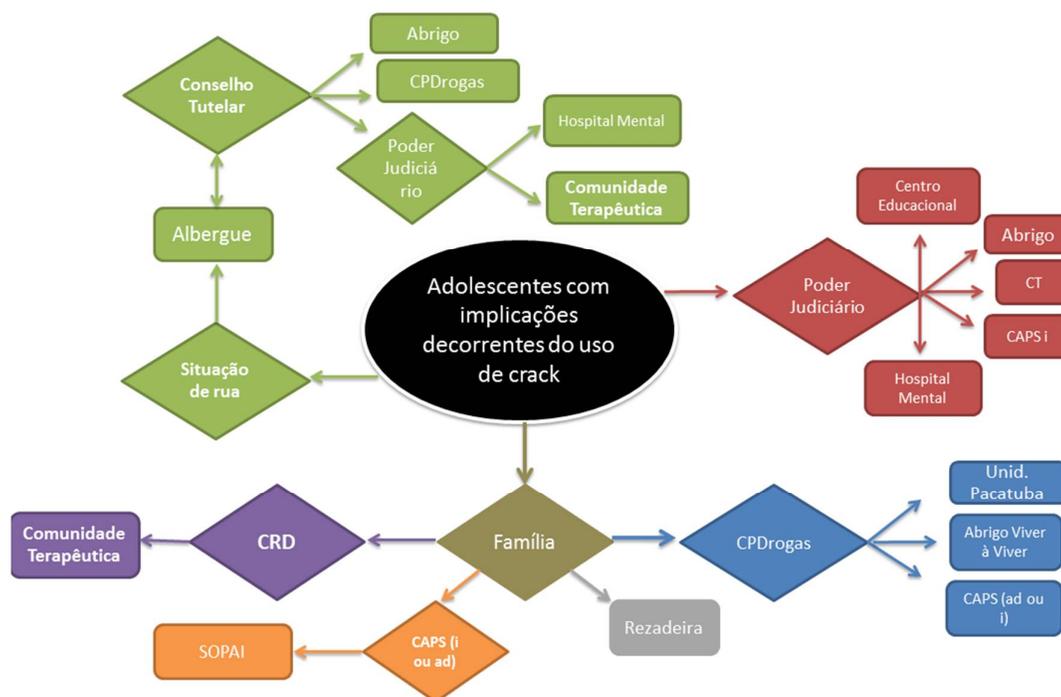
Assim, a trajetória terapêutica tem início por meio da ajuda familiar, porém esta às vezes não é suficiente, e com isso o seu desenrolar dar-se juntamente a partir do acesso aos serviços como CAPS, CPDrogas, CRD (Centro de Referência sobre Drogas), Conselho

Tutelar, Albergue, Hospital Mental de Messejana (HMM) e ainda por meio de intervenção do Poder Judiciário. Sendo que, quando há a presença de membros familiares, as principais instituições que são procuradas são CAPS, CPDrogas, CRD, HMM, além da solicitação de intervenção judiciária, principalmente, em usuários oriundos do interior. No que tange ao Poder Judiciário, há uma articulação principalmente para encaminhamentos para abrigos, comunidades terapêuticas, além de tratamento compulsório, tanto em hospitais como nos serviços substitutivos de referência, além das questões infracionais, como roubos, furtos e tráfico de drogas.

Em alguns casos, principalmente, quando o adolescente encontra-se em situação de rua, as principais instituições referenciadas são o Conselho Tutelar - por ser um órgão de proteção à criança e ao adolescente, que conta com o trabalho dos conselheiros e educadores sociais- e o albergue, que se trata de uma casa de passagem que acolhe meninos e meninas, muitas vezes, por intermédio do Conselho Tutelar. Este último também pode vir a solicitar apoio do Poder Judiciário para facilitar o acesso do adolescente às instituições de tratamento.

Há ainda instituições, como: a SOPAI que dispõe de leitos de atenção psicossocial e de desintoxicação; as comunidades terapêuticas que são serviços bastante referenciados na tentativa de solucionar os problemas decorrentes do abuso de drogas; além das instituições de abrigo e unidades de acolhimento.

Dessa forma, por meio da análise das entrevistas juntamente com as informações contidas no diário de campo e com base no modelo proposto por Franco e Merhy (2003) no qual considera o fluxograma como uma representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho, constitui-se três símbolos, convencionados universalmente: a elipse (representa sempre a entrada ou saída do processo de produção de serviços), o losango (aponta os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho) e o retângulo (está relacionado ao momento de intervenção, ação, sobre o processo). Assim, elaborou-se a Figura 10 na tentativa de representar as possibilidades de construção do itinerário terapêutico de adolescentes usuários de *crack*.

Figura 10 - Mapa de ofertas terapêuticas de adolescentes usuários de *crack*

Com isso, por meio desta Figura 10, pode-se apreender o desenrolar do desenvolvimento da construção dos itinerários terapêuticos dos adolescentes com problemas decorrentes do uso desorganizado de *crack*. Nesse sentido, a CPDrogas, quando procurada, dispõe de algumas alternativas de encaminhamento, como os CAPS i (infantil) ou ad (álcool e outras drogas), além de unidades de acolhimento, como a “Viver a vida” e a unidade de Pacatuba.

A unidade “Viver a vida” é considerada como um serviço destinado ao acolhimento de adolescentes usuários de drogas oriundos de encaminhamentos da CPDrogas, onde estes iniciam o tratamento de forma voluntária, podendo passar de seis a nove meses na instituição. Esta, por sua vez, possui parceria com outros serviços como o CAPS i e a ESF, além de contar com o apoio de um grupo religioso que desenvolve atividades com os adolescentes, bem como dos pais ou responsáveis, no entanto, em alguns casos os vínculos familiares encontram-se fragilizados. Já a unidade de Pacatuba não foi possível realizar visita devido a sua localização geográfica, no entanto, por meio de conversas com os participantes, soube-se que, posteriormente, a mesma não estava mais em funcionamento.

No que se refere aos CAPS, o encaminhamento para o CAPS ad ocorre quando o adolescente possui mais 16 anos, contudo, durante o período da coleta da pesquisa, a referida instituição não dispunha de adolescentes em atendimento. Já em relação à chegada ao CAPS i esta pode acontecer por diversas formas: por acesso direto à unidade, por encaminhamento oriundo da CPDrogas, através de mandato judicial ou ainda e, principalmente, por intermédio das instituições de abrigamento (quando o adolescente encontra-se nessa situação a instituição, leva-o até o serviço). Além disso, por meio da observação sistemática e das informações contidas no diário de campo, pode-se destacar que uma estratégia que era realizada pelos profissionais do CAPS i consistia em estes se dirigem à unidade de abrigamento ou de acolhimento para o desenvolvimento de atividades com os adolescentes.

No entanto, pode-se perceber a dificuldade em manter a continuidade dessa proposta terapêutica devido, principalmente, às mudanças que ocorreram no regime de trabalho com a implantação de seleções como estratégia de contratação dos profissionais, o que acaba prejudicando a continuidade desse projeto. Além disso, havia a questão de que os novos profissionais não sabiam lidar com esse público, gerando, da parte de alguns, a recusa em trabalhar com os adolescentes “AD” (assim rotulados), dificultando ainda mais a continuidade da assistência.

Ainda, em relação aos CAPS (ad ou i), estes também são referenciados como alternativa para chegar até a SOPAI, já que esta exige que haja encaminhamento ou oriundo do Hospital Mental, ou de CAPS ad ou infantil.

Ademais, também é possível considerar como constituinte da arena profissional os encaminhamentos orientados pelo Poder Judiciário que em algumas ocasiões contam com a participação da família, em outras é decorrente de atos infracionais realizados pelo adolescente ou ainda por intermédio do Conselho Tutelar. Dessa forma, apreende-se que o Poder Judiciário pode: direcionar o adolescente para o CAPS i para participar de atividades na instituição; encaminhar para alguma unidade de abrigamento quando não é possível o retorno ou a permanência no ambiente de origem do adolescente; como também pode conduzir para alguma comunidade terapêutica ou ainda estabelecer a internação compulsória. Além dessas possibilidades, ainda existem os centros educacionais para adolescentes que realizaram atos infracionais.

Além disso, existem os adolescentes em situação de rua que adentram a rede por meio do acesso ao albergue ou através do Conselho Tutelar; este por sua vez pode acionar a

CPDrogas, fazer contato direto com os abrigos ou com o albergue ou ainda articular medidas por meio de encaminhamento judicial.

“(...) a gente encaminha pro CAPS, a gente pode conduzir a família ou é a gente mesmo conduz até a CPDrogas (...)dificilmente um relatório nosso de um acolhimento, de um procedimento que a gente mande pro juiz que o juiz não acate, geralmente o juiz acata. (...) Eu já internei mãe e filha na clínica de recuperação”. (Grupo III)

Outra possibilidade diz respeito aos encaminhamentos originados pelo CRD (Centro de Referência sobre Drogas), órgão de caráter secundário de natureza formal, que direciona, principalmente, para a comunidade terapêutica (CT). Nesta, por sua vez, pode-se perceber o entrelaçamento das arenas de cuidado, uma vez que a CT, que faz parte do setor profissional, é permeada por práticas religiosas, típicas do setor *folk*.

No que concerne à arena paraprofissional (“eu tô frequentando aqui os cultos, aí quando eu sair daqui graças a Deus vou continuar indo pra igreja, sair logo dessas drogas”), as instituições de natureza informal são percebidas através da presença de grupos religiosos que desenvolvem atividades em algumas instituições, principalmente, aquelas de caráter reclusivo, como a comunidade terapêutica, o abrigo e a unidade de acolhimento. Além disso, há a procura por instituições religiosas, principalmente, por meio de acompanhamento de familiares, amigos ou companheiros, bem como, há a busca também por práticas alternativas, como as benzedeadas.

Assim, diante do exposto, é possível perceber que a construção dos itinerários terapêuticos dos adolescentes com implicações decorrentes do uso de *crack* perpassa por algumas vertentes de acordo com a oferta de serviços, no entanto apreende-se que há uma confluência para as instituições que operam sob a perspectiva do internamento demonstrando que a ideologia popular é marcadamente influenciada pela ideia da abstinência como a “cura” para os problemas das drogas, e que para isso o melhor tratamento é aquele que afasta o indivíduo do seu meio social.

Consoante, Pereira (2013) propõe que há duas vertentes em relação aos estudos sobre itinerário terapêutico em saúde, sendo que a primeira aborda o entendimento deste como demonstração do trajeto de busca por cuidado, o qual é percebido como resultante de um processo de “escolhas” realizadas pelo indivíduo diante de leque de possibilidades. Por outro lado, há também aqueles com uma vertente baseada no entendimento da condição de adoecimento através de uma trajetória biográfica, por meio de estudos pautados na

perspectiva cultural que demonstram a importância do meio cultural como determinante das escolhas do sujeito.

Ademais, é possível perceber que as instituições podem atuar, tanto como articuladoras como intervencionistas. As primeiras são vistas como “pontes” para atingir algo mais distante, nesse caso, entende-se a abstinência do *crack* obtida, principalmente, através de internação; já aquelas são percebidas como as que atuam diretamente na implantação dos processos de cuidado.

Dessa forma, por meio das análises dos discursos dos participantes, pode-se apreender que a ideia do internamento ainda é vista como alternativa bastante resolutive, tanto porque oferece uma alternativa de cuidado baseada na abstinência das drogas como porque proporciona um espaço de proteção física contra possíveis represálias de traficantes. Com isso, a CPDrogas é bastante procurada por ser vista como uma alternativa que possibilita que o adolescente possa ter acesso a algum serviço de abrigamento, de acolhimento temporário ou de desintoxicação. Quando chega à unidade, o adolescente é avaliado e em seguida encaminhado para algum serviço de acordo com a situação dele, podendo ser direcionado para instituições de acolhimento ou para uma de abrigamento, sendo ambas associadas a uma mesma ONG que desenvolve parceria com o poder público, além do CAPS (ad ou infantil); no entanto, esta última alternativa é pouco citada pelos usuários.

Com isso, percebe-se que parte do papel que a CPDrogas desenvolve é de responsabilidade do CAPS, pois esta é a instituição que deveria ser responsável pelo desenvolvimento de um plano terapêutico, bem como ser o serviço de referência assistencial, conforme preconiza a política de saúde mental. Dessa forma, reitera-se a necessidade de investimento nos CAPS que hoje encontram-se enfraquecidos, principalmente, devido à fragilização dos processos de trabalhos, o que tem afetado bastante o desenvolvimento das atividades, sendo algumas destas referenciadas no tempo pretérito, revelando a finitude ou a dificuldade de dar continuidade aos trabalhos anteriormente desenvolvidos.

Tal contexto está fortemente associado às mudanças políticoestruturais que ocorreram no decorrer dos últimos anos e que vêm ocasionando mudanças nos regimes de trabalho, gerando uma precarização do processo de trabalho, sendo isto percebido fortemente nos discursos dos profissionais quando eles relatam que é estruturada toda uma equipe e com as mudanças de gestão todo o trabalho é reiniciado.

Diante desse contexto, torna-se relevante repensar o papel dos CAPS e CAPSAd dentro da rede assistencial, visto que eles representam avanços na visão apregoada aos usuários e seus respectivos tratamentos, contudo, ainda precisam de maiores reflexões. Mesmo com a sua expansão, esses dispositivos ainda são insuficientes, concernente à sua quantidade e distribuição pelo País, para serem considerados os centros articuladores de toda uma rede assistencial. O modelo de funcionamento ambulatorial ainda é predominante, o que necessita ser problematizado, sobretudo, tendo em vista os aspectos psicossociais no tratamento dos usuários de drogas (COSTA *et al*, 2015).

No que se refere ao CAPS, pode-se apreender que a chegada ao serviço ocorre, principalmente, de forma secundária, uma vez que os adolescentes só iniciam o tratamento quando se encontram em situação de abrigo. E isso pode ser percebido durante o período da coleta de dados, pois esteve-se presente no CAPS no dia que estava programado para atendimento de adolescentes usuários de drogas, contudo não havia público, embora o profissional sempre estivesse presente, não havia demanda. O acesso primário ao CAPS só é citado como alternativa de conseguir encaminhamento para unidade de internamento, como a SOPAI.

“Mas a maioria é através das vias judiciais ou porque já tá com um processo e o Conselho Tutelar já toda a abordagem e o juiz obrigou que o pai trouxesse ou ele já está em situação de abrigo e ai foi o abrigo que trouxe pra gente” (Grupo III)

Os profissionais reconhecem a existência da instituição e promovem o encaminhamento dos adolescentes ao serviço, contudo o tratamento não tem continuidade, pois, ao se desligarem da instituição, principalmente, por fugas, há interrupção no tratamento, e este só volta a ser restabelecido caso o adolescente procure o CAPS ou retorne à situação de abrigo. Dessa forma, torna-se relevante destacar o fato de que o CAPS pouco tem conseguido desenvolver atividades extramuros, principalmente, por conta das mudanças de trabalhadores e das recusas de alguns em trabalhar com esse público.

Dessa forma, as atividades ficam restritas a serem apenas receptivas, ocupando a posição de apassivamento, sem se mostrar muito atuante dentro do seu território e com pouca articulação no desenvolvimento de estratégias de cuidado, o que ocasiona o seu apagamento como um serviço de referência. Além disso, não oferece atividades que sejam atraentes, de acordo com a perspectiva de alguns adolescentes.

Isso pode, em parte, ser explicado por Magalhães e Silva (2010) ao proporem que, mesmo com a existência de grupos específicos de profissionais atuando para auxiliar os usuários do *crack* a se desvincularem da droga, um fator que influencia de maneira negativa para que as ações realizadas não sejam satisfatoriamente correspondidas está no desconhecimento de muitos trabalhadores da área da saúde mental sobre as formas efetivas de enfrentamento dessa questão. Embora haja o conhecimento acerca dos efeitos do *crack* sobre o organismo, suas consequências familiares e sociais, são poucos os que conhecem o tipo de ajuda de que essas pessoas de fato necessitam para conseguir interromper o processo de dependência.

“Foi o coordenador lá da casa do menor, daqui do Castelão. Eu, ultimamente tava indo pro CAPS, eu parei de ir também (...) eu também não sinto falta e nem tenho vontade”. (Grupo I)

No entanto, vale destacar que o CAPS deveria ser o serviço de coordenação da assistência ao paciente com transtorno mental decorrente ou não do uso de drogas, bem como atuar no desenvolvimento do projeto terapêutico do usuário. Conforme consta na Portaria 3.088 de dezembro de 2011, em seu artigo 7º e incisos 2º e 3º, as atividades no Centro de Atenção Psicossocial são executadas prioritariamente em espaços coletivos de maneira articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido através da intermediação do Projeto Terapêutico Individual, no qual há participação da equipe, do usuário e da família na sua elaboração, ademais a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011).

Por ser parte integrante da rede de serviços que objetiva romper com a lógica institucionalizante, regulamentados pela portaria 336/ GM de fevereiro de 2002, o CAPS atua como equipamento fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004), desempenhando ações intensivas direcionadas aos grupos com sofrimento psíquico intenso e persistente e são também responsáveis pelas articulações, em seu território de abrangência, de estratégias e ações que objetivem a promoção de cuidados em saúde mental para toda a população. Devem ocasionar o acolhimento e acompanhamento das pessoas com transtornos mentais graves, objetivando a inserção e participação social, disponibilizando acompanhamento clínico terapêutico, estruturando-se como espaço promotor de vida (TAÑO; MATSUKURA, 2014).

No que diz respeito à SOPAI, trata-se de um hospital especializado no atendimento de crianças e adolescentes dispondo de leitos psicossociais para o tratamento de transtornos mentais associados ou não ao uso de drogas, trabalhando com ênfase na desintoxicação por meio do uso de medicamentos e de oficinas terapêuticas.

Concernente a isso é importante mencionar alguns aspectos: por ser um hospital destinado ao atendimento exclusivamente infantil, traz consigo implicações, como o fato de que anteriormente esses jovens eram encaminhados para o Hospital Mental de Messejana, uma instituição que, apesar das reformas por que passou, ainda é marcada por fortes características manicomial, além de não dispor de uma área restrita para crianças e adolescentes, uma vez que estes eram confinados ao convívio com pacientes adultos com transtornos mentais.

Dessa forma, Schneider e Lima (2011) ressaltam que o tratamento desenvolvido, de responsabilidade do corpo médico, é constituído, principalmente, na internação para desintoxicação e na adoção de terapêutica farmacológicas, as quais têm como objetivo final o controle neuroquímico, com o intuito de promover a abstinência. Assim, destaca-se que, mesmo diante de tantos debates e da reformulação das práticas assistenciais, ainda há uma valorização do modelo biomédico no qual o uso de drogas é considerado como um problema de saúde, com foco na doença (revelando ainda a presença do modelo biomédico) e que desconsidera a subjetividade e a autonomia do usuário.

Nesse contexto, sabe-se que essa não é a melhor alternativa, porém, diante do que anteriormente era oferecido, pode-se perceber uma melhoria na prestação da assistência. Em contrapartida, é importante destacar ausência de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, principalmente, devido ao fato de que o município dispõe de um hospital destinado à assistência de crianças e adolescentes, bem como dispõe de leitos infantis no Hospital Geral.

“A percepção nítida de que eles abriram uma coisa pra melhor a assistência deles e não consegue dá suporte a isso. É um serviço municipal e que atende via CAPS e mental de Messejana (...). Já que a gente tá vendo a fragilidade da situação dos CAPS que não estão conseguindo ainda fazer essa ponte. É de onde menos tá vindo (...)”. (Grupo III)

Ademais, destaca-se a necessidade de fortalecimento de dispositivos como os CAPS ad para que estes possam atuar na modalidade tipo III dispondo de leitos para internação e funcionando 24 horas, além de investimentos em CAPS i, pois há uma quantidade insuficiente no município, uma vez que existem apenas dois CAPS nessa modalidade para atender toda a demanda da cidade de Fortaleza.

Acredita-se que o CAPS produz cuidado, uma vez que deveria atuar como ordenador da rede de serviços em saúde mental baseado na lógica psicossocial. E isso, está diretamente relacionado às características de que dispõe em se consolidar como articulador e produtor de trabalho compartilhado diante de uma nova perspectiva que visualiza a rede e a produção de encontros cada vez mais singulares entre o equipamento e os sujeitos-alvos do cuidado (ELIA, 2005).

Contudo, apesar da existência de rede preestabelecida, puderam ser percebidos alguns entraves na construção do itinerário terapêutico do adolescente, por exemplo, no caso em que o CAPS encaminhou diretamente para a SOPAI, no entanto foi necessário percorrer um longo caminho até chegar neste; tal acontecimento pode estar associado ao fato de ser uma unidade inserida recentemente na rede, podendo gerar o desconhecimento por parte de alguns profissionais, proporcionando um fluxo de informações desencontradas; além disso, a informação fornecida no CAPS pode não ser totalmente compreendida pelos familiares da adolescente, associado à burocratização dos processos.

“eu fui pro CAPS eles me encaminharam logo pra cá (SOPAI). Porque nós foi no CAPS e eles encaminharam pra Santa Casa. Não. Primeiro eles disseram que era no Albert Sabin, aí nós foi pro Albert Sabin, e disseram que não era lá era na Santa Casa. Aí da Santa Casa disseram que era no Hospital de Messejana aí disseram que não era lá, era na Santa Casa aí disseram que não era na Santa Casa, disseram que era aqui (SOPAI).”
(Grupo I)

Nesse sentido, Scisleski e Maraschin (2014) destacam a existência de uma percepção positivada sobre a rede, visto que, se os serviços estão dispostos em uma rede, necessariamente os mesmos deveriam atuar corretamente, mostrando um determinado grau de idealismo na utilização dessa expressão. É como se o simples fato dos serviços estarem inseridos dentro de uma rede fosse garantia da sua efetividade. Contudo, o que se apreende dos discursos dos sujeitos entrevistados é que na prática os serviços não estão tão interligados, visto que, mediante um encaminhamento para uma instituição de nível terciário, a mesma teve que percorrer outras instituições até chegar ao serviço indicado, isso se deve, às vezes, por informações incorretas ou mesmo desconhecimento pelos profissionais, demonstrando a fragilidade da rede.

Em consonância, Costa *et al* (2015) ressaltam que em grande parte da literatura analisada apreende-se uma reificação das redes como estratégia de organização dos serviços, ou seja, a caracterização das redes como algo que se justifica por si só, uma assertiva pronta, idealizada. Tal proposição traz consigo a ideia das redes como ‘salvadoras da pátria’, sem

problematizar seus princípios, o motivo de adesão dessa forma de organização e não de outra. Destacam-se, constantemente, os aspectos estruturais sem colocar em questão os aspectos processuais, ou seja, a forma como os diferentes participantes sociais e as instituições são estruturados e constituídos a partir do trabalho em rede.

Mesmo com a existência de protocolos e fluxogramas de atendimentos bem estabelecidos pela rede assistencial, os indivíduos constroem a partir de suas escolhas (embasadas em suas próprias necessidades, concepções, estigmas e determinantes sociais) os seus próprios caminhos singulares que definem diferentes modos de trilhar o sistema oficial (FERREIRA; SILVA, 2012).

“A dificuldade principal é eles não sabem para onde ir. Se a gente que tá dentro, tá vendo isso, imagine a coitada de uma família lá no bairro x ou y, na periferia e vai procurar o posto de saúde, pro posto de saúde dizer que ele procure o CAPS e o CAPS dizer que seja o CAPS infantil e o CAPS infantil mandar pro mental. Eu já recebi paciente aqui do CAPS infantil que veio pelo mental pra pegar o documento, porque no CAPS não tinha quem emitisse a AIH do SUS, a pessoa passa pelo mental, o CAPS e mandar pelo mental, dois três dias para poder articular. A dificuldade tá no sistema, a rede não tá funcionando ainda, como deveria”. (Grupo III)

A Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes estrutura-se a partir de dois principais eixos de ação e organização: a instalação e manutenção dos CAPSi e a articulação de uma rede intersetorial, nas quais os dispositivos atuem de forma a desenvolver um processo de corresponsabilização pelo cuidado à infância e adolescência. Com isso, as estratégias propostas para atenção em saúde mental infantil nos CAPSi devem ser embasadas por princípios éticos que orientam os modos pelos quais se pode produzir os encontros na clínica e as possibilidades de ativação de processos de autonomia e produção de mais saúde e bem-estar. A estrutura dissipadora deste modo de proceder ao trabalho clínico reitera como estratégia essencial para a produção de saúde a ampliação da rede de suporte dos sujeitos e a complexificação de seus espaços de pertencimento e de trocas sociais (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Baseados na lógica territorial e comunitária e no referencial da Reabilitação Psicossocial, estes serviços visam assegurar o direito à liberdade e impedir medidas de intervenção que produzam restrição de circulação e de trocas sociais. Ao direcionar sua prioridade para as situações de grande complexidade em saúde mental, os CAPSi têm o propósito de articular as redes de cuidados e suporte social dos sujeitos atendidos em projetos terapêuticos singulares, a ser construídos de modo compartilhado e de acordo com as

demandas e anseios dos usuários. Aliados ao trabalho em rede, devem ter capacidade de fornecer novos arranjos àqueles que estiveram impossibilitados de manter ou mesmo estabelecer laços sociais de pertencimento (COUTO, 2001). Deste modo, quanto mais intensiva e precoce for a intervenção, maior a possibilidade de cuidado, inserção social e exercício de autonomia (BRASIL, 2005).

Assim, apreende-se que é necessário que ocorra um processo de corresponsabilização com o envolvimento efetivo de várias áreas e setores, através da articulação com os equipamentos da rede, principalmente, para viabilizar a reinserção social desses adolescentes. No entanto, para isso é necessário que haja o desenvolvimento de estratégias de cuidado que possam superar a lógica hospitalocêntrica, rompendo com a ideia do tratamento focado na medicalização e que passe a considerar o usuário como sujeito desse processo de cuidado, além de superar a ideologia de “guerra às drogas” que estigmatiza o adolescente e acaba dificultando a sua chegada ao serviço.

Outra instituição referenciada pelos adolescentes na tentativa de procurar ajuda é o CRD que está associado à Secretária Estadual de Políticas sobre Drogas, pois é percebido como um serviço de fácil acesso e que possibilita o internamento em comunidades terapêuticas.

“(...) eu fui num negócio ali, perto ali dos bombeiros ali. Negócio de encaminhamento pra cá, aí eles foram e me encaminharam pra cá (...). Então eu fui e pedi logo a internação (...) aí na segunda-feira eu ‘mãe, borá lá no Centro ou qualquer canto assim que dá pra mim encaminhar pra casa de recuperação’. (...) Aí ela foi, nós fumo e ela foi e me encaminhou pra cá (CT)”. (Grupo I)

Por meio dos discursos, apreende-se que se trata de um órgão vinculado ao governo, inserido na Secretaria Estadual sobre Drogas, que realiza encaminhamento direto para uma comunidade terapêutica revelando o descompromisso com os preceitos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, reforçando assim a ideia de que os serviços de confinamento são as melhores alternativas para tratar do abuso de drogas. Serviços esses que, se de fato fossem tão resolutivos, não haveria um retorno constante por parte dos adolescentes, bem como o pouco tempo de permanência, além da passagem por diversas instituições.

Dessa forma, destaca-se que o órgão que deveria atuar na formulação de políticas e como articulador e apoiador da rede desconsidera a equipotência de outros equipamentos da rede assistencial e acaba desenvolvendo um “curto-circuito”, ou seja enrijecendo as estruturas

da rede e cristalizando-a como um itinerário fechado (SCISLESKI; MARASCHIN, 2014). Isto se deve ao fato de que serviços como CRD deveriam atuar resistindo e não facilitando o desenvolvimento desse modelo. Assim, diante desse contexto, nota-se a implantação de estruturas que podem vir a ocasionar um “choque”, decorrente das diferenças de potências das instituições, uma vez que elas não são percebidas da mesma maneira no que se refere à resolubilidade do cuidado.

As comunidades terapêuticas são percebidas como instituições nas quais os indivíduos empenham bastante expectativas, pois são vistas como estratégias resolutivas para a problemática das drogas. Em alguns casos, são as primeiras instituições a serem procuradas. A política antidrogas propaga a ideia de que a abstinência é a única alternativa resolutiva para os problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, no entanto, a permanência nesses locais, conforme o discurso dos usuários, é difícil em decorrência da abstinência, da ociosidade e da falta de profissionais devidamente qualificados para atuar diante desse público.

Assim, destaca-se que a política do Ministério da Saúde para atenção a usuários de álcool e drogas ainda carregar consigo heranças históricas que compõem contradições grosseiras na operacionalização desse modelo (BASTOS *et al*, 2014). Entretanto, na conformação desse modelo, estão presentes instituições de caráter fechado, predominantemente filantrópico, que cresceram historicamente, embasadas por princípios como a criminalização e repressão de usuários de álcool e drogas, reconhecidas como “comunidades terapêuticas” (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Ademais, vale destacar o financiamento público de CT enquanto que há um visível sucateamento e fortes investidas de enfraquecimento do SUS, revelando um interesse do Estado em se eximir do seu papel.

Concernente a isso, Ribeiro e Minayo (2015) ressaltam que o Estado investe, sem criticar, em CT gerenciadas por instituições religiosas as quais impõem um credo religioso e um projeto terapêutico de base moral aos sujeitos, em detrimento de uma política universal que beneficiaria o conjunto da população. Assim, não se trata apenas de que há um erro, mas da demonstração do enfraquecimento do poder público, ou seja, é como se o Estado se apequenasse, desconsiderando o seu papel e o conhecimento técnico que seus profissionais detêm, a favor de um credo religioso e de um projeto terapêutico embasado em princípios morais e colocam em jogo a laicidade constitucional da sociedade brasileira.

Ao invés disso, o adolescente deveria ser encaminhado ao CAPS para ter seu Projeto Terapêutico estruturado e com isso almejar maiores possibilidades de acessar outros dispositivos da rede, não apenas do setor saúde, mas também instituições da assistência social e dos direitos humanos.

Outra possibilidade seria tentar uma articulação com a CPDrogas, já que esta se propõe a desempenhar o principal papel de articuladora dos serviços assistenciais, e favorecer o encaminhamento do adolescente para outros serviços substitutivos que não trabalhem sob a ótica da institucionalização.

Dessa forma, ressalta-se que a reforma psiquiátrica construiu ao longo de anos o princípio ético do cuidado em liberdade, pilar da prática terapêutica, assim, não há como pensar o cuidado considerando apenas um diagnóstico que se baseia nas disfunções de interações neurobioquímicas. Principalmente, não é possível aceitar práticas que restrinjam ou limitem o exercício do ir e vir nem ações que privam o sujeito no seu já precário poder de contratualidade que ele tem sobre si e as coisas do mundo e, menos ainda, práticas que o submetam a um regime de controle e vigilância sobre todas as ações cotidianas. O produto histórico dessa forma de pensar é bastante conhecido: segregação, violência institucional, isolamento e degradação humana (YASUI, 2013).

No entanto, pouco se discute sobre redução de danos, sobre possibilidades de desenvolver um plano assistencial de cuidado dentro do território de usuário, utilizando os dispositivos presentes na comunidade, sem ter que retirá-lo do seu meio social, inserindo a família e até mesmo cuidando dela.

Nesse mesmo bojo, tem-se o cuidado conduzido pelos dispositivos da rede de saúde mental, como os equipamentos abertos (CAPS AD) que operam pela lógica da redução de danos, além de outros equipamentos que possuem níveis de complexidade e necessidades diferenciados (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Assim, é possível suscitar a existência de uma disputa, em duas vias, entre os modelos de cuidado gerados no atendimento dos usuários: sendo que uma direciona o tratamento à dependência química e não ao adolescente em sofrimento, enquanto a outra percebe a complexidade do cuidado que deve ser desenvolvido e reclama por parcerias com outros serviços no atendimento às necessidades integrais desse adolescente. Nesse caso, destaca-se o CAPS enquanto ponto da rede que não tem conseguido operar na lógica

psicossocial ou, ainda, que não se apropria do poder de contratualidade que deve ter junto a outros serviços do território (BASTOS *et al*, 2014).

E assim, emergem questões, como: por que, ao invés de se investir em CT, não direcionar para a melhoria do CAPS? Por que promover um processo de precarização dos processos de trabalho nessas instituições?

Um possível direcionamento para isto pode estar no interesse do Estado em mascarar os inúmeros problemas sociais envolvidos como formação precária e insuficiente que possibilite a inserção no mercado de trabalho; ausência de equipamentos que promovam cultura, esporte e lazer; políticas de assistência públicas eficazes, ao invés de responsabilizar a droga (em si) por todas essas questões. Além de tentar enfraquecer as estratégias de redução de danos, e assim reforçar o ciclo: droga – violência – cadeia, caixão ou internação. E, dessa forma continuar excluindo quem sempre foi excluído e marginalizado.

Ainda no que tange aos componentes do sistema de cuidados em saúde, tem-se o Conselho Tutelar, que apesar de estar associado à assistência social, optou-se aqui por considerá-lo parte da arena profissional, uma vez que se trata de um órgão de proteção à criança e ao adolescente e, muitas vezes, é procurado por estes na tentativa de procurar ajuda. Este atua no sentido de tentar reestabelecer os vínculos familiares, quando possível, ou então através de parceria com outras instituições como a CPDrogas e, principalmente, com o albergue que é uma casa de passagem na qual os adolescentes ficam enquanto aguardam a atuação dos conselheiros tutelares podendo retornar para seu ambiente familiar ou ser encaminhado para outro serviço as instituições de abrigamento e até mesmo para comunidades terapêuticas, sendo que essas atividades, muitas vezes, são desenvolvidas em parceria com o Poder Judiciário.

Por meio dos estudos de Scisleski (2006), há um direcionamento da constatação de que a ordem judicial exerce uma dupla função: por um lado ela é percebida como uma estratégia de acesso ao serviço de saúde; por outro, ela é empregada como uma espécie de punição, no sentido de o encaminhamento servir como um recurso auxiliar à disciplinarização dos adolescentes, constituindo uma relação entre "medicar" e "punir".

Com isso, pode-se perceber que os órgãos de proteção à criança e ao adolescente atuam de maneira pontual considerando apenas as questões inerentes à droga em si, sem dar atenção às características próprias da adolescência, além de desconsiderar os aspectos sociais e familiares. Ademais, as medidas estabelecidas não têm um *feedback*, não há

corresponsabilização nesse processo de cuidado, apenas são impostas medidas, e estas por sua vez devem ser cumpridas. Medidas estas que, muitas vezes, estão relacionadas a estratégias de confinamento e reclusão.

“Eu que pedi porque eu tava na rua. Aí eu não tava mais aguentando, tava doente, aí eu fui no conselho tutelar e pedi para vir pra cá. Aí eles mandaram eu para uma casa de passagem ai depois de três dias eu vim (...) já tinha ido para clínica, clínica de recuperação. Passei só um mês porque deu abstinência, aí eu voltei. Eu já fui pra outro abrigo. Deu certo por uns tempos (...) depois o abrigo fechou ai eu voltei pra rua. Aí eu fui pra uma casa de passagem e por enquanto que eu não vinha pra cá, eu fiquei lá. Que lá também é fechado, na casa de passagem”. (Grupo I)

Assim, como destacam Scisleski e Maraschin (2014), torna-se evidente a hegemonia de saberes quando se refere ao ordenamento do fluxo dos usuários na rede, no qual apenas o médico e o juiz, este em algumas ocasiões sendo assessorado por aquele, podem encaminhar a internação. Com isso, a Medicina e o Direito são saberes/instituições/“nós da rede” tradicionalmente vistos como norteadores, estabelecendo-se como pilares. Sendo o saber médico associado à verdadeira cientificidade; e o Direito como regulador da ordem social. Ressaltando que ambos desempenham funções normalizadoras na sociedade.

Com isso, as intervenções no campo da saúde relacionadas ao uso de drogas são quase sempre restritas aos danos provocados pelo seu uso, apresentado como modelo universal às demandas inerentes aos efeitos da dependência, baseando-se em uma hegemonia que parece não admitir a possibilidade do uso de drogas como parte de um estilo individual e privado compatível com o incremento da qualidade de vida. E isso, pode ser claramente percebido através de ações preventivas que fazem uso de expressões da ordem “antidrogas”, tentando reduzir a demanda (ALARCON, 2012).

“Eu procurava ajuda nos conselho tutelar, aí me levaram pra CPDroga, aí ligaram pras casa de recuperação, algumas tava lotada e algumas não quiseram me receber, aí foi e me levaram de volta para o conselho tutelar, não arrumaram nada pra mim ai eu já fui pra rua de novo, cabeça meio quente, meio chateado e começava a usar droga de novo”. (Grupo I)

Os tratamentos estruturados na internação fechada de longo prazo percebem nesse sujeito a ausência da ordem estabelecida e possibilitam o retorno às formas de tratamento influenciadas por concepções jurídico-moral ou biomédica, ou até mesmo a junção de ambas como estratégia viabilizadora para implementação da disciplina necessária ao domínio da razão social configurada. Mesmo com mudanças físicas, como a ausência de grades e de eletrochoques - equipamentos característicos do sistema disciplinar- novos espaços de

cuidado em regime de internação fechada são estabelecidos e imprimem novas modulações na vida do sujeito. Eis a contrarreforma! (ASSIS; BARRETO; CONCEIÇÃO, 2013).

Os mesmos autores supracitados reforçam que, apesar de uma nova legislação sobre drogas ter entrado em vigência, as ações práticas não têm acompanhado as mudanças na mesma velocidade, e ainda é possível perceber resquícios do antigo tratamento perante o fenômeno, com ênfase na abordagem repressora e punitiva aos usuários. Na contramão da humanização dos serviços e das conquistas do movimento da luta antimanicomial, alguns setores da sociedade tentam reproduzir o paradigma asilar de tratamento da loucura disponibilizando, como proposta de cuidado, o isolamento social dos usuários de drogas, contendo-os à revelia em instituições totais.

Dessa forma, dentre essas instituições, tem-se a unidade “Renascer” que possui caráter de abrigo prolongado, sendo que os adolescentes são oriundos de duas formas como: mandato judicial ou por intermédio do conselho tutelar. Assim, por meio dos discursos dos adolescentes, pode-se perceber o desenvolvimento do processo de institucionalização, pois não é estabelecido tempo mínimo de permanência, além de haver uma fraca articulação com a família. Em relação a isso, alguns adolescentes relataram o fato de estarem vivendo em situação de rua, principalmente, devido ao rompimento dos laços familiares.

No entanto, para amenizar os efeitos dessa institucionalização, é proposto para eles o retorno às atividades escolares, já que muitos interromperam esse processo, além da participação em curso de qualificação, e de atividades recreativas juntamente com os adolescentes de outra instituição gerenciada pela mesma ONG.

Assim, apreende-se que a arena profissional tem um grande destaque quando os indivíduos procuram por ajuda, e, com isso, há o reconhecimento por parte da população em relação aos serviços presentes na rede. No entanto, vale refletir sobre as dificuldades e as facilidades presentes nesse processo, bem como qual o modelo de cuidado que está sendo ofertado à população e se as estratégias desenvolvidas pelas instituições têm sido resolutivas no que concerne aos problemas decorrentes do uso desorganizado de drogas e à complexidade desse fenômeno.

No que diz respeito ao setor *folk*, destaca-se a rede secundária informal caracterizada principalmente por atividades religiosas desenvolvidas dentro das instituições e, em alguns casos, a religião é procurada também por intermédio de pessoas que fizeram uso de

crack e encontraram na religião e na fé, proposta por essa, uma alternativa terapêutica para os problemas decorrentes do uso desorganizado da droga.

Dentre as técnicas empregadas no "tratamento" religioso, principalmente, aquele de orientação católica e evangélica, são a oração, conscientização da vida após a morte e a fé como ferramenta propulsora de qualidade de vida. Ao aderir aos princípios da religião, o indivíduo passa a confiar na proteção de Deus e respeita as normas e os valores impostos pela religião, melhorando a qualidade de vida dos adeptos. O enfrentamento das dificuldades, a partir da perspectiva espiritual apoiada na fé, acaba ocasionando o afastamento natural de atitudes contrárias à moral difundida pela religião. Ademais, o fato de se contar com a ajuda ilimitada de Deus proporciona uma sensação de amparo constante (SANCHEZ; NAPPO, 2008).

O "tratamento" religioso tem como objetivo a abstinência total, não sendo admitida a possibilidade de utilização de estratégias de redução de danos. No entanto, a religião não se restringe apenas à abstinência do consumo de drogas, mas disponibiliza recursos sociais de reestruturação, como a configuração de uma nova rede de amizades, a escuta "psicológica" individualizada, a coesão do grupo, o apoio constante dos líderes religiosos, sem julgamentos e, em especial entre evangélicos, a formação de uma "nova família" (SANCHEZ; NAPPO, 2008).

“Encontrei Deus, dentro de algumas casas de recuperação, foi muito bom mesmo. Tinha umas que era mais assim, tinha umas católicas, (...) que só Deus que pode libertar da droga. Casa nenhuma de recuperação pode libertar”. (Grupo I)

Ademais, ressalta-se a busca por práticas populares como as desenvolvidas pelas rezadeiras ou benzedeiras, no intuito de encontrar ajuda ou justificativa para os problemas decorrentes do uso do *crack*. Contudo, isso está muito associado à representatividade maléfica que a droga possui, como algo advindo do mal, enviado por um ser demoníaco. Além disso, o uso de drogas é percebido como uma doença e, dessa forma, procura-se ajuda com o intuito de curar o indivíduo acometido por essa moléstia que causa sofrimento físico, moral e psíquico.

“Aí eu fui na rezadeira, a rezadeira disse simplesmente que era o espírito do meu filho que tava em cima dela, eu não sei, (...) mas para a proteção dela, né?”. (Grupo IV)

Assim, Araújo (2011) destaca que o objeto do ritual das rezadeiras é a própria cura, sendo que esta se caracteriza como o foco principal nos rituais das senhoras rezantes;

quem as procura almeja por alívio espiritual e carnal. As rezadeiras estão inseridas em uma crença (estado de opinião, modo de representação) permeada pela diversidade religiosa, um teor católico com nuances de matriz lusa, afro e indígena, ou seja, uma crença múltipla, em que o rito visa curar os males da alma expostos no corpo do fiel.

7.3 APREENSÕES ACERCA DO SENTIR-SE CUIDADO A PARTIR DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE ADOLESCENTES USUÁRIOS DE *CRACK*

Diante do que foi discutido até aqui, pode-se perceber que, durante a construção de suas trajetórias terapêuticas, os adolescentes procuram ajuda em diversas instituições que fazem parte das arenas popular, profissional e *folk*. No entanto, estas passam a ter diferentes representações para os adolescentes a depender de como são desenvolvidas as estratégias de cuidado. Assim, ressalta-se a família como sendo a rede social primária, na qual os membros familiares são a quem inicialmente o adolescente recorre, com destaque para a figura materna. Além da família, são as instituições secundárias formais (CAPS, SOPAI e Hospital Mental) e informais, igrejas e benzedadeiras, bem como, de terceiro setor como a unidade de acolhimento e o abrigo que são parceiras do poder público com uma ONG, assim como a comunidade terapêutica.

Por meio dos discursos, pode-se apreender que a família pode desempenhar diversas implicações sobre a vida do adolescente quando se trata do enfrentamento ao uso de drogas, tanto como facilitadora quanto suporte ou mostrando-se indiferente. É facilitadora ao propiciar situações nas quais o contexto familiar favorece os primeiros contatos e a iniciação com a droga, como por exemplo, no caso de alguns adolescentes os quais a principal fonte de renda da família é oriunda da comercialização de drogas lícitas, como, por exemplo, o bar que funciona junto à casa da família e onde o adolescente atuava no atendimento aos clientes; pode representar-se como suporte, servindo como referência e auxiliando o adolescente na sua trajetória em busca por cuidado; e mostra-se indiferente diante da situação do adolescente, emanando sentimentos de desprezo e se desresponsabilizando pela assistência ao adolescente, fazendo com que este sinta-se desamparado e utilizando a droga cada vez mais como estratégia para superar essas adversidades.

A família representa o núcleo inicial de aprendizado, de conhecimentos e de crenças, que são edificados, distribuídos e imitados, sendo transmitidas as primeiras regras e valores relacionados ao convívio social, possibilitando que o jovem disponha de estrutura para um desenvolvimento psicoemocional adequado quando inserir-se na fase adulta. Ao passo em

que o adolescente vai se desenvolvendo, os processos se estabelecem mais intensamente com a capacidade dos membros da família para viabilizar um espaço relacional, que torne possível a expressão de comportamentos positivos e das balizas de cada membro familiar. As relações de cumplicidade e o tempo vivenciado em família estimulam o desenvolvimento de relações protetoras e sensíveis. Sendo estratégias de cuidar que necessitam de um elevado nível de implicação e enlaçamento entre os membros da família, especialmente a sensibilidade dos mais velhos em relação aos exemplos. A representatividade que os familiares adultos têm para os adolescentes é significativo para o desenvolvimento de práticas saudáveis de vida destes (ROEHRS; LENARDT; MAFTUM, 2008).

Mesmo que seja possível apreender que o abuso de drogas encontra, na família, um momento essencial de explicação, ele remete a muitos outros contextos e processos que ultrapassam os limites familiares. Inicialmente, não é adequado conceber de forma independente família, indivíduo, cultura, economia e avanços tecnológicos, ao abordar a questão das drogas. A família considerada recursivamente é produto e promotora de uma sociedade – embasada pelo individualismo e pelo consumo – onde o uso de SPA é prática presente. Com isso, maneiras de intervir na construção de um sujeito contemporâneo têm, na família, parte e totalidade, o que sobrepõe a condição de considerar continuamente articulações em rede que se desenvolvem nas experiências globais (LINS; SCARPARO, 2010).

Tais nuances fazem com que a família passe a ser percebida por diversos ângulos, como, por exemplo, ao ser vista como mais uma vítima do atual sistema capitalista, que propaga a ideia do consumismo exacerbado e no qual os pais direcionam grande parte do seu tempo com as atividades do trabalho com o intuito de suprir as necessidades econômicas em detrimento com o convívio com os filhos.

Existem famílias nas quais os progenitores não dispõem de condições para cuidar de si próprio, o que faz com o cuidado com que o outro seja negligenciado. Há também os aspectos relacionados às perdas familiares, às separações dos pais, à inserção de novos indivíduos, principalmente, parceiros dos pais, que em algumas ocasiões geram situações de conflito, pois o adolescente não reconhece a autoridade da nova pessoa, o que pode proporcionar um contexto fértil para o consumo de substâncias psicoativas.

“Porque eu não sabia qual a casa que ficasse, se era a do meu pai ou a da minha mãe, passava uma semana na casa dum ia pro outro (...) não tinha canto certo pra parar”. (Grupo I)

A família desempenha importante função na formação individual e social do adolescente, com grande relevância para a construção de um código de valores. Quando há união e respeito entre os familiares e a presença de diálogo entre pais e filhos, suscita o desenvolvimento de um ambiente de proteção contra as drogas (SILVEIRA *et al*, 2013).

O relacionamento entre os membros familiares nas situações de problemáticas decorrentes do abuso de SPA, geralmente, é conflituoso; dentre outros motivos, estão as alterações de comportamento, os furtos de objetos e de dinheiro dos familiares, além de implicações com a polícia. Mesmo assim, a família permanece sendo referencial de estabilidade para o usuário de *crack*, sobressaindo-se os vínculos afetivos. Quando são estabelecidas medidas nas quais ocorre o distanciamento dos familiares, essas pessoas deixam de ter, presentes, um dos poucos referenciais positivos que lhes restaram, o que pode vir a dificultar seu processo de recuperação. E isso pode se agravar quando a família reside em regiões distantes da instituição de tratamento, fazendo com que visitas tornem-se menos frequentes (MAGALHÃES; SILVA, 2010).

Quando os familiares e/ou os adolescentes passam a procurar ajuda, muitas vezes, encontram-na através de refúgio em instituição de abrigo, em unidades de acolhimento ou em comunidades terapêuticas, nesses casos as instituições são vistas tanto como uma possibilidade de ajuda como uma maneira de tirar o adolescente do convívio familiar e assim amenizar os problemas dos pais. Nesses casos, os familiares podem atuar de diferentes formas, servindo como referencial de apoio, fortalecendo os vínculos com os adolescentes e desenvolvendo juntamente com a instituição um processo de corresponsabilização na assistência ao adolescente, assim desenvolver estratégias viáveis que possibilitam uma melhor reinserção deste no seu contexto social. Por outro lado, pode ser que ocorra um enfraquecimento dos laços familiares, principalmente, pelos familiares acreditarem que a responsabilidade cabe apenas aos profissionais da instituição, o que influencia bastante o comportamento e os sentimentos dos adolescentes, pois estes sentem-se descuidados pelos familiares.

No entanto, pode ser percebido durante as visitas às instituições que a família, muitas vezes, tem pouca participação no processo de cuidado, pois em uma instituição só havia um dia para visita, sendo o fim de semana; em outra o adolescente podia manter contato com os familiares por meio do telefone da instituição, os familiares podiam ligar para a unidade, mas os adolescentes somente podiam realizar a ligação uma vez por semana, e, quanto às visitas essas ocorrem uma vez por semana.

Ademais, pode-se apreender que, quando o adolescente está inserido em uma instituição de confinamento, a responsabilidade pelo cuidado não é somente da instituição. No entanto, a ausência da família é justificada por questões de ordem financeira, por exemplo, ausência de recursos para o deslocamento até a instituição, pois algumas são distantes, além de escassez de tempo devido às atividades do trabalho. Contudo, existem famílias que percebem no trabalho da instituição uma importante possibilidade de ajuda para o adolescente e passam a se engajar juntamente com a instituição para apoiá-lo.

Assim, ao refletir acerca das ações relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas, a família deve ser incluída nesse contexto. Fortalecer seus vínculos e colaborar para que os pais desenvolvam posturas mais benéficas para com os filhos, baseados em práticas mais positivas de socialização, podem produzir resultados mais eficazes. O entendimento sobre o papel das práticas parentais pode contribuir para que pais tornem-se mais conscientes do seu papel na construção de crenças, valores e atitudes contrárias a comportamentos prejudiciais à saúde e ao desenvolvimento mental de seus filhos. Dessa forma, os jovens que possuem maior apoio e suporte e se sentem compreendidos pela família apresentam menor padrão do consumo de drogas, uma vez que o afeto e o interesse demonstrados pelos pais, o tempo que passam com seus filhos e o estabelecimento de medidas disciplinares mantêm a relação com a abstenção do uso de drogas (PAIVA; RONZANI, 2009).

Com a fragilidade da rede social primária, o adolescente pode permanecer no uso da droga como uma alternativa de fuga a essa situação familiar ou reconhecer nos profissionais da instituição referenciais de ajuda, no entanto, isso pode gerar uma codependência do adolescente em relação a esses e dificultar o seu retorno e adaptação ao seu ambiente social de origem. Além disso, pode gerar expectativas quanto à maneira como as relações familiares serão conduzidas. Com isso, faz-se necessário que os profissionais sejam orientados quanto a isso e assim saber estabelecer limites na construção das relações, bem como o desenvolvimento de parcerias entre a instituição e os membros da família para a elaboração de estratégias de cuidado.

Assim, ressalta-se a importância de se realizar um trabalho interdisciplinar envolvendo a família nesse processo, pois se esta não estiver preparada para lidar com o adolescente e não souber orientá-lo, o mesmo retornará as suas atividades anteriores, bem como, o uso de *crack*. E isso pode ser percebido através das experiências dos adolescentes, que, mesmo após ter permanecido por determinado período em uma unidade de acolhimento,

ao retornar para a casa da mãe, o mesmo também retornou ao uso de *crack*, o que fez com este recorresse a outra instituição na tentativa de solucionar seu problema.

Dessa forma, destaca-se que trabalhar sob a perspectiva do confinamento, do afastamento do meio social, do trabalho de forma isolada considerando apenas os saberes biomédicos, pautado na ideia da abstinência e da cura, nem sempre apresenta resolubilidade, uma vez que o adolescente retorna a seu contexto e às condições de vida anteriores, na qual o uso de *crack* faz parte dessa realidade, e, assim, ele acaba retomando às práticas de uso.

No tocante às unidades de acolhimento e de abrigo, algumas nem sempre conseguem trabalhar de acordo com plano terapêutico estabelecido, pois alguns dispositivos eram permissivos ao uso de drogas, mesmo tratando-se de um serviço embasado sob a perspectiva da abstinência, porém isso não era realizado, conforme relatos dos adolescentes. Estes continuavam tendo acesso à droga, enfrentando situações de risco para comprá-la, além de terem o apoio dos trabalhadores da instituição que deveriam atuar de forma a orientá-los. Com isso, a instituição não era percebida como um local de cuidado, e os adolescentes acabavam tendo suas expectativas frustradas, pois depositaram confiança no trabalho que seria desenvolvido na instituição. Assim, eles não querem mais retornar ao serviço, pois acreditam que lá não se tratava de um espaço que poderia ajudá-los.

“Mas todo dia eu usava droga lá, o educador lá, eu dava 5 conto, 10 conto e nois ia pelo meio dos mato comprar. O educador liberava, nois ficava na beira da piscina fumando, comendo churrasco”. (Grupo I).

Ademais, as outras instituições pesquisadas também trabalham sob a ótica da abstinência, dispondo de regras e rotinas as quais os adolescentes devem obedecer, tanto para facilitar o convívio deles entre si e com os profissionais como para instigar o desenvolvimento dessa responsabilidade; e uma estratégia para isso é o auxílio na execução de algumas atividades domésticas, bem como o cuidado com o seu ambiente pessoal.

Contudo, o convívio diário desses adolescentes pode em alguns momentos provocar conflitos, visto que se trata de jovens, alguns em situação de abstinência do uso de drogas, outros com dificuldades de adaptação ao contexto, já que alguns passaram por situação de rua ou mesmo em casa não dispunham de referências as quais deveriam orientar suas atividades de vida ou ainda não contavam com a presença de pais ou responsáveis para poder orientá-los.

Um aspecto mencionado nas falas refere-se ao desenvolvimento de atividades dentro e fora da instituição, sendo um desejo constante dos adolescentes. Pode-se perceber

que há um empenho por parte da ONG de tentar promover isso, principalmente, para aqueles que ficam impossibilitados de ir à escola. Assim, ressalta-se a necessidade de articulação entre os equipamentos públicos, como CREAS e CAPS, dessa forma, tentando amenizar a ociosidade gerada devido à escassez de atividades, além de suprir, em parte, as expectativas deles, e, com isso promover uma melhor reinserção social desse adolescente.

No entanto, Pacheco e Scisleski (2013) ressaltam que práticas, como cobrança de trabalho e vigilância constante, com o intuito de ter disciplina e obediência, são muito utilizadas em instituições de confinamento temporário, que contam com a ação de administradores e coordenadores simbolizando figuras de poder que atuam no desenvolvimento de funções destinadas a orientar e disciplinar, mas ao mesmo tempo que também controlam e vigiam o comportamento dos sujeitos, gerando assim, uma docilização dos indivíduos. Sendo que esta por sua vez leva a sujeição dos corpos a uma lógica normatizadora. Ademais, a vigilância constitui-se como uma estratégia de observar se o indivíduo está de fato realizando os seus deveres; é um poder que alcança os corpos dos indivíduos, seus gestos, seus discursos, suas atividades e sua subjetividade.

“Arruma as coisas da casa, as vezes pro psicólogo. De manhã cedo acorda 7 horas, e toma banho, merenda e faz a limpeza da casa e assiste, escreve, e lê às vezes, quando você quiser. Aí depois almoça e aí repousa, até 3 horas, levanta, merenda, ai 6 horas almoça, 9 horas tem a ceia.” (Grupo I).

Contudo, os discursos revelam uma sensação de sentir-se bem dentro do espaço da instituição, fazendo referência ao seu ambiente doméstico, pois alguns sentem-se acolhidos e reconhecem o apoio por parte dos profissionais, mas para outros trata-se de uma aproximação com outra rotina e o reconhecimento de referenciais, pois as constantes mudanças entre as casas dos pais ou a vivência em situação de rua fazem com que o adolescente não estabeleça um ponto de apoio e de referência.

No tocante à socialização desses adolescentes, esta bastante reduzida pelo fato de estarem restritos ao espaço da instituição e saírem poucas vezes e apenas quando acompanhados pelos educadores. Isso pôde ser percebido pela maneira com a qual nos receberam, uma vez que mantinham insistentemente o convite para a permanência da pesquisadora mais tempo com eles, pois os mesmo quase não recebiam visitas.

No entanto, mesmo diante das limitações presentes, para alguns a instituição é um lugar que instiga mudanças e gera expectativas positivas quanto ao retorno para o seu ambiente de origem. Para outros a percepção é diferente, as estratégias desenvolvidas pela

instituição não são atraentes, o que, muitas vezes, é representado pelo abandono da instituição, através de fugas.

Quando chegam à unidade de acolhimento, eles podem vir a receber assistência especializada do CAPS, bem como do Hospital Mental, quando não é possível o atendimento no CAPS, mas isso só ocorre quando os trabalhadores consideram que há a necessidade desse tipo de atendimento. Ademais, a instituição também conta com o apoio da equipe de Estratégia de Saúde da Família através de visita domiciliar.

“Eu me sinto bem. Pra mim eu tô em casa. Porque eles fazem de tudo pra ajudá nós com alguma coisa, sempre eles estão perto, dando conselho, ajudando nós, conversam com nós, eles ajudam muito (...) a tia (...) é como se fosse uma mãe pra mim”. (Grupo I)

O contato com grupos religiosos também é mencionado pelos adolescentes, no entanto eles não fazem menção a nenhuma religião, referem que tudo que está relacionado a Deus é importante e que pode ajudar. Nas unidades de acolhimento e de abrigamento, os adolescentes têm a oportunidade de irem até a igreja, sempre na companhia de um representante desta, porém, na comunidade terapêutica, as atividades religiosas são desenvolvidas dentro da própria instituição.

Além disso, o contato com as pessoas além dos muros da instituição favorece o processo de socialização, promove autonomia, e leva-os a refletir sobre a importância de cuidar de si, valorizando sua dimensão biopsicosocioespiritual que para alguns dos adolescentes é vista como algo positivo, pois é percebida como uma alternativa e também como a certeza da existência de que uma entidade superior proporciona a sensação de que existe algo ou alguém presente, e isso pode ser percebido tanto com as falas dos adolescentes como dos profissionais.

Já em relação às comunidades terapêuticas, estas possuem uma vertente religiosa, e seus trabalhos são desenvolvidos na perspectiva de que a crença em uma entidade divina pode proporcionar a cura da dependência química, através da abstinência.

Nesse sentido, faz-se menção que a atual concepção de abstinência, direciona a culpabilização ao usuário de drogas, da mesma maneira que se relaciona com a proposta do Cristianismo, na qual a fé religiosa é percebida como um dispositivo de cura e imprime que as pessoas precisam abster-se para encontrar a salvação (PACHECO; SCISLESKI, 2013).

Além disso, as proposições de tratamento dos usuários de drogas perpassam por discursos religiosos, moralizantes e jurídicos embasados em um horizonte de cura ou

abstinência (MACHADO; MIRANDA, 2007). Assim, a exclusão e o asilamento em CT são as alternativas cabíveis, ao passo de um constante silenciamento do próprio usuário e uma enorme sobreposição de dificuldade em se discutir estratégias de cuidado como a redução de danos (COSTA *et al*, 2015).

Por terem um embasamento em um modelo moralizante, no qual percebe o uso de drogas como um distanciamento de Deus, sua forma de recuperação se dá a partir de uma aproximação com Este, sendo a capacidade transformadora da fé a ferramenta mais importante neste processo. Com isso, as comunidades terapêuticas de cunho religioso são apoiadas pela população, pois são percebidas como se fossem a melhor alternativa para a recuperação e a reabilitação dos usuários de *crack*. Assim, em parte, trata-se de uma resposta às angústias imediatas de usuários e familiares que, muitas vezes, têm dificuldade de encontrá-la nos equipamentos públicos (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

“E aí às vezes essa descoberta de Deus cria uma possibilidade religiosa que transforma esse caminho, mas hoje a realidade da gente é de fuga desses lugares e não de acompanhamento, a grande maioria deles a gente não consegue não, mas ainda há relato de pelo menos alguns casos que a religião ajudou a gente tem (...)”. (Grupo III)

A política do Ministério da Saúde propõe, também, a regulamentação de Comunidades Terapêuticas, as quais vêm aumentando em quantidade em decorrência do “vazio de possibilidades para a reabilitação das pessoas com dependência ao álcool ou a outras drogas” (BRASIL, 2003, p. 46). Essa modalidade de tratamento define a drogadição como doença, e o trabalho terapêutico é focado na abstinência (LINS; SCARPARO, 2010).

A ideia da abstinência como principal forma de superação dos problemas oriundos do uso desorganizado de *crack* pode ser apreendida pela forte representação que as comunidades terapêuticas têm para os usuários em detrimento de outros dispositivos assistenciais. Em alguns casos, o primeiro local onde as pessoas vão procurar ajuda são as comunidades terapêuticas, considerando-as resolutivas, pois estas trabalham com a perspectiva da abstinência e do confinamento temporário. Entretanto, essa abstinência nem sempre é conseguida.

Com isso, percebe-se que a perspectiva da redução de danos sequer é mencionada, revelando que o modelo proibicionista continua vigente, mesmo que seja apenas de forma idealizada, pois os adolescentes continuam fazendo o uso das substâncias, sejam elas lícitas ou ilícitas e, às vezes, até dentro das próprias instituições.

A estratégia da redução de danos sociais às políticas de saúde trata-se de uma proposta que ajuda na inserção do sujeito na sociedade e viabiliza trocar a droga por algo que também seja prazeroso, além de não reprimir o usuário, pois está embasada no respeito ao indivíduo e à sua possibilidade de administrar o consumo de drogas. Além disso, ela se estrutura na ideia de que as drogas fazem parte do mundo do usuário, por isso opera diminuindo os efeitos mais nocivos em vez de simplesmente recriminá-los. Dessa forma, a redução de danos está intrinsecamente relacionada à ideia de responsabilização, pois conduz a uma maior liberdade de ação e reflexão, além de estimular que o indivíduo tenha o controle de si e, assim, responsabilize-se por possíveis consequências de seus atos e de suas escolhas (PACHECO; SCISLESKI, 2013).

Assim, diante do exposto, percebe-se a presença de um movimento de contra Reforma Psiquiátrica, um retorno às práticas manicomialistas, isolacionistas, estigmatizante e que os profissionais e os gestores precisam refletir sobre a necessidade de ressignificar suas práticas e retornar ao seio do ideário da Reforma Psiquiátrica e dos preceitos da atuação terapêutica do CAPS, para que não se volte a tempos antigos, que passam despercebidos por estarem com outra roupagem, mas com a mesma essência. Mas que seja possível avançar em prol de uma terapêutica construída juntamente com o usuário, onde seja estruturada no indivíduo, promovendo sua autonomia e considerando sua subjetividade. E, principalmente, traçar um plano de cuidado levando em conta a perspectiva de que o uso de substâncias psicoativas é algo inerente às relações humanas e que, ao invés de rejeitar isso, sejam desenvolvidas estratégias baseadas na orientação acerca do uso drogas para que este não venha a desorganizar as relações sociais dos usuários.

“Mas só que eu não vou ficar indo pro CAPS, eu vou assim que eu sair daqui eu vou só para me encaminhar pra casa de recuperação. Mas, só que eu quero ir pra casa de recuperação, eu não quero ficar no CAPS não. Porque o CAPS nós vamos ter que voltar a ficar voltando pra casa, aí vai ficar vendo aquelas coisas. E lá não. Lá, nós tamo esquecendo de tudo, que tá acontecendo lá fora.” (Grupo I)

Ademais, o trabalho desenvolvido no CAPS é visto a partir de algumas perspectivas: para alguns, trata-se apenas de um órgão encaminhador, suas atividades não apresentam nenhum diferencial em relação a qualquer outro serviço de saúde, dessa forma não são atrativas para o público adolescente; no entanto, para outros, trata-se da possibilidade de poder trocar experiências com outros adolescentes, discutir acerca das questões do uso.

Sobressai-se o fato de que ser internado em uma comunidade terapêutica distante do seu ambiente social e familiar é algo positivo e favorecedor para o tratamento, pois, como

no CAPS não tem internamento e o tratamento é diário, o retorno constante e o convívio com ambiente social pode prejudicar o tratamento.

Em um estudo realizado por Ribeiro e Minayo (2015), é possível apreender a existência de disputas e tensões entre os saberes, valores e processos de trabalho construídos em ato entre profissionais, familiares e usuários na contratualidade de cada um com o serviço. Emergindo a questão da gestão do cuidado perante uma situação superespecializada, de crianças e adolescentes que fazem uso de drogas e de como não desenvolver estratégias fragmentadas diante disso, bem como os tipos de dispositivos que podem atuar potencializando os de processos reflexivos em torno do trabalho em saúde mental.

“No CAPS a mulher fazia só uns grupos lá, né? Com os meninos, pra falar sobre as drogas, né? Era muito bom, né? Fica assim, ajudava mais esquecer a droga, falar sobre ela, o que que ela fazia, né?”. (Grupo I)

“Gostei não (do CAPS) (faz careta). Um monte de pergunta besta... Pra mim é normal, lá. Um médico fazendo pergunta a gente, se a pessoa pretende deixar ou não, um monte de besteira. Eu achei besteira”. (Grupo I)

Outras estratégias de cuidado estão relacionadas ao internamento em hospitais mentais, que, apesar de ser um serviço reclusivo e excludente, no qual a principal atividade consiste na desintoxicação medicamentosa, não há o desenvolvimento de vínculo nem de escuta terapêutica, além disso há a ociosidade, decorrente da inexistência de atividade.

O uso indiscriminado da internação compulsória ou involuntária como principal alternativa, e antes mesmo da utilização de ações extra-hospitalares de base territorial, demonstra ainda a importante força das concepções moral-jurídica e biomédica, tão amplamente debatidas pela reforma psiquiátrica, no espaço de trabalho com usuários de drogas. Ademais, apreende-se que, quando o fenômeno do uso de *crack* ultrapassou os limites dos espaços privados ou discretos para seu uso e se expandiu por meio de um extenso grupo de excluídos socialmente, que passaram a utilizá-lo nos espaços públicos das pequenas e grandes cidades brasileiras, a perspectiva de internação surge como resposta ao clamor da sociedade para solucionar o problema de segurança e realizar a assepsia dos espaços públicos invadidos por tão perigosos e desagradáveis inquilinos (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013).

Ainda nessa mesma perspectiva, quando se refere da proposta assistencial da SOPAI, esta é considerada resolutive, dispondo de uma boa estrutura e com bom atendimento, no entanto, quando se trata do Hospital Mental, no qual o adolescente é internado juntamente com os pacientes adultos portadores de transtornos mentais, há um sentimento de medo,

associado ao isolamento social, pois perde-se contato com a realidade social e familiar. Contudo, apesar dessas características, o internamento no HMM, para alguns, é visto como uma tentativa, uma nova oportunidade de recomeçar.

Além disso, a internação no HMM é percebida como algo punitivo, é visto como quem pratica algo errado e deve ser punido por isso, e isso se dá por meio da internação, assim a alternativa seria a mudança das práticas de vida. Ademais, a maior expectativa está voltada para a possibilidade de seguir com o internamento, agora na comunidade terapêutica.

“mas o que eu, pro recomeço isso aqui tá ótimo. Eu to me sentindo bem, mas aqui não é um bom local, não to vendo gente que é igualzim eu, eu quero vê gente que é igualzim eu. Quando eu for pra casa de recuperação eu quero vê. Aqui a gente faz nada, fica só deitado (...) poder desabafar, aqui a gente fica só trancada, aqui nós num sabe de nada. (...) Tomo remédio pra desintoxicar (...) aqui dentro a gente não fala com ninguém, porque a gente tamo longe”
(Adolescente 04)

Dessa forma, Assis, Barreiros e Conceição (2013) destacam que a clínica no campo do cuidado de usuários de drogas ainda despende muita energia na ideia de que é necessário mudá-los, transformá-los para que os mesmos tenham condições de voltar a viver em sociedade. Com isso, são estabelecidos espaços de cuidado aptos a receber o indivíduo vitimizado pela droga superpoderosa e que são capazes de devolver a eles o estado de saúde apropriado para o convívio em sociedade. Assim, defronta-se com a propagação de um discurso que apela para o poder da droga sobre o indivíduo, impossibilitando-o de fazer escolhas para si. A droga destaca-se em detrimento do sujeito (usuário). Tal concepção não leva em consideração o desejo, atribuindo poderes avassaladores à droga, que aniquila o sujeito desejante e impossibilita a produção de subjetividade livre e autônoma.

Assim, destaca-se que, mesmo se tratando de tratamentos baseados na perspectiva do confinamento, há uma ressalva destes em detrimento da proposta terapêutica dos serviços substitutivos. E isso pode estar relacionado à escassez de serviços públicos, bem como da eficiência dos mesmos e da ideia da “cura” por meio da abstinência e sendo necessário para isso o afastamento do meio social.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção dos itinerários terapêuticos dos adolescentes com problemas decorrentes do uso de *crack* perpassa por diversas dimensões que envolvem a família, os serviços de saúde e de assistência social, ONGs, Poder Judiciários, além de práticas religiosas. Sendo que o principal intento é encontrar um serviço que trabalhe sob a perspectiva do confinamento, destacando as comunidades terapêuticas e o internamento hospitalar, em detrimento dos serviços substitutivos como os CAPS.

No entanto, isso se deve ao fato da propagação da ideia de que o *crack* causa uma enfermidade que precisa ser curada e para tal é necessário que haja internamento e tratamento medicamentoso; além de ser percebido como um mal a ser combatido, algo que possui relação demoníaca que precisa da intervenção divina para que os problemas sejam superados. Assim, percebe-se que é dado maior enfoque à substância em detrimento do sujeito, sendo atribuída à substância o poder de desestruturar a vida do usuário.

Contudo, ressalta-se que houve uma ampliação da diversidade de serviços para o atendimento desse público, como os leitos infantis para desintoxicação e a unidade de acolhimento, no entanto isso ocorreu em concomitância com o apagamento do CAPS como um serviço de referência dentro da rede. Rede esta que, por sua vez, ainda apresenta muitos entraves no caminhar dos usuários devido a pouca articulação dos dispositivos.

Durante a construção da sua trajetória de cuidado, o adolescente procura na família um referencial ou um ponto de partida para iniciar a busca por ajuda, revelando que a família desempenha um papel fundamental nesse processo, pois são aos membros da família a quem o adolescente inicialmente recorre. No entanto, isso nem sempre acontece devido às fragilidades da estrutura familiar e do rompimento dos vínculos.

Entretanto, a busca por cuidado só é iniciada quando o adolescente passa a desenvolver um padrão de uso de *crack* desorganizado, ou seja, quando a droga se sobressai na sua vida e acaba interferindo nas suas atividades e no seu modo de se relacionar com as pessoas. Com isso, destaca-se que as políticas públicas devem trabalhar com a perspectiva de que o uso de substâncias psicoativas é inerente da condição humana e devem passar a considerar os princípios da redução de danos, principalmente, através de educação e orientação acerca das formas de uso e das estratégias para minimizar os efeitos negativos.

Assim, nota-se que a política de guerra às drogas tem se mostrado ineficiente, principalmente, na sociedade atual na qual há a propagação do imediatismo e da busca

incessante por prazer, sendo as drogas, em especial o *crack*, uma alternativa de se conseguir tal objetivo. Ademais, como em toda guerra há um vencedor e um perdedor, e nessa os chefes do tráfico e os serviços de internamento e confinamento estão em vantagem, enquanto que os adolescentes e as famílias continuam sendo vitimizados por práticas policiais e atrelados à ausência do Estado em desenvolver políticas públicas para a juventude.

Dessa forma, se faz necessário repensar como estão sendo estruturadas as Políticas Públicas, uma vez que os serviços de referência não são vistos como tal, e isso pode ser percebido pelo seu esvaziamento, entendido, em parte, pelo incentivo que é dado ao tratamento de ordem reclusiva como investimento em comunidades terapêuticas e em leitos psicossociais em hospitais, em detrimento do sucateamento e abandono do CAPS, notoriamente, percebido pela atual estratégia de contratação dos profissionais.

E isso, faz com que o adolescente não consiga escapar da rede de captura que se estrutura no seu entorno, uma vez que todos os caminhos levam a internação independente de qual for o ponto de partida, ao final ele encontrará um serviço de confinamento, seja associado a grupos religiosos, aos serviços de saúde ou ainda por interferência do Poder Judiciário.

REFERÊNCIAS

- ALARCON, S. O uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas. In: JORGE, M.A.S.; CARVALHO, M.C.A.; SILVA, P.R.F. **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 201-228.
- ALARCON, S. A síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. In: ALARCON, S; JORGE, M.A.S. **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 45-62.
- ALAVARSE, G.M.A.; CARVALHO, M.D.B. Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.10, n.3, p.408-416, dez, 2006.
- ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M. Escolha e Avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-138.
- ARAÚJO, P.N. **SENHORAS DA FÉ: história de vida das rezadeiras do Norte do Piauí [1950-2010]**. 2011. 162 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em História do Brasil, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012.
- ÁRIES, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1981.
- ASSIS, J.T.; BARREIROS, G.B.; CONCEIÇÃO, M.I.G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v.16, n.4, p.584-596, dez, 2013.
- AUGÉ, M. L'anthropologie de la maladie. *L'Homme*, Paris, v.26, n.1-2, p.81-90, 1986.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev. 2004.
- BARBOSA, M.T.S.; BYINGTON, M.R.L. & STRUCHINER, C.J. Modelos Dinâmicos e redes sociais: Revisão e Reflexões a Respeito de sua Contribuição Para o Entendimento da Epidemia do HIV. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, p. 37-51, supl 1, 2000.
- BASTOS, I.T. **Os processos de trabalho na construção do cuidado: casos emblemáticos atendidos em Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas da Infância e Adolescência (CAPS ADi)**. 2013. 221 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- BECKER, H.S. **Outsiders: sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- BÈGUE, L; RÓCHE, S. Multidimensional social control variables as predictors of drunkenness among French adolescents. **J Adolesc**, França, v. 2, n. 32, p.171-191, 2009.
- BIRMAN, J. **Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- BRASIL. Constituição (1990). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **O Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília
- BRASIL. Decreto nº 7.179, de maio de 2010. **Plano Integrado de Enfrentamento Ao Crack e Outras Drogas, 2010**.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2ª Edição. Rev. Ampl. Brasília: MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 2011. **Institui A Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2011.

BRASIL. **Programa Crack é Possível Vencer**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

BRASIL. Resolução nº 3, de maio de 2005. **Política Nacional Sobre Drogas**. Brasília: Conselho Nacional Antidrogas, 2005.

BRUSAMARELLO, T.; SUREKI, M.; BORRILE D. *et al.* Consumo de drogas: concepções de familiares de estudantes em idade escolar. **SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v.4, n.1, p. 01-16, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38664/41511>>. Acesso em: 17 agos 2014.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

CABRAL, A.L.L.V. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, nov. 2011.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.923-931, ago. 2003.

CAPRARA, A.; VERAS, S. Hermenêutica e Narrativa: A experiência de mães de crianças com Epidermólise Bolhosa Congênita. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 131-146, 2005.

COSTA, P.H.A. *et al.* Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.2, p.395-406, 2015.

COUTO M.C.V. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, Brasília, 2001. **Caderno de textos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.p.121-130.

COUTO, M.C.V.; DUARTE, C.S.; DELGADO, P.G.G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v.30, n.4, p.390-408, 2008.

CRUZ, V.D. *et al.* Rede de apoio social dos usuários de crack em Pelotas-RS. **J Nurs Health.**, Pelotas, v. , n. 2, p.127-140, jun. 2012.

CUSTÓDIO, Z.A.O. **Redes sociais no contexto da prematuridade**: Fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus dois primeiros anos de vida. 2010. 282 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

DUARTE, P.V. Redes Sociais. In: **Atualização de Conhecimentos sobre Redução da Demanda de Drogas**. Curso à Distância. Secretaria Nacional Antidrogas e Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

ELIA, L. A rede de atenção na saúde mental: a articulação entre CAPS e ambulatórios. In: Ministério da Saúde, org. Secretaria de Atenção a Saúde e Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Série B. Textos básicos em saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005. p.49-61.

ESCOHOTADO, A. **Historia de las drogas**. Madrid: Alianza Editorial, 1998.

FERREIRA, D.C.; SILVA, G. A. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n.11, p. 3087-3098, nov. 2012.

FORTALEZA. **Saúde mental**. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=75>. Acesso em: 10 ago. 2014.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do hospital das clínicas da Unicamp. In: MREHY, E.E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003. p.135-60.

GABATZ, R.I.B. *et al.* Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.34, n. 1, p. 140-146, 2013.

GEANELLOS, R. Hermeneutic Philosophy. Part I: implications of its use as methodology in interpretive nursing research. **Nurs. Inq.** Melbourne, v.5, 154-163,1998.

GEANELOS, R. Exploring Ricoeurs hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts. **Nurs. Inq.**, v. 7, p. 112-119, 2000.

GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.11, p. 2449-2463, nov. 2006.

GONÇALVES, P.R.A. Crack: silêncio toxicômico, estalo na economia do saber. In: MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia. **Crack: contexto, padrões e propósitos de uso**. Salvador: Edufba, 2013. p. 59-86.

GUERIN, G.D.; ROSSONI, E.; BUENO, D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.11, p. 3003-3010, nov. 2012.

HINGSON, R.W.; HEEREN, T.; WINTER, M.R. Age at Drinking Onset and Alcohol Dependence: age at Onset, Duration, and Severity. **Arch Pediatr Adolesc Med**, Boston, v. 7, n. 160, p.739-746, 2006.

KODATO, S.; SILVA, A.P.S. Homicídios de adolescentes: refletindo sobre alguns fatores associados. **Psicol Reflex Crit**, Porto Alegre, v.13, n.3, p. 505-515, 2000.

LANDIM, F.L.P. *et al.* Estudo-síntese: interfaces da análise de rede social com o campo da saúde mental. **Cad. saúde colet.**, Rio Janeiro, v. 18, n.4, p. 527-535, out.-dez. 2010.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Medicamentos e outros Recursos Utilizados no Enfrentamento das Doenças Infantis no Cotidiano Familiar: Estudo Qualitativo. **Latin American Journal Of Pharmacy**, Buenos Aires, v. 6, n. 28, p.835-842, 2009. Disponível em: <http://www.latamjpharm.org/trabajos/28/6/LAJOP_28_6_1_5_GP431AB041.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2014.

- LEONIDAS, C. **Redes sociais e apoio social no contexto dos transtornos alimentares**. 2012. 227 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.
- LINS, M.R.S.W.; SCARPARO, H.B.K. Drogadição na contemporaneidade: Pessoas, famílias e serviços tecendo redes de complexidade. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 28, n. 62, p. 261-271 jul./set. 2010.
- MACHADO, A.R.; MIRANDA, P.S.C. Fragmentos da história da atenção a usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, 2007.
- MAGALHÃES, D.E.F.; SILVA, M.R.S. Cuidados requeridos por usuários de crack internados em uma instituição hospitalar. **remE – Rev. Min. Enferm.**, v.14, n.3, p.408-415, jul./set.,2010.
- MARQUES, A.C.P.R.; CRUZ, M.S. O adolescente e o uso de drogas. **Rev BrasPsiquiatr**, São Paulo, v.22, s.2, p.32-36, dez, 2000.
- MARQUES, A.L.M.; MÂNGIA, E.F. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. **Interface** (Botucatu), v.17, n.45, p.433-44, abr./jun. 2013.
- MARTINS, R.A. *et al.* Utilização do alcohol use disorders identification test (audit) para identificação do consumo de álcool entre estudantes do ensino médio. **Int J Nurs Stud**, v.42, p.307-316, 2008.
- MEDEIROS, R. Construção social das drogas e do *crack* e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p.105-117, jan-mar. 2014.
- MENESES, M. P. R., & SARRIERA, J. C. Redes sociais na investigação psicossocial. *Aletheia* [online]. Canoas, v. 29, p. 53-67, jun. 2005.
- MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad Saúde Pública**, v.14, p.35-42, 1998.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MINAYO, M.C.S. (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 14ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- MOMBELLI, M.A.; MARCON, S.S.; COSTA, J.B. Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 63, n.5, p.735-740, set-out. 2010.
- MORÉ, C.L.O. O. As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 31, n. 15, p.287-297, 2005.
- OLIVEIRA E SILVA, J.M.O.; LOPES, R.L.M.; DINIZ, N.M.F. Fenomenologia. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.61, n. 2, p. 254-557, mar-abr. 2008.
- OLIVEIRA, LG; NAPPO, AS. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Rev Saúde Pública [internet]**, São Paulo, v. 42, n. 4, p.664-671, ago. 2008.
- OLIVEIRA, F.A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 63-74, fev. 2002.

- ORLANDI, R. **Participação da rede social significativa de mulheres que vivem e convivem com o HIV no enfrentamento da soropositividade.** 2011. 253 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- PACHECO, A.L.; SCISLESKI, A. Vivências em uma comunidade terapêutica. **Revista Psicologia e Saúde**, v.5, n.2, p.165-173, jul. /dez. 2013.
- PAIVA, F. S. *Definição, identificação e fluxo de redes: contribuições para o trabalho em políticas públicas.* Material didático. Centro Regional de Referência sobre Drogas da Universidade Federal de Juiz de Fora (CRR/JF), Juiz de Fora, 2011.
- PAIVA, F.S.; COSTA, P.H.A.; RONZANI, T.M. Fortalecendo redes sociais: desafios e possibilidade na prevenção ao uso de drogas na atenção primária à saúde fortalecendo redes sociais. **Aletheia**, Canos, n. 37, p.57-72, jan./abr. 2012.
- PAIVA, F.S.; RONZANI, T.M. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p.177-183, jan./mar, 2009.
- PEREIRA, M. O. **Um olhar sobre a atenção psicossocial a partir do itinerário terapêutico de adolescentes em crise.** 2013. 201 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
- PONTES, A.L.M. *et al.* Itinerários terapêuticos e Estratégia de Saúde da Família: discursos sobre o processo saúde-doença e acesso aos serviços de saúde no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco; 2008. p. 237.
- QUINDERÉ, P.H.D. **A experiência do uso de crack e sua interlocução com a clínica: dispositivos para o cuidado integral do usuário.** 2013. 231 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado – Associação Ampla Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.
- RASSIAL, J.J. **A Passagem Adolescente: da Família ao Laço Conjugal.** Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.
- RAUPP, L.M. **Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo.** 2006. Dissertação (Mestrado) – Setor Psicologia Social e Institucional, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- RAUPP, L.M. **Circuitos de uso de crack nas cidades de São Paulo e Porto Alegre: cotidiano, práticas e cuidado.** 2011. 213 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- RIBEIRO, F.M.L.; MINAYO, M.C.S. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v.19, n.54, p.515-526, 2015.
- RIBEIRO, L.A.; SANCHEZ, Z.M.; NAPPO, S.A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. **J Bras Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 59, p.210-218, 2010.
- RICOEUR, P. *Do texto à ação: ensaios de hermenêutica II.* Portugal: RÉ S - Editora, 1991.
- RODRIGUES, T. Tráfico, Guerra, Proibição. In: LABATE, B.C. *et al.* **Drogas e cultura: novas perspectivas.** Salvador: Edufba, 2008. p. 91-104.

- ROEHRS, H.; LENARDT, M.H.; MAFTUM, M.A. Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.12, n.2, p. 353-357, jun, 2008.
- SANCHEZ, Z.M.; NAPPO, S.A. Sequência de drogas consumidas por usuários de *crack* e fatores interferentes. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 420-30, aug. 2002.
- SANCHEZ, Z.M.; NAPPO, S.A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.2, p. 265-272, 2008.
- SANTANA, J.S.S. Percurso Metodológico. In: SANTANA, J.S.S.; NASCIMENTO, M. A.A. **Pesquisa: Métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: Uefs Editora, 2010. p. 87-120.
- SCHEERER, S. Dominação ideológica versus lazer psicotrópico. In: RIBEIRO MM, SEIBEL, SD org. **Drogas: hegemonia do cinismo**. São Paulo: Memorial; 1997. p.287-300.
- SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.
- 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, v. 42, n.2, p. 168-178, abr./jun, 2011.
- SCISLESKI, A.C.C. "**Entre se quiser, saia se puder**": os percursos dos jovens pelas redes sociais e a internação psiquiatria. 2006. 184 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- SCISLESKI, A.; MARASCHIN, C. Redes sociais e internação psiquiátrica: Paradoxos nas políticas de saúde para a juventude. In: CRUZ, L.R.; GUARESCHI, N. **Políticas públicas e assistência social: Diálogos com as práticas psicológicas**. Petrópolis: Vozes, 2014. p. 162-178.
- SILBER, T.; SOUZA, R.P. Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer. **Adolesc. Latinoam**, Porto Alegre, v.1, n. 3, p. 148-162, out-dez. 1998.
- SILVA, A.L.M.A. *et al.* Adolescents and Young *crack* users: an integrative review of literature. **Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 4, n. 4. p. 2874-2880, out, 2012.
- SILVA, C.C. *et al* . Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 737 -745, mar. 2014
- SILVA, K.L. *et al* . Reflexões acerca do abuso de drogas e da violência na adolescência. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, Sept. 2010.
- SILVEIRA, H.S *et al* Efeitos das drogas lícitas e ilícitas na percepção de adolescentes: uma abordagem de enfermagem . **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21 (esp.2), p. 748-753, dez. 2013.
- SLUZKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. Cláudia Berlinet.
- SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p.637-644, 2010.

SODRÉ, O. Abordagem históricocultural da subjetividade. **Memorandum**, Belo Horizonte, n.15, p.88-104, jan./ago. 2008.

SOUZA, M.H.N.; SOUZA, I.E.O.; TOCANTINS, F.R. A utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam. **Rev Latino-Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 17, p.354-360, maio, 2009.

TAÑO, B.L., MATSUKURA T.S. Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis. **Rev Ter Ocup Univ**, São Paulo, v.25, n.3, p.208-216, set./dez, 2014.

TOMM, E.; ROSO, A. Adolescentes e *crack*: pelo caminho das pedras. **Fractal, Rev. Psicol. [online]**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p. 675-692, sept-dez. 2013.

TRAD, S.N.S.; TRAD, L.A.B.; ROMANÍ, O. Contribuições das Ciências Sociais ao estudo sobre o uso de drogas e o diálogo com a produção nacional contemporânea. In: JORGE, M.S. B. *et al* **Olhares plurais sobre o fenômeno do crack**. Fortaleza: Eduece, 2013. p. 27-65.

TRIVIÑOS, ANS. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

ZEITOUNE, R.C.G. *et al*. O CONHECIMENTO DE ADOLESCENTES SOBRE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA. **Esc. Anna Nery [online]**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 16, p.57-63, mar. 2012.

YASUI, S. Reforma e contrareforma: reflexões em torno da internação compulsória e comunidades terapêuticas. In: JOREGE, M.S.B. *et al*. **Olhares plurais sobre o fenômeno do crack**. Fortaleza: Eduece, 2013. p. 87-103.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e esclarecido – Trabalhadores de saúde

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PESQUISA: ADOLESCENTES USUÁRIOS DE *CRACK* NO CONTEXTO DAS REDES FORMAIS E INFORMAIS DE APOIO: COMPREENSÃO DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NUMA REGIÃO DE FORTALEZA

Caro colaborador (a),

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo compreender as redes sociais de apoio formais e informais no cuidado dos adolescentes com problemas relacionados ao uso do *crack*, assim como, mapear as redes sociais de apoio formais e informais; discutir os itinerários terapêuticos e as estratégias de cuidado de adolescentes com problemas relacionados ao uso do *crack*.

Dessa forma, peço sua colaboração para responder a uma entrevista, assim solicito sua autorização para gravar as conversas geradas. Será uma entrevista individual, previamente agendada, e realizada pelo pesquisador com o auxílio de equipamento de gravação. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo para você. Todos os riscos e transtornos advindos da mesma serão minimizados, pois estamos capacitados para condução de tais atividades.

Sua participação é voluntária e você terá a liberdade de não participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista, sem nenhum prejuízo.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados em artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, mas sem identificar os adolescentes que participaram da pesquisa. Como benefício para os participantes, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados. Salientando que terão liberdade de desistirem em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum dano.

Caso aconteça algo errado, ou solicite algum esclarecimento, você pode nos procurar.

Contatos com a pesquisadora Lourdes Suelen Pontes Costa, telefone (85) 9 9149-8668 ou por meio de e-mail lourdespsuelen@gmail.com. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (85) 3101.9890. Endereço: Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE

Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelos pesquisadores, ficando uma cópia com você.

E, por estar de acordo, assino o presente termo.

Fortaleza/CE, ____/____/2015.

Participante

Pesquisador

APÊNDICE B - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido aos Adolescentes**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA****PESQUISA: ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK NO CONTEXTO DAS REDES FORMAIS E INFORMAIS DE APOIO: COMPREENSÃO DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NUMA REGIÃO DE FORTALEZA**

Caro colaborador (a),

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo compreender as redes sociais de apoio formais e informais no cuidado dos adolescentes com problemas relacionados ao uso do *crack*, assim como, mapear as redes sociais de apoio formais e informais; discutir os itinerários terapêuticos e as estratégias de cuidado de adolescentes com problemas relacionados ao uso do *crack*.

Dessa forma, peço sua colaboração para responder a uma entrevista, assim solicito sua autorização para gravar as conversas geradas. Será uma entrevista individual, previamente agendada, e realizada pelo pesquisador com o auxílio de equipamento de gravação. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo para você. Todos os riscos e transtornos advindos da mesma serão minimizados, pois estamos capacitados para condução de tais atividades.

Sua participação é voluntária e você terá a liberdade de não participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista, sem nenhum prejuízo.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados em artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, mas sem identificar os adolescentes que participaram da pesquisa. Como benefício para os participantes, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados. Salientando que terão liberdade de desistirem em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum dano.

Caso aconteça algo errado, ou solicite algum esclarecimento, você pode nos procurar.

Contatos com a pesquisadora Lourdes Suelen Pontes Costa, telefone (85) 9 9149-8668 ou por meio de e-mail lourdespsuelen@gmail.com. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (85) 3101.9890. Endereço: Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE

Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelos pesquisadores, ficando uma cópia com você.

E, por estar de acordo, assino o presente termo.

Fortaleza/CE, ____/____/2015.

Participante

Pesquisador

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Responsáveis

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE
(SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL)**

Pedimos autorização para que seu familiar adolescente participe da pesquisa **“ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK NO CONTEXTO DAS REDES FORMAIS E INFORMAIS DE APOIO: COMPREENSÃO DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NUMA REGIÃO DE FORTALEZA”**, que tem como objetivo compreender as redes sociais de apoio formais e informais no cuidado dos adolescentes com problemas relacionados ao uso do *crack*, assim como, mapear as redes sociais de apoio formais e informais; discutir os itinerários terapêuticos e as estratégias de cuidado de adolescentes com problemas relacionados ao uso do *crack*.

Dessa forma, pedimos a colaboração do adolescente para responder uma entrevista para responder a uma entrevista. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas. Será uma entrevista individual, previamente agendada, e realizada pelo pesquisador com o auxílio de equipamento de gravação.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo para o adolescente e nem para você. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista serão minimizados, pois estamos capacitados para condução de tais atividades.

A participação dos adolescentes é voluntária e terão a liberdade de não participar. Podem desistir em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista, sem nenhum prejuízo. Ninguém saberá que o adolescente está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que ele nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados em artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, mas sem identificar os adolescentes que participaram da pesquisa. Como benefício para os participantes, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados. Salientando que terão liberdade de desistirem em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum dano.

Caso aconteça algo errado, ou solicite algum esclarecimento, você pode nos procurar. Contatos com a pesquisadora Lourdes Suelen Pontes Costa, telefone (85) 9 9149-8668 ou por meio de e-mail lourdespsuelen@gmail.com. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (85) 3101.9890. Endereço: Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE

Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelos pesquisadores, ficando uma cópia com você.

E, por estar de acordo, assino o presente termo.

Fortaleza/CE, ____/____/2015.

Participante

Pesquisador

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Familiares

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PESQUISA: ADOLESCENTES USUÁRIOS DE *CRACK* NO CONTEXTO DAS REDES FORMAIS E INFORMAIS DE APOIO: COMPREENSÃO DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NUMA REGIÃO DE FORTALEZA

Caro colaborador (a),

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo compreender as redes sociais de apoio formais e informais no cuidado dos adolescentes com problemas relacionados ao uso do *crack*, assim como, mapear as redes sociais de apoio formais e informais; discutir os itinerários terapêuticos e as estratégias de cuidado de adolescentes com problemas relacionados ao uso do *crack*.

Dessa forma, peço sua colaboração para responder a uma entrevista, assim solicito sua autorização para gravar as conversas geradas. Será uma entrevista individual, previamente agendada, e realizada pelo pesquisador com o auxílio de equipamento de gravação. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo para você. Todos os riscos e transtornos advindos da mesma serão minimizados, pois estamos capacitados para condução de tais atividades.

Sua participação é voluntária e você terá a liberdade de não participar podendo desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista, sem nenhum prejuízo.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados em artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, mas sem identificar os adolescentes que participaram da pesquisa. Como benefício para os participantes, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados. Salientando que terão liberdade de desistirem em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum dano.

Caso aconteça algo errado, ou solicite algum esclarecimento, você pode nos procurar.

Contatos com a pesquisadora Lourdes Suelen Pontes Costa, telefone (85) 9 9149-8668 ou por meio de e-mail lourdespsuelen@gmail.com. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (85) 3101.9890. Endereço: Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE

Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelos pesquisadores, ficando uma cópia com você.

E, por estar de acordo, assino o presente termo.

Fortaleza/CE, ____/____/2015.

Participante

Pesquisador

APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista para os usuários**PROJETO DE PESQUISA: ADOLESCENTES USUÁRIOS DE *CRACK* NO CONTEXTO DAS REDES FORMAIS E INFORMAIS DE APOIO: COMPREENSÃO DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NUMA REGIÃO DE FORTALEZA****Identificação:**

Idade

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo

Grau de escolaridade:

Local do acompanhamento:

Há quanto tempo faz acompanhamento neste serviço:

Com quem mora:

Origem do encaminhamento:

Exerce algum tipo de atividade remunerada () Sim () Não. Qual _____?

ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIO

- Fale como você percebe o uso de *crack* na sua vida?
- Quais os recursos, instituições ou pessoas que você pode contar quando é necessário resolver algum problema relacionado ao uso de *crack*?
- Como se deu a sua busca por tratamento/acompanhamento?
- Fale-me sobre como você percebe o cuidado quando se trata de uso de *crack*.

APÊNDICE F – Roteiro de Entrevista para os profissionais**PROJETO DE PESQUISA: ADOLESCENTES USUÁRIOS DE *CRACK* NO CONTEXTO DAS REDES FORMAIS E INFORMAIS DE APOIO: COMPREENSÃO DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NUMA REGIÃO DE FORTALEZA****Identificação:**

Idade:

Sexo:

Formação profissional:

Pós-Graduação: () Especialização () Mestrado () Doutorado. Outra

Tempo de formado:

Área de atuação:

Vínculo empregatício: () CLT () Func. Público

Local de trabalho () ESF () CAPS () Escola

Tempo de atuação no local de trabalho:

ROTEIRO DE ENTREVISTA - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Como você percebe o uso do *crack* por adolescentes?
- De que modo você percebe o enfrentamento do consumo do *crack* por adolescentes, considerando redes sociais de apoio (formal e informal), as políticas públicas e a cultura?
- Quais equipamentos, instituições ou indivíduos compõem a rede social de apoio formal e informal dos adolescentes com problema relacionado ao uso de *crack* e qual o papel dessas redes no cuidado ao adolescente?
- Como você percebe a construção do percurso construído pelo adolescente na busca por cuidado?

APÊNDICE G – Roteiro de Entrevista para os familiares

PROJETO DE PESQUISA: ADOLESCENTES USUÁRIOS DE *CRACK* NO CONTEXTO DAS REDES FORMAIS E INFORMAIS DE APOIO: COMPREENSÃO DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NUMA REGIÃO DE FORTALEZA

Identificação:

Idade

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo

Grau de escolaridade:

Grau de parentesco:

Local do acompanhamento:

Há quanto tempo faz acompanhamento neste serviço:

Com quem mora:

Origem do encaminhamento:

Exerce algum tipo de atividade remunerada () Sim () Não. Qual _____?

ROTEIRO DE ENTREVISTA - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Como você percebe o uso do *crack* por adolescentes?
- Qual a sua experiência no acompanhamento do seu familiar adolescente usuário de *crack*?
- O que você faz e Quais os recursos, instituições ou pessoas você pode contar quando é necessário resolver algum problema relacionado ao uso de *crack*?
- Como se deu a sua busca por tratamento neste serviço/instituição? Como foi chegada até aqui?
- Fale-me sobre o cuidado prestado a você neste serviço?

APÊNDICE H – Roteiro de observação sistemática

- Fluxo de acesso as instituições da rede social de apoio formal e informal
- Relação do adolescente com problemas relacionados ao consumo de *crack* com os profissionais das instituições
- Articulação da rede social de apoio formal e informal entre si
- Representações da rede social de apoio formal e informal para o adolescente

CRONOGRAMA

Atividade	Período
Levantamento da literatura	02/2014 a 12/2015
Estudo sobre a temática	02/2014 a 12/2015
Fichamento de textos	01/2014 a 12/2015
Construção e aprimoramento do eixo teórico e metodológico	02/2014 a 11/2014
Apresentação do projeto	11/2014
Coleta de dados	11/2014 a 04/2015
Transcrição do material coletado	04/2015 a 08/2015
Análise dos dados	08/2015 a 11/2015
Discussão dos resultados	08/2015 a 11/2015
Apresentação da dissertação	12/2015

ORÇAMENTO

Especificações	Quantidade	Valor unitário	Valor total em R\$
Livros	10	R\$40,00	R\$ 400,00
Papel A4 – resmas	2	R\$15,00	R\$ 30,00
Cartucho Colorido – Impressora	2	R\$60,00	R\$60,00
Cartucho Preto – Impressora	2	R\$ 40,00	R\$ 40,00
Transporte	-	-	R\$ 200,00

Fonte: A autora