UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE – UNIPLAC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE E SAÚDE

ALINE BATISTA BERNARDI

A ASSISTÊNCIA AOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO DE DROGAS NOS CAPSs EM SANTA CATARINA

LAGES-SC, 2015

ALINE BATISTA BERNARDI

ASSISTÊNCIA AOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO DE DROGAS NOS CAPSs EM SANTA CATARINA

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC.
Orientadora: Profª Drª Lilia Ap. Casagrande de Oliveira

LAGES-SC, 2015

Ficha Catalográfica

Bernardi, Aline Batista.
B523a Assistência aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas nos CAPSs em Santa Catarina / Aline Batista Bernardi. -- Lages (SC), 2015.
151p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Planalto Catarinense. Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense.
Orientadora: Lilia Aparecida Casagrande de Oliveira.

1. Adolescente. 2. Usuários de drogas 3. Serviços de saúde mental. 4. Saúde Pública. I. Oliveira, Lilia Aparecida Casagrande de. II. Título.

CDD 362.290981

5814

(Elaborada pelo Bibliotecário José Francisco da Silva - CRB-14/570)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM AMBIENTE E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO

"Assistência aos Adolescentes com Transtornos Decorrentes do Uso de Drogas nos CAPSs de Santa Catarina"

Dissertação submetida ao colegiado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde – Mestrado Acadêmico em cumprimento parcial para a obtenção do título de Mestre em Ambiente e Saúde, na Linha de Pesquisa Ambiente, Sociedade e Saúde.

APROVADA PELA COMISSÃO EXAMINADORA em 30/04/2015.

Orientadora Profa. Dra. Lilia Aguº Casagrande de Oliveira: _____

Membro Externo (UCS): Profa. Dra. Nilva Lúcia Rech Stedile: _____

Membro PPGAS/UNIPLAC Profa. Dra. Juliana C. Lessmann Reckziegel: _____

Membro PPGAS/UNIPLAC-Suplente: Profa. Dra. Natalia Veronez da Cunha: _____

Profa. Dra. Ana Emilia Siegloch
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde

Ana Emilia Siegloch
Coord. PPGAS
Mestrado em Ambiente e Saúde - UNIPLAC

Aline Batista Bernardi
Lages, Santa Catarina, abril de 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Zulmiro e Diva, que me ensinam a viver e a ser solidário com o próximo. A alegria, dedicação e caráter deles me inspiram! Amo vocês. Ao meu irmão Vinicius, meu melhor amigo e a quem sempre posso confiar.

Agradeço ao companheirismo, incentivo e amor do Juliano, companheiro de sonhos e construções. Que com paciência e carinho compreendeu minhas ausências neste período.

A toda minha família, pelo apoio incondicional e pela alegria compartilhada a cada conquista. Pessoas que sempre me acolhem com muito carinho.

À minha orientadora e amiga, Profª. Drª. Lilia Kanan, pela oportunidade de aprendizagem e por seu exemplo de responsabilidade e dedicação. Pela paciência em todos imprevistos ocorridos durante este tempo do Mestrado e por acreditar, confiar, apoiar e compartilhar há muitos anos a minha construção pessoal e profissional.

Aos docentes doutores do Programa de Pós Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ambiente e Saúde, pela contribuição enriquecedora durante todo o curso. Aos colegas de Mestrado, pois foram um dos principais motivadores desta caminhada, qualificadores das discussões, amizades construídas para sempre.

Às professoras doutoras Nilva Lúcia Rech Stédile, Juliana smann Reckziegel e Natália Veronez da Cunha, por aceitarem o convite para avaliação deste trabalho e pelas valiosas sugestões.

À todas as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, que aceitaram o convite a participar da pesquisa e que com as suas vivências,

possibilitaram todas as informações, e assim a ampliação de conhecimento sobre a temática pesquisada.

Ao CAPSi – Criança e Adolescente de Lages, parte de minha história profissional, que me proporcionou conhecimentos, inquietações e paixões. Fonte de minha inspiração na pesquisa sobre Adolescentes com transtornos decorrentes de drogas. À minha colega de CAPSi e amiga Kelly Souza, pela amizade sincera, pelo acolhimento sempre e por suas sugestões na construção desse trabalho.

À todas as mudanças que ocorreram; as pessoas que fizeram e fazem parte do meu caminho até aqui e adiante, que de alguma maneira estiveram presentes nas minhas escolhas, e que me fazem continuar adolescendo sempre.

Muito Obrigada!

Massa Instantânea

Eu falo de uma massa, que não é espaguete.
É uma massa crua, é o menino de rua, rotulado de pivete, pela educação escrava.
Eu falo de uma massa que não é macarrão.
É o guri sem teto, sem afeto, analfabeto, seu colchão é o chão, vida de cão sem raça.
Eu falo de uma massa que não é massa folhada.
Pede grana no sinal, só tem folha de jornal, contra o frio da madrugada, sua pele é sua couraça.
Eu falo de uma massa que não é de pastel.
Recheada de vento e dormindo ao relento,
O seu teto é o céu, seu recheio é só carcaça.
Eu falo de uma massa que não é ravioli.
Intragável, indigesta, que a princípio não presta.
E que ninguém engole, e que no mole, despedaça.
Eu falo de uma massa que não é parafuso.
É o moleque inteligente que de tanto solvente, vai ficando confuso, enquanto o tempo passa...
Eu falo de uma massa que não é panqueca.
Fissurada no crack, a mente sente o baque, enquanto o corpo seca, e a vida embaraça.
Eu falo de uma massa que não é capelete.
Não tem armas pra luta, nem força pra disputa, por isso nem compete, fica vivo por pirraça.
Eu falo de uma massa que não é um miojo.
Boicotada, atrofiada, que não é valorizada, a elite tem nojo, seu paraíso é a praça.
Vem agora e abraça a massa instantânea, que não quer ficar no molho, mas transcender o teu olho, que tua atitude espontânea, vem agora e ABRAÇA!'

Poema de Carlinhos Guarnieri – Redutor de Danos

RESUMO

O uso de drogas na adolescência afeta a cognição, a capacidade de julgamento, o humor e as relações interpessoais, áreas estas que estão em desenvolvimento. Na assistência aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas identificam-se algumas dificuldades, como por exemplo, a incipiente quantidade de pesquisas sobre uso de drogas na adolescência, a ausência de diretrizes claras no tratamento e a baixa adesão aos tratamentos de saúde. A gravidade de tais situações se estende em razão da insuficiência de dispositivos de atendimento para este público e/ou pela fase do desenvolvimento em que estão que difere dos adultos em relação ao tempo e intensidade do uso de drogas, assim como quanto ao tipo de prejuízo causado pelo consumo. De modo a se ampliar a produção de conhecimentos acerca do tema, o presente estudo pretendeu caracterizar a assistência aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas utilizada nos CAPSs do estado de Santa Catarina. O percurso metodológico definiu a pesquisa como uma pesquisa de natureza aplicada, de abordagem quali-quantitativa. Participaram da pesquisa dezenove equipes de profissionais que atuam nos CAPSs de municípios com mais de 70 mil habitantes do Estado de Santa Catarina que atendem adolescentes usuários de drogas, sendo os Centro de Atenção Psicossocial Criança e Adolescente - CAPSi, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPSad e Centro de Atenção Psicossocial III – CAPS III. Os dados foram coletados por meio de um questionário *online* com perguntas abertas e fechadas; foram organizados em categorias definidas a *priori*, sendo interpretados a partir das premissas de tratamento destacadas pelos participantes. Como resultados, verifica-se no estado de Santa Catarina há um predomínio do atendimento ser no CAPSi, e nos municípios que não dispõem deste serviço o CAPSad acolhe a demanda dos adolescentes. A abordagem teórica utilizada pelas equipes são predominantemente a atenção psicossocial, no entanto com divergências sobre a utilização de redução de danos com adolescentes. Ainda, verificou-se necessidade de definição, ampliação e implementação da Política de Saúde Mental específica para o atendimento a crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas; e a mobilização do poder público e da sociedade para a prevenção do uso de álcool e outras drogas pelo público infanto juvenil.

Palavras-chave: Adolescente. Usuários de Drogas. Serviços de Saúde Mental. Saúde Pública.

ABSTRACT

Drug use in adolescence affects cognition, judgment, mood and interpersonal relationships, areas that are under development and may be impaired by drugs. In assisting adolescents with disorders caused by use of drugs present some difficulties, such as the incipient amount of research on drug use in adolescence, the absence of clear guidelines on treatment and poor adherence to health care. The seriousness of such situations stretches because of the inadequacy of care devices for this audience and / or the stage of development where they are differing from adults with respect to time and intensity of drug use, as well as the type of injury caused by consumption. In order to increase the production of knowledge on the subject, this study aimed to characterize the care of adolescents with disorders caused by use of drugs used in CAPS in the state of Santa Catarina. The methodological approach defined research as a kind of applied research, of qualitative and quantitative approach. The participants were nineteen teams of professionals working in CAPS municipalities with more than 70,000 inhabitants of the State of Santa Catarina that address adolescent drug users, and the Psychosocial Care Children and Adolescent Center - CAPSi, Psychosocial Care Center Alcohol and Other Drugs - CAPSad and Psychosocial Care Center III - CAPS III. Data were collected through an online questionnaire with open and closed questions; they were organized on a priori defined categories, being interpreted from the treatment assumptions highlighted by participants. As a result, it is found in the state of Santa Catarina there is a predominance of care be in CAPSi, and municipalities that do not have this service the CAPSad welcomes the demand of teenagers. The theoretical approach used by the teams are predominantly psychosocial care, though with differences over the use of harm reduction with teenagers. Still, there was need for definition, expansion and implementation of specific mental health policy for the care of children and adolescents users of alcohol and other drugs; and the mobilization of government and society for the prevention of alcohol and other drugs by Children and Youth public.

Keywords: Adolescents; Drug users; Mental Health Services and Public Health.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	17
2.	REVISÃO TEÓRICA.....	25
2.1	Adolescência e uso, abuso e/ou dependência de drogas	25
2.2	Aspectos históricos da assistência em saúde mental.....	29
2.3	Legislação e Políticas Públicas sobre drogas no Brasil.	36
2.4	Política de Saúde Mental Infanto – Juvenil.....	42
3.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	45
3.1	Caracterização do estudo.....	45
3.2	Participantes da pesquisa.....	45
3.2.1	Escolha e seleção dos participantes.....	46
3.3	Procedimentos.....	46
3.3.1	Equipamento e material.....	47
3.3.2	Registro de dados.....	47
3.3.3	Análise dos dados.....	47
3.4	Procedimentos Éticos.....	48
4	RESULTADOS	49
4.1	Artigo 1. CARACTERÍSTICAS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL (CAPSi), ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPSad) E 24 HORAS (CAPS III) DO ESTADO DE SANTA CATARINA.....	51
4.2	Artigo 2 “ASSISTÊNCIA AOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO DE DROGAS EM SANTA CATARINA.....	75
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS GERAIS.....	115
6.	REFERÊNCIAS.....	121
	APÊNDICE.....	129
	Apêndice I – TCLE.....	127
	Apêndice II – Instrumento coleta de Dados.....	129
	Anexo I	151

ASSISTÊNCIA AOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO DE DROGAS EM SANTA CATARINA

INTRODUÇÃO

A adolescência é descrita como uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, sendo um período difícil e conturbado, marcado pela busca de identidade (ABERASTURY, 1981; OSÓRIO, 1983; MOSQUERA, 1977). Essa busca, segundo os autores, envolve medos, riscos, descobertas, aprendizagens e, consequentemente, o amadurecimento. Ainda, na adolescência passa-se por diversas perdas, como por exemplo, a perda do corpo infantil, dos pais da infância e da sua identidade e do papel infantil.

Além de todas as mudanças físicas e subjetivas presentes nesta fase de desenvolvimento, há também as descobertas corporais, sociais e de experimentação. Assim, se forem considerados os aspectos sociais como fatores preponderantes nessa etapa do ciclo vital, é possível pensar a adolescência como uma fase de preparação do jovem que está em desenvolvimento na sociedade para o mundo adulto. Porém, se for considerada como um período social de adaptação entende-se que nem todos os jovens são inclusos nessa fase de forma igual. Alguns adolescentes vivenciam vulnerabilidades sociais, econômicas e familiares, possivelmente acarretando em conflitos internos.

O uso de drogas é um comportamento de risco vivenciado por muitos adolescentes e que avança rapidamente e inicia cada vez mais cedo. O percentual de crianças que já consumiram drogas entre 10 e 12 anos de idade é significativo: 51,2% já consumiram bebidas alcoólicas; 11% usaram tabaco; 7,8%, solventes; 2%, ansiolíticos; e 1,8%, anfetamínicos (SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS – SENAD, 2013). Tal fato constitui persistente ameaça à estabilidade das estruturas e valores políticos, econômicos, sociais e culturais de todas as sociedades, além de prejudicar a saúde e a vida de pessoas. Segundo Castel *et al.* (1995), a dependência química ocorre quando há uma integração do ser humano com alguma substância, sendo que o efeito dessa dependência pode ser experimentado em um estado psíquico e físico.

No II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, em cidades com mais de 200 mil habitantes da região Sul, identificou que entre adolescentes de 12 a 17 anos, 58,8% fizeram uso de álcool e destes 6,5% apresentaram

dependência de álcool. Em relação ao uso de tabaco obteve que 21,3% fizeram uso de tabaco e destes 3,6% estão dependentes.

Já na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE 2012, realizada com os estudantes do 9º ano do ensino fundamental nas capitais do Brasil, corrobora com os dados da pesquisa realizada pelo CEBRID, pois verificou que a experimentação do cigarro foi de 19,6%, sendo a maior frequência de experimentação observada na Região Sul (28,6%) e a menor, na Região Nordeste (14,9%). Em relação à caracterização administrativa da escola, a frequência de experimentação foi maior entre os estudantes das escolas públicas (20,8%) do que das escolas privadas (13,8%). A pesquisa identificou que o inicio do uso foi predominantemente aos 13 anos e pelo menos um dos responsáveis pelo adolescente era fumante.

Em relação ao uso de bebidas alcoólicas, a pesquisa PeNSE (2012) identificou que 66,6% dos escolares já haviam experimentado a bebida alcoólica, sendo esse indicador maior nas Regiões Sul (76,9%) e Centro-Oeste (69,8%) e menor nas Regiões Norte (58,5%) e Nordeste (59,6%). É importante destacar que 21,8% dos escolares já sofreram algum episódio de embriaguez na vida. Os escolares da Região Sul apresentaram o maior percentual (27,4%), e os da Região Nordeste, a menor frequência (17,3%). A proporção de alunos das escolas públicas com episódio de embriaguez foi maior do que a observada nas escolas privadas: 22,5% e 18,6%, respectivamente.

É importante destacar que o uso precoce do álcool está associado a problemas de saúde na idade adulta, além de aumentar significativamente o risco de se tornar consumidor em excesso ao longo da vida. O consumo excessivo de bebida alcoólica na adolescência está associado ao insucesso escolar, acidentes, violências e outros comportamentos de risco, como: tabagismo, sexo desprotegido e uso e abuso de drogas (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004; ANDRADE *et al*, 2012).

A PeNSE2012 investigou o uso de drogas ilícitas tais como: maconha, cocaína, *crack*, cola, loló, lança perfume, *ecstasy*. Os dados evidenciaram que 7,3% dos escolares já usaram drogas ilícitas. Os maiores percentuais foram observados nas Regiões Centro-Oeste (9,3%) e Sul (8,8%) e verificando os resultados segundo os Municípios das Capitais, os maiores percentuais foram encontrados em Florianópolis/SC (17,5%) e Curitiba/PR (14,4%). Em relação ao sexo dos escolares, 8,3% eram do sexo masculino, sendo mais frequentes do que o sexo feminino, que apresentou o percentual de 6,4%. Em relação a idade dos escolares, considerando os escolares com 15 anos que usaram drogas antes dos 13

anos de idade, o percentual para o conjunto do País foi de 2,6%, variando de 1,2%, na Região Norte, a 4,4%, na Região Sul (PeNSE, 2012).

No que se refere à atenção as pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas, Castel *et al.* (1995) ressaltam que qualquer tipo de intervenção é melhor que nenhuma, porém, não há uma forma de terapêutica considerada certa ou a melhor. A participação da família é importante no tratamento. Os autores supracitados ressaltam que da mesma maneira que não existe uma única forma de tratamento, as pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas também não são todas iguais, sendo necessário adequar a intervenção às necessidades individuais.

O uso de drogas na adolescência torna-se um problema de saúde pública, pois tem aumentado ao longo dos anos, sendo premente conhecer como o sistema público de saúde se desenvolveu historicamente e como está articulado a assistência em saúde mental.

Historicamente, a saúde passou de uma visão centrada no fenômeno da doença para uma visão mais global do homem, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e da Constituição de 1988. Deste modo, passou a considerar que "a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício" (art. 2º da Lei nº 8.080 de 1990). Ainda, conforme esse dispositivo legal, em seu art. 5º, III, um dos objetivos e atribuições do Sistema Único de Saúde é a "assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas" (BRASIL, 1990).

No que se refere à saúde mental, a Lei nº 10.216 de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, frisa que todas as pessoas acometidas de transtorno mental, e, consequentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas; deverão "ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades" (BRASIL, 2001, art. 2º, parágrafo único, I) e, ainda, "ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental" (BRASIL, 2001, art. 2º, parágrafo único, IX).

Sendo assim, conforme Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como essenciais nos tratamentos de saúde mental. Segundo o art.1º dessa portaria, os CAPS poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Esses cumprirão a mesma função no atendimento público em saúde mental, se

diferenciando apenas no que se refere à ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

Também ficam definidos na Portaria nº 336/02 outros dois serviços específicos de atenção psicossocial, um corresponde à atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes (art. 4º, 4.4), chamado CAPSi; e outro responsável pelo "serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso de dependência de substâncias psicoativas" (art. 4º, 4.5), chamado Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPSad).

Em relação aos recursos humanos, a portaria supracitada assevera que os CAPS devem compor uma equipe multiprofissional e esses profissionais devem trabalhar na perspectiva interdisciplinar, sendo os mesmos responsáveis durante todo o período de funcionamento da unidade (plantão técnico) e devem criar uma ambiência terapêutica acolhedora. Tal conduta objetiva a inclusão de pacientes muito desestruturados que não consigam acompanhar as atividades da unidade. A rede de assistência às pessoas com transtornos mentais e consequentemente aos com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas através da legislação redefiniu estratégias específicas com ênfase na reabilitação e reinserção social.

Uma das premissas de cuidado da atenção psicossocial é o trabalho por equipes multiprofissionais na perspectiva interdisciplinar. O reconhecimento do papel da interdisciplinaridade na produção do conhecimento deve-se à modificação das formas de produção, difusão e aplicação do conhecimento, e das possibilidades de integração e síntese que sobrepõem os limites disciplinares. Steill (2011) destaca que a interdisciplinaridade não se opõe à especialização, mas busca integrar o conhecimento disciplinar e respostas às questões complexas.

Os estudos e a trajetória interdisciplinar permitem a integração de conhecimentos e pensamentos de diferentes áreas, aumentando assim a capacidade de compreensão dos fenômenos e resolução de problemas práticos de maneira sistêmica. Esse pressuposto interdisciplinar permite a liberdade do pensamento, a geração de ideias inovadoras e criativas. A sustentabilidade da trajetória interdisciplinar depende da "visualização de um fenômeno de vários ângulos e a compreensão de que uma perspectiva do conhecimento não é inerentemente superior à outra" (STEILL, 2011, p.219). Deste modo, na perspectiva da atenção psicossocial, torna-se necessária a compreensão holística dos sujeitos e consequentemente práticas que ultrapassem modelos disciplinares fragmentados.

Destarte, o Ministério da Saúde consolidou nas suas diretrizes, o que chamou de Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos

Usuários de Álcool e Outras Drogas, assegurado na Portaria nº 816/GM em 30 de abril de 2002. Esta portaria teve como objetivo instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios.

A assistência a usuários de drogas deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, e implica em privilegiar o cuidado em dispositivos extra hospitalares. Os Centros de Atenção Psicossocial devem estar articulados com a atuação da Estratégia de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programas de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde, Assistência Social, Educação e Justiça, entre outros que se fizerem necessários para os usuários (BRASIL, 2002).

Contudo, devido à incipiente política de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso das drogas e a falta de uma clara política durante muito tempo, surgiram no Brasil, serviços denominados de "Comunidades Terapêuticas". Estas instituições prestam serviço de atendimento às pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas, através de um modelo de atendimento onde o indivíduo permanece na instituição por no mínimo seis meses e tem como tripé o trabalho, a disciplina e a espiritualidade. Esses serviços por muito tempo multiplicaram-se sem qualquer regulamentação, evidenciando-se um funcionamento precário para muitos deles. Devido a isso, tem sido determinado pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) o estabelecimento de diretrizes para o funcionamento dos mesmos, podendo assegurar os direitos à atenção de qualidade aos usuários.

Preocupada com a qualidade das entidades públicas e privadas, a ANVISA, órgão responsável por "proteger e promover a saúde do conjunto da população brasileira, garantindo a segurança sanitária de produtos e de serviços", explicitado na Lei nº 8080/90, intitula a Resolução da Diretoria Colegiada de Nº 101/2001, publicada em 31 de maio de 2001. Esta resolução estabelece o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Serviços de Atenção a Pessoas com Problemas Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas. Muitas comunidades terapêuticas passam então a necessidade de adequação a esta normatização.

Raupp *et al.*(2008) em um estudo analisou o tratamento destinado aos adolescentes em comunidades terapêuticas e pode concluir que, apesar das comunidades oferecerem continência, segurança e acolhimento aos adolescentes, a concepção moralista e a não distinção entre uso, abuso e dependência de drogas no tratamento, sendo um

modelo único a todos, não possibilitava emergir as singularidades e potencialidades dos adolescentes, acarretando em frequentes recaídas ao uso após termino do tratamento. Deste modo, os autores asseveram a necessidade de maior atenção a esses espaços, e políticas públicas mais efetivas na regulamentação desses locais.

Paralelo, surgiram outras iniciativas do poder público na tentativa de ampliar a rede de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas. Como o Decreto nº 4.345 de 2002, que institui a Política Nacional Antidrogas (PNAD) e estabelece objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas.

Todavia, devido ao crescimento de uso e abuso de drogas, o Ministério da Saúde instituiu novo decreto, sendo o Decreto nº. 7.179, de 20 de maio de 2010, que promove o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, e cria o seu Comitê Gestor para as providências. Este decreto propõe ações imediatas e estruturantes, como investimento para capacitação, incentivo para leitos destinados ao atendimento de usuários de crack e outras drogas – atendimento a casos de intoxicação aguda, leitos em comunidades terapêuticas, implantação de CAPSad III – 24 horas, Casas de Acolhimento Transitório, Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF, equipes compostas por profissionais de saúde treinados para fazer a primeira abordagem e intervenção antes do agravamento dos casos promovendo encaminhamento para os CAPS.

Em relação ao atendimento dos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas não é priorizado nas legislações citadas, denotando assim a necessidade de ampliar as discussões que perpassam a atenção ao público infanto-juvenil. Como, por exemplo, vulnerabilidade, a iniquidade social, a complexidade implicada no consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes e a necessidade de considerar os contextos socioculturais e econômicos na abordagem do problema e na construção das alternativas para enfrentá-lo.

Deste modo, há que se considerar a legislação especifica dos direitos da criança e do adolescente, sendo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado em 13 de julho de 1990, Lei nº 8.069 (BRASIL, 1990). Esta Lei, conforme seu art. 1º dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Com relação aos deveres instituídos à família, à comunidade, à sociedade em geral juntamente com o poder público, o art. 4º refere-se assegurar à criança e ao adolescente a "efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à

educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária".

Em relação aos serviços de saúde mental para adolescentes Paula *et al.l* (2012) identificam que são precários, pois existe uma "falsa percepção de que esta faixa etária é "saudável" é uma barreira adicional para a melhoria dos serviços" (p.340). As autoras destacam que a negligência na atenção aos adolescentes tem sido um grave problema em saúde pública, especialmente aos adolescentes com vulnerabilidades econômicas, pois no Brasil, apenas 8 % de todos os CAPS são dedicados para os jovens.

Deste modo, existe uma "necessidade de aumentar a atenção para as necessidades de saúde dos adolescentes e agir sobre as oportunidades de promoção e prevenção" (PAULA *et al.l*, 2012, p. 340). Outro desafio que as autoras apontam é que os dados sobre os tipos de tratamentos prestados dentro dos serviços de CAPSi não são disponíveis, necessitando enfatizar a importancia da prática baseada em evidências e consequente ampliação dos serviços de CAPSi, com garantia de qualidade (PAULA *et al.l*, 2012).

Tais questões remetem a complexidade implicada no atendimento a este público. Complexos também são os questionamentos das equipes de saúde referentes à baixa adesão ao tratamento, ao comportamento desafiador e agressivo dos indivíduos, a pouca participação da família e à resistência dos próprios profissionais diante das dificuldades.

Ressalta-se que avaliar sobre tratamento de adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas é premente devido à necessidade de ações preventivas e de promoção da saúde. Assim como, que se tenha dispositivos eficazes na atenção aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas, uma vez que reduziriam riscos maiores.

Sendo assim, este estudo procurou responder a seguinte pergunta: **Quais as características da assistência aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas nos serviços públicos de saúde mental do Estado de Santa Catarina?**

Para tanto, foi estabelecido o seguinte objetivo geral: Caracterizar a assistência aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas nos serviços de saúde mental: CAPSi – Criança e Adolescente, CAPSad – Álcool e Outras Drogas e CAPS III – 24 Horas, do Estado de Santa Catarina.

Especificamente pretendeu-se (a) Caracterizar os serviços de saúde mental (CAPSi, CAPSad e CAPS III) em relação a estrutura física, recursos humanos e atendimentos ofertados; (b) Identificar as estratégias

de cuidado utilizadas nos serviços de saúde mental (CAPSi, CAPSad e CAPS III) que atendem o adolescente com transtornos decorrentes do uso de drogas; (c) Examinar as iniciativas utilizadas pelos serviços de saúde mental (CAPSi, CAPSad e CAPS III) no que se refere articulação com a rede intersetorial (saúde, assistência social, educação e justiça) na assistência ao adolescente com transtornos decorrentes do uso de drogas; e (d) Descrever as dificuldades e as potencialidades identificadas pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental (CAPSi, CAPSad e CAPS III) referente à assistência do adolescente com transtornos decorrentes do uso de drogas.

2 REVISÃO TEÓRICA

A seguir, são apresentados alguns autores e articulistas que têm produção associada ao tema de investigação deste estudo.

2.1 Adolescência e o uso, abuso e/ou dependência de drogas

A adolescência é um processo evolutivo do desenvolvimento humano, para Osorio (1989) "nela culmina todo processo maturativo biopsicossocial do indivíduo" (p.10). Deste modo, para compreendê-la é necessário estudar os aspectos biológicos, sociais, psicológicos e culturais integradamente.

"O termo "adolescência", do latim "adolescere" (crescer), foi utilizado para abranger um estágio do desenvolvimento humano compreendido entre o período da infância e a fase adulta" (SANTOS *et al.*, 2006, p. 181). E antigamente a adolescência era considerada apenas transição da infância para idade adulta, todavia, já se reconhece a importância desta etapa do desenvolvimento humano não só para questões físicas, mas também para aquisição da imagem corporal, autoestima, relações interpessoais e estruturação da personalidade (OSORIO, 1989).

A adolescência dura quase uma década, pois inicia nos 12 anos e termina por volta dos 20 anos de idade. No Brasil, aos 18 anos a pessoa passa a ser responsável por si mesma, meninos devem-se alistar nas forças armadas e este período é caracterizado pela escolha profissional (PAPALIA E OLDS, 2000).

Na puberdade, de acordo com Papalia e Olds (2000) ocorrem mudanças biológicas que sinalizam o fim da infância. Tanto meninos quanto as meninas sofrem um surto de crescimento, sendo acelerado em peso, altura e desenvolvimento muscular e esquelético. Na puberdade, a glândula pituitária na base no cérebro envia mensagens para as glândulas sexuais para aumentar sua secreção de hormônios. Este momento é determinado pela interação de genes, saúde e ambiente.

Nas meninas, os ovários aumentam drasticamente a produção de hormônio feminino estrogênio, o qual estimula o crescimento do genitais femininos e o desenvolvimento dos seios. Nos meninos, os testículos aumentam a produção de andrógenos, principalmente testosterona, os quais estimulam o crescimento dos genitais e dos pelos corporais masculinos. (PAPALIA e OLDS, 2000, p. 312)

Essas alterações hormonais também ocasionam maior suscetibilidade emocional e mau humor no início da adolescência. As

meninas, geralmente, iniciam as alterações por volta dos oito ou dez anos de idade; já para os meninos ocorre por volta dos 12 anos. No entanto, segundo Papalia e Olds (2000) é necessário observar os fatores determinantes do processo de maturação, pois "crianças que são mais saudáveis, mais bem nutridas e mais bem cuidadas amadurecem mais cedo e crescem mais" (p. 312), porem torna-se necessário considerar as particularidades de cada indivíduo.

Referente às alterações físicas, nas meninas ocorre o início da menstruação, a menarca que é a primeira menstruação, ocorre em média, entre os doze e treze anos. Já nos meninos ocorre a produção de espermatozoides, desenvolvimento de pelos pubianos e alteração no timbre da voz. E o crescimento muscular, que atinge aos doze anos nas meninas e aos quatorze anos nos meninos. Tanto meninos quanto as meninas encerram seu crescimento de altura aos dezoito anos de idade (PAPALIA e OLDS, 2000).

Na questão de altura, o menino fica maior em geral, pois os ombros são mais largos, suas pernas são mais longas em relação ao tronco, e seus antebraços são mais compridos em relação aos braços e sua altura. A pélvis da menina se alarga para futuramente facilitar o parto, e formam-se camadas de gordura sob a pele, conferindo-lhes uma aparência mais arredondada (PAPALIA e OLDS, 2000).

Papalia e Olds (2000) sinalizam também que o maxilar inferior fica mais longo e grosso, o maxilar e o nariz projetam-se mais, e os dentes incisivos ficam mais eretos. Como cada mudança segue ao ritmo da pessoa, pode ocorrer neste período da adolescência os aspectos físicos ficarem desproporcionais, resultando na aparência desajeitada.

É importante destacar que não é apenas o aspecto físico que muda nos adolescentes, pois seu pensamento também muda, melhora a capacidade de raciocínio abstrato e julgamento moral, possibilitando planos mais realistas (PAPALIA e OLDS, 2000).

Segundo Piaget, os adolescentes ingressam no nível mais alto do desenvolvimento cognitivo, chamado operações formais, quando desenvolvem a capacidade de pensamento abstrato, de imaginar possibilidades, testar hipóteses e formar teorias. Assim, o adolescente passa a ser capaz de raciocínio hipotético dedutivo. "Ele considera todos os relacionamentos que pode imaginar e passa por cada um deles, para eliminar o falso e chegar ao verdadeiro" (PAPALIA e OLDS, 2000, p. 326).

As características neurológicas e ambientais se influenciam para resultar na maturidade cognitiva. Segundo Piaget (*apud* Papalia e Olds, 2000) a maturação cognitiva pode não ser atingida se não houver

estimulação ambiental, mesmo se fisiologicamente estiver formada, por isso os relacionamentos sociais e familiares são importantes nesta faixa etária.

O psicólogo Elkind (1984, *apud* Papalia e Olds, 2000) descreveu comportamentos e atitudes típicas da adolescência, como encontrar defeitos nas figuras de autoridade; tendência a discutir; indecisão; hipocrisia aparente (não reconhecem a diferença entre expressar um ideal e viver de acordo com ele); autoconsciência (colocar-se no lugar do outro); suposição de invulnerabilidade (egocentrismo).

Os pais, os pares, o bairro, a qualidade de escolarização, todos influenciam o desempenho dos adolescentes na escolarização e em seus relacionamentos interpessoais. A condição social e econômica é um fator importante, pois afeta o ambiente doméstico. E a escolha da profissão é influenciada por vários fatores, como sexo e o apoio parental (PAPALIA e OLDS, 2000).

A busca pela identidade ocorre na adolescência, e permeiam a fatores ocupacionais, sexuais e de valores. Erick Erikson (*apud* Papalia e Olds, 2000) descreve a adolescência como uma crise psicossocial, caracterizada pelo conflito entre identidade e confusão de identidade e a virtude desenvolvida na crise seria fidelidade. A orientação sexual, geralmente definida nesta faixa etária, mostra-se influenciada por questões biológicas e ambientais. A mudança em relação aos comportamentos sexuais mais liberais coloca o adolescente em risco, como gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis.

Os adolescentes passam a maior parte do tempo com os amigos, tendo amizades mais intimas e mais influenciáveis nas decisões. Papalia e Olds (2000) destacam que esse comportamento pode ocasionar na pressão dos amigos direcionem os comportamentos antissociais. Apesar das dificuldades de relacionamento com os pais nesta fase, há aproximação quando estes têm valores em comum e o relacionamento democrático demonstra resultados mais positivos no desenvolvimento dos adolescentes.

De modo geral, o período da adolescência é uma fase de vitalidade, todavia problemas podem ocorrer, "problemas de saúde muitas vezes são resultado da pobreza, estilo de vida perigoso ou sedentário. As três principais causas de morte entre adolescentes são os acidentes, os homicídios e os suicídios" (PAPALIA E OLDS, 2000, p.338).

De acordo com os autores citados acima, as doenças que permeiam esta faixa etária geralmente são depressão, transtornos alimentares (anorexia, bulimia e obesidade), abuso de drogas e doenças sexualmente transmissíveis. Tais doenças se caracterizam pela

preocupação excessiva com a aparência, baixa autoestima, pertencimento aos grupos e comportamentos de risco.

Para Marcelli e Braconnier (2007) três sinais psicopatológicos estão relacionados ao uso de drogas na adolescência, como "a alexitimia, a depressividade e a busca de sensações" (p.267), e duas situações de vulnerabilidade são frequentemente presentes, como os afetos frágeis na infância e fenômenos psíquicos de depressão vivenciados desde cedo.

Existem três estilos de grupos vulneráveis na adolescência segundo Marcelli e Braconnier (2007), primeiro adolescentes nas series finais do ensino fundamental com experimentações aditivas esporádicas. O segundo refere-se aos adolescentes no ensino médio, estes com um uso das drogas mais regular, todavia devido o comportamento de oposição dos mesmos o contato é mais complexo. E o terceiro grupo, refere-se aos adolescentes com mais idade e já envolvidos com a marginalidade e situações sociais muito precárias.

Em relação ao tipo de consumo Marcelli e Braconnier (2007, p.269) distinguem "quatro tipos de consumo: o uso, o uso de risco, o abuso e a dependência. Os dois últimos são objeto de definições com critérios nas principais classificações, CID e DSM". O uso refere-se ao uso festivo, eventual; já o uso de risco apresente um risco iminente e potencial, ainda que ainda não faça o uso abusivo. No abuso apresenta um sofrimento psíquico forte e limitações em atividades que realizava anteriormente. E na dependência a tolerância a substância é maior, fazendo com que o uso seja frequente e sem limites, acarretando em danos e desorganização da vida do sujeito. Há que considerar que o uso precoce de drogas é de extrema vulnerabilidade ao consumo abusivo ou dependente (MARCELLI E BRACONNIER, 2007).

Vasters *et al.* (2011) sugere que alguns aspectos podem potencializar a adesão do jovem, como:

> equipe multiprofissional adequada ao atendimento de adolescentes, que possibilite o vínculo e acolhimento tanto do adolescente quanto de sua família, favorecendo o envolvimento dessa nas atividades do tratamento, a proposição de atividades mais interessantes e motivadoras aos adolescentes, a presença unicamente de pessoas da mesma faixa etária em tratamento, a localização do serviço especializado (que possibilite o fácil acesso do adolescente) e, ainda, a disponibilidade de horários de acolhimento em períodos considerados

> "críticos" pelos adolescentes, em relação às drogas (como noites e finais de semana) (Tela 07).

Os autores destacam que o trabalho em conjunto com o adolescente sobre a organização de seu tratamento e de outras atividades, enfrentamento de situações de conflito, manejo dos próprios sentimentos, tecer a rede de relações mais saudáveis e, propor trabalhos sobre perspectivas e projetos de vida contribui na adesão dos adolescentes ao tratamento, bem como na sua efetividade (VASTERS *et al.*, 2011, tela 07).

Muito das dificuldades vivenciadas no tratamento com adolescentes em saúde mental, decorre de uma história de exclusão das pessoas com transtornos mentais e consequentemente aos com transtornos decorrentes do uso de drogas e de um cuidado biomédico fragmentado. A política de saúde mental atual tem como premissa tratamento de base comunitária e com equipes multiprofissionais, no entanto nem sempre foi assim. Com intuito de revisar os aspectos históricos da assistência em saúde mental, segue subitem abaixo com informações sobre os desdobramentos no cuidado em saúde mental.

2.2 Aspectos históricos da assistência em saúde mental

A compreensão da doença mental passou por diversas fases ao longo da história da humanidade. A psiquiatria passou por uma crise tanto teórica quanto prática, principalmente pela mudança de objeto que, antes era a doença mental, e atualmente é a promoção da saúde mental.

No período da Antiguidade e da Idade Média, segundo Resende (1987), a doença mental era uma questão largamente privada, basicamente determinada pelos costumes, onde o poder público só intervia em assuntos de direito. O conceito de doença mental era mais restrito nessa época, limitava-se aos aspectos exteriores da loucura (comportamento observável).

A loucura tinha um espaço na sociedade. Talvez pelo fato da população com insanidade mental ser a minoria, os loucos gozavam de toda a liberdade. Com o passar dos tempos, durante a época clássica, as cidades foram "inchando" e os mendigos e ladrões lotando-as, caracterizando assim um problema social da época. Devido a isso, foram criados Santas Casas de Misericórdias e Hospitais Psiquiátricos, objetivando a "limpeza" dessas cidades, caracterizados assim como "hospedarias" (AMARANTE, 2001).

Segundo Amarante (2001), as instituições criadas nessa época não tinham a intenção de medicalizar as pessoas internas, e sim enclausurá-las, pois simbolizavam uma ameaça à lei e à ordem social.

No final do século XVIII, com as ideias do Iluminismo, os princípios da Revolução Francesa e a Declaração dos Direitos do Homem nos Estados Unidos, o movimento de denúncias contra as internações arbitrárias dos doentes mentais teve seu início. A internação passou a ser deduzida e compreendida através do conhecimento, recebendo o internamento com características médicas e terapêuticas. Toda essa trajetória auxiliou o saber e a prática psiquiátrica. Dentre os vários protagonistas do movimento que mudou a forma de tratamento da loucura, Rezende (1987) destaca Pinel que, em 1793, criou o regime de tratamento moral, sendo um marco na busca pela cura e assistência psiquiátrica ao doente mental.

Esse tipo de tratamento caracterizava a doença como um problema de ordem moral e defendia a ideia de que os alienados deveriam ser isolados, enclausurados para uma melhor obtenção da descrição dos seus sintomas. Os hospitais e as Santas Casas nesse período passaram de simples hospedarias para instituições de cunhos terapêuticos e de medicalização. Nesse processo, as sangrias, purgações e medicamentos foram abandonados, dando ênfase exclusivamente à mente. Amarante (2001, p. 26) destaca que os procedimentos adotados por Pinel não possibilitavam aos internos um "espaço de liberdade, mas, ao contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental". Tendo assim, o enclausuramento e a exclusão social ganhado forças.

Como crítica ao tratamento moral, o mesmo autor descreve como fechado e autoritário, porém ressalta a importância dessa intervenção por ser o primeiro modelo de reforma psiquiátrica. Após a Segunda Guerra, fizeram-se necessárias mudanças à reforma de Pinel, devido questionamentos em relação ao saber psiquiátrico e as instituições manicomiais. Essa psiquiatria reformada pode destacar alguns períodos como: a Psicoterapia Institucional e as Comunidades Terapêuticas, a Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva, a Antipsiquiatria e as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia.

A Psicoterapia Institucional e as Comunidades Terapêuticas surgiram no período pós-guerra, quando houve a necessidade de reformar o modelo por enquanto vigente. Esses tratamentos tiveram como características reformas no ambiente asilar, compreendidas em "medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar" (AMARANTE, 2001, p.

28). Assim, o tratamento dos institucionalizados passou de individual para grupal, onde todos os pacientes eram envolvidos em suas próprias curas, juntamente com os profissionais da instituição. É importante salientar que, nesse período, a sociedade começou a se interessar pelos direitos humanos das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, pois não era mais possível a situação asilar das pessoas em hospícios.

A Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, segundo Amarante (2001), teve seu surgimento quando houve a necessidade de reparar danos psicológicos, físicos e sociais causados em jovens homens após a Segunda Guerra, ou seja, tinha como objetivo recuperar a mão-de-obra invalidada pela guerra. Sendo assim, ocorreu a reformulação de todo o espaço asilar e o proveito do trabalho do enfermo mental.

Apesar da Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional envolverem todos os seus componentes, incluindo funcionários, médicos e os próprios pacientes, no tratamento dos institucionalizados, humanizando assim o processo, havia críticas em ambos os movimentos, pois os mesmos se restringiam somente ao ambiente hospitalar e não davam conta da exclusão presente (AMARANTE, 2001).

Desse modo, surge a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, contestando as outras formas de psiquiatria. A Psiquiatria de Setor tinha como objetivava realizar intervenções junto à comunidade e evitar a exclusão do doente mental. Ou seja, transferia para a comunidade a função de atender os doentes mentais, sendo o hospital somente uma etapa transitória no tratamento dos mesmos. Esse movimento originou-se nos anos 60, nas ideias de Bonnafé, França. A comunidade era dividida em setores geográficos, onde a equipe multidisciplinar tinha como função tratar os doentes mentais em seu próprio meio social e cultural (AMARANTE, 2001).

No que se refere à Psiquiatria Preventiva, a mesma surgiu nos EUA, com um novo foco de interesse, deixando de tratar somente a doença mental, mas sim promover a saúde mental. Esse momento passou a ser conhecido como a terceira revolução psiquiátrica (AMARANTE, 2001). A prevenção de doenças mentais, ou seja, a promoção da saúde mental era feita através de questionários distribuídos à sociedade com o objetivo de identificar possíveis suspeitos a doenças mentais ou distúrbios emocionais. Tanto a Psiquiatria de Setor quanto a Preventiva encontraram resistências aos seus ideais. Essas iam desde a invasão dos loucos às ruas, aos altos custos da implantação até aos grupos de intelectuais que eram contra a essa abrangência política e ideológica. Esses novos modelos

trouxeram os questionamentos que as doenças mentais poderiam ser prevenidas se detectadas precocemente.

Nesse mesmo momento (anos 60), com os ideais de Maxwell Jones, na Inglaterra, surge um movimento contra a psiquiatria (AMARANTE, 2001). Esse movimento acreditava que o saber e as práticas psiquiátricas eram inadaptados, principalmente, no que se refere, à esquizofrenia. A antipsiquiatria duvida de todos os saberes médicos, combate às estruturas hospitalares, acredita que tais hospitais "cristalizam o paciente no papel de doente mental, dependente e inválido" (AMARANTE, 2001, p. 43). Tal movimento concebe o homem como biopsicossocial.

Para a Antipsiquiatria, a loucura não está dentro dos homens, mas sim entre eles. Critica o tratamento psiquiátrico, afirmando ser uma "imposição do mercado ao indivíduo". Defende a ideia que os delírios dos doentes mentais têm que ser analisados e valorizados, e não aceita métodos de tratamentos químicos. Esse movimento objetiva uma desconstrução do saber, defendendo a desinstitucionalização.

Basaglia, na Itália, nos anos 70, defendeu os ideais de Maxwel Jones e os princípios do movimento da Antipsiquiatria (AMARANTE, 2001). Ressalta que a "psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença" (AMARANTE, 2001, p.46). Para ele, o louco ao mesmo tempo em que é visível, também é invisível. Pois, o mesmo quando institucionalizado e retirado do seu convívio social torna-se invisível à sociedade, entretanto, dentro dos hospitais psiquiátricos os doentes mentais passam a ser visados, no sentido da intervenção e medicalização dos profissionais de saúde. Também frisa que a loucura não poderia ser transformada em doença e o louco não deveria ser distanciado do seu espaço social. O manicômio não necessitava apenas de uma reformulação das práticas, mas de reflexão sobre o saber psiquiátrico (AMARANTE, 2001).

Em relação à Humanização Institucional, Basaglia vai além. Para ele, era preciso inventar uma prática que agisse na comunidade e nas relações que estas estabeleciam com o doente mental. Salientava que os loucos não faziam parte do "universo das igualdades", onde os mesmos eram identificados através da exclusão social e que a justiça agia de uma forma irresponsável socialmente (AMARANTE, 2001).

Nessa época, Basaglia foi nomeado diretor do Hospital Provincial localizado na cidade de Trieste. Seu trabalho nesse hospital psiquiátrico tinha como objetivo o fechamento do mesmo. Promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção

comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (chamadas por ele de "grupos-apartamento") para os loucos (AMARANTE, 2001).

Devido a isso, em 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental. E, em 1976, o hospital psiquiátrico de Trieste foi fechado oficialmente, e a assistência em saúde mental passou a ser exercida em sua totalidade na rede territorial montada por Basaglia. Como consequência das ações e dos debates iniciados por Franco Basaglia, no ano de 1978, foi aprovada na Itália a chamada "Lei 180", ou "Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana", também conhecida popularmente como "Lei Basaglia" (AMARANTE, 2001).

Em relação aos aspectos históricos da assistência em saúde mental no Brasil, esta reforma aconteceu mais tarde que na Europa, pois no final do século XVIII, as cidades brasileiras permaneciam ainda pouco habitadas e as grandes propriedades rurais eram praticamente autossustentáveis. A vida social da época era dividida entre os senhores e proprietários, a multidão de escravos e os desocupados permanentes (REZENDE, 1987).

Em 1852 foi inaugurado, por D. Pedro II, o hospício que recebeu seu nome, no Rio de Janeiro. A recém-criada Sociedade de Medicina protestou contra os maus-tratos dos doentes mentais internados e enfatizou a necessidade de tratá-los segundo a técnica do tratamento moral já em prática na Europa (REZENDE, 1987).

Os hospitais psiquiátricos no Brasil começaram a surgir no final do século XIX, segundo Rezende (1987), profundamente influenciados pela psiquiatria francesa e pelo tratamento moral. Esses hospitais eram denominados como Santas Casas de Misericórdia e igualmente à Europa tinham como objetivo "limpar" as cidades, depositando assim os mendigos, vadios e loucos nas suas dependências. Essa medida foi tomada para que os loucos e vadios não perturbassem a paz social e não atrapalhassem o crescimento econômico do país. A exclusão social era a tendência central da psiquiatria brasileira nessa época.

Posteriormente, o trabalho passou a ser forma de tratamento dos doentes mentais, com objetivo de inseri-los novamente na sociedade. O Brasil aderiu à política de construção de colônias agrícolas. Essas colônias visavam recuperar o doente mental e devolvê-lo à sociedade por meio de adoção a famílias da redondeza, e, em troca, essas famílias receberiam uma remuneração do Estado. Porém, essa ação fracassou,

ficando como responsabilidade das colônias somente a exclusão do doente (REZENDE, 1987).

No fim da década de 50 a situação era caótica, todos os hospitais psiquiátricos estavam superlotados, com deficiência de pessoal, maus tratos, condições de hotelaria tão más ou piores do que nos piores presídios. As colônias agrícolas haviam abandonado o trabalho do campo como atividade terapêutica. Devido essa situação, a Organização Mundial de Saúde, através de uma resolução do comitê de peritos em saúde mental, em 1950, recomendou às nações de membros, especialmente aos países em desenvolvimento, que investissem em ações de saúde mental, usando como argumento o alto custo da doença mental para o processo produtivo (REZENDE, 1987).

O Brasil, em relação à saúde, teve uma grande evolução a partir da constituição de 1988, quando o país entrou em seu processo de redemocratização. Nessa constituição, a garantia de direitos individuais e liberdades públicas se ampliaram e fortaleceram. Na constituição ficou definido em seu art. 196 que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Seu foco de atenção se alterou, passando do fenômeno da doença para uma visão mais global do homem. Começou a considerar as relações multicausais no processo saúde-doença. E ainda, definiu uma proposta de descentralização, integralidade e participação da comunidade no que se refere à assistência à saúde.

Nesse contexto de atenção ao uso e abuso de drogas, surgiu o Programa de Redução de Danos. No Brasil, a partir da iniciativa do PROAD (Programa Álcool e Droga), em 1994 foi estabelecido convênio com o Ministério da Saúde (DST/AIDS), visando a coordenação de ações preventivas relacionadas ao abuso de drogas e à infecção pelo HIV em nível nacional, com subsídios da Organização das Nações Unidas (UNDCP-ONU) Banco Mundial. Em relação à dependência química, de acordo com a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, o programa é voltado para usuários de drogas ilícitas entre 18 e 25 anos que não desejam, em princípio, parar seu consumo de drogas, mas discutir formas de orienta-lo com os menores danos possíveis. Neste programa pode-se verificar que vários dos participantes do programa acabam se engajando no tratamento e interrompem o uso de drogas. Esta estratégia tem sido amplamente estudada e questionada em relação a utilização com adolescentes.

O programa de redução de danos trabalha no sentido de minimizar os efeitos danosos da droga, o critério de sucesso de uma intervenção não segue a lei do "tudo ou nada", são aceitos objetivos parciais. As alternativas não são impostas de "cima para baixo", por leis ou decretos, mas são desenvolvidas com participação ativa da população beneficiária da intervenção (MARLATT, 1999).

Conforme Marlatt (1999, p.46), "a redução de danos reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos". Assim, a abordagem de redução gradual a que o programa refere-se estimula os indivíduos com comportamento excessivo ou de alto risco a "dar um passo de cada vez", visando reduzir as consequências prejudiciais de seu comportamento.

Dessa forma, o objetivo não é eliminar o comportamento de adição como tal, e sim melhorar o bem-estar físico e social dos usuários abusivos de drogas, além de orientá-los a atuar socialmente. Esse tipo de assistência pode ser definido, conforme a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, como redução de danos ou, em termos mais tradicionais, prevenção secundária e terciária. Sua efetividade só pode ser assegurada por serviços de auxílio acessíveis, o que se refere à efetivação de trabalhos de campo nas ruas, em hospitais e em prisões; apoio material, e oportunidades de reabilitação social.

Ao se perceber a eficácia deste tipo de tratamento, esta nova forma de pensar o problema das drogas foi sendo ampliada para os diversos aspectos da questão das drogas, incluindo a prevenção primária, na prática chamada de "Redução de Riscos". No nível da prevenção terciária, chamam-se "Redução de Danos". No nível da prevenção secundária caberiam tanto as ações ditas de Redução de Riscos - ou seja, ações voltadas para reduzir as chances de um dano em potencial - como ações de Redução de Danos.

É importante salientar que qualquer que seja o programa de tratamento utilizado, o mesmo deve abordar os vários fatores envolvidos no problema decorrente do uso de drogas. Para tanto, abaixo discorre-se sobre a legislação que o Ministério da Saúde vem desenvolvendo com atenção para assegurar uma assistência em saúde consentânea as necessidades das pessoas com problemas de saúde mental.

2.3 Legislação e Políticas Públicas sobre drogas no Brasil

Posterior à VIII Conferência Nacional da Saúde em 1986 e a Constituição de 1988, eventos importantes para mudanças na assistência à saúde no Brasil, foi criada a Lei nº 8.080 de 1990, que "dispõe sobre as

condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes". Conforme o art. 2º dessa lei, "a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício".

O Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei 8080/90, é o conjunto de ações e serviços de saúde que têm por finalidade a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira; no intuito de garantir o acesso de todos a uma assistência integral e equitativa à saúde. Avança de forma consistente na consolidação de rede de cuidados que funcione de forma regionalizada, hierarquizada e integrada.

No que se refere a esse sistema, a Lei nº 8080 de 1990 no art. 4º, afirma que a constituição do mesmo depende de um "conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público". Também frisa no art. 5º III, como objetivo desse sistema, a "assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas".

O Sistema Único de Saúde tem como principais diretrizes instituídas no art. 7º da Lei nº 8080 de 1990 a "universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência" (I), a "preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral" (III) e a "igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie" (IV).

Outro marco legal na de atenção à saúde, foi a Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990, a qual "dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde". Institui as conferencias de saúde e os conselhos de saúde. As conferencias se reunirão a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde. E os conselhos municipais de saúde possuem caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado paritário por segmentos tanto de representantes do governo, como profissionais liberais e usuários, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde.

Em face de todos esses procedimentos, fez-se necessário criar um diploma legal que abordasse a questão da saúde mental, sendo instituída então a Lei nº 10.216 de 2001. Essa lei dispõe "sobre a proteção e os

direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental".

A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, é um marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde; garante aos usuários de serviços de saúde mental - e, consequentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas - a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população.

Essa lei foi criada com o objetivo de assegurar que as pessoas com transtornos mentais não fossem mais tratadas em instituições onde a característica era o modelo asilar. Conforme o art. 2º, as pessoas portadoras de transtornos mentais devem "ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo as suas necessidades, ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade" (I, II), e ainda, "ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental" (IX).

Como esse diploma legal, é contrário ao modelo hospitalocêntrico e defende a ideia de um tratamento baseado na inserção social, foi criada a Portaria/GM nº 336 de 2002. Essa tem como objetivo redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, criando assim, os CAPS. Conforme o art. 1º, "os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPSI, CAPSII, CAPSIII, CAPSad (álcool e drogas) e CAPSi (infanto-juvenil) definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional". Os mesmos "deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território" (art. 2º) e "funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar" (art. 3º). É importante salientar ainda, que segundo essa portaria, é dever dos CAPS coordenar todas as ações de Saúde Mental no território abrangido por ele, incluindo serviços especializados em álcool e drogas.

Os CAPS deverão obedecer a alguns princípios básicos, como, por exemplo, se responsabilizar pelo acolhimento de 100% da demanda dos portadores de transtornos severos de seu território. O quadro mínimo de funcionário deve ser composto por um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico

(responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas) e quatro profissionais de nível superior. Sendo esses, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

Nestes centros a assistência prestada aos pacientes inclui atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social, e também no CAPSad, atendimento de desintoxicação.

Os projetos terapêuticos dos CAPS devem ser singulares, respeitando as diferenças regionais, contribuições técnicas dos integrantes de sua equipe, iniciativas locais de familiares e usuários e articulações intersetoriais que potencializem suas ações. O CAPS deve considerar o cuidado intra, inter, e transubjetivo, articulando recursos de natureza clínica, incluindo medicamentos, de moradia, de trabalho, de lazer, de previdência e outros, através do cuidado clínico oportuno e programas de reabilitação psicossocial.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) é vinculada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, é o órgão responsável por coordenar e integraras ações do governo relativas à redução da demanda de drogas, vem buscando um realinhamento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) desde 2001, ano que no Brasil redirecionou o modelo de atenção as pessoas em sofrimento psíquico. A metodologia utilizada para esse realinhamento da política foi interação entre governo e sociedade, com caráter democrático e participativo, sendo realizado em momentos distintos: internacional, regional e nacional (BRASIL, 2008).

A política realinhada orienta-se pelo princípio da corresponsabilidade, descentralização das ações e a importância da intersetorialidade, através de estratégias de cooperação mútua e articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e os cidadãos (BRASIL, 2008).

Deste modo, levou o Ministério da Saúde a instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o que já tinha sido discutido na III Conferência Nacional de Saúde Mental (dezembro de 2001). O Ministério da Saúde vem consolidar nas suas diretrizes, o que chamou de Programa

Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, assegurado na Portaria 816/GM em 30 de abril de 2002.

Esta portaria tem como objetivo garantir a atenção integral do usuário, no que se refere: acesso a medicamentos, garantia da atenção à comunidade, educação em saúde para a população, envolvendo comunidades, famílias e usuários, formando recursos humanos, criando vínculos com outros setores, monitorizando a saúde mental na comunidade, apoiando pesquisa e estabelecendo programas específicos, em uma perspectiva ampliada de saúde pública.

A assistência a usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra hospitalares, como os Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), devendo também estar inserida na atuação da Estratégia de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programas de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde.

O Ministério propõe também, em relação à capacitação, o Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para os Serviços de Atenção aos Usuários de Drogas na Rede do SUS do Ministério da Saúde, capacitando não apenas os profissionais que atuarão nos CAPSad, mas também os que atuam nas atividades extensivas, ou seja, as Equipes de Saúde da Família – ESF e Programa dos Agentes Comunitários da Saúde - PACS. Nesse sentido, torna-se ainda necessário uma parceria com o Ministério da Educação, para ampliação do currículo dos cursos de graduação na área da saúde, solicitando abordagem dos problemas relacionados ao uso do álcool e outras drogas.

Contudo, devido à fragilidade da política aos usuários de álcool e outras drogas, surgiram no Brasil, serviços denominados de "Comunidades Terapêuticas". Instituições embasadas num tripé de laborterapia, espiritualidade e disciplina. Todavia, devido precárias condições de atendimento surgiram regulamentações por parte do Conselho Nacional Antidrogas – CONAD e a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Tais regulamentações foram através da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC de Nº 101/2001, publicada em 31 de maio de 2001, estabelecer o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Serviços de Atenção a Pessoas com Problemas Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas.

O Decreto nº 4.345 de 2002 que define estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas; também contribui para regulamentação da

atenção as pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

No entanto, o uso e abuso de drogas toma uma proporção de difícil manejo, surgindo o Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010, que Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; cria o seu Comitê Gestor, e outras providências. Este decreto propõem ações imediatas e estruturantes tanto na atenção básica quanto na atenção especializada.

Diante do exposto, observa-se um grande desafio em todos os campos da saúde pública, para uma atitude que, ao mesmo tempo, garanta as especificidades em cada núcleo de saber e consiga fazer partilhar tais saberes uns sobre os outros de modo a construir novos modelos de paradigmas e intervenção.

Devido a necessidade de reforçar a rede de atenção à Saúde Mental em 2011, foi instituída a Portarias n.º 122, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua na atenção básica. E 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) e financiamento, através das Portarias n.º 3088 e 3089.

A rede de atenção psicossocial – RAPS é constituída por diversos pontos de atenção à saúde mental. Tais setores correspondem desde a atenção primária como terceiraria. Sendo que a RAPS pode contar com os componentes da atenção básica em saúde, formada pelas equipes de atenção básica; equipes de atenção básica para populações específicas como equipe de consultório na rua; equipe de apoio aos serviços do componente atenção residencial de caráter transitório; núcleos de apoio à saúde da família – NASF, e centros de convivência e cultura. Soma-se a atenção psicossocial, formada pelos centros de atenção psicossocial – CAPS, nas suas diferentes modalidades.

A atenção de urgência e emergência compõe SAMU 192; sala de estabilização; UPA 24 horas; e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em hospital geral. Na atenção residencial de caráter transitório, podem constar os pontos de atenção de unidade de acolhimento e serviços de atenção em regime residencial. Atenção hospitalar e formada pelos pontos de atenção leitos de psiquiatria em hospital geral e serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. E as estratégias de desinstitucionalização, contam com os serviços residenciais terapêuticos; e estratégias de reabilitação psicossocial, como iniciativas

de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

No intuito de fortalecimento da RAPS, surgem no ano de 2012, as portarias n.º 132, que institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). A Portaria n.º 131 institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

E a Portaria n.º 130 redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Portaria nº 121 regulamenta a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

Em 2013 o Ministério da Saúde dispõem de incentivo financeiro de investimento para construção e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria nº 615.

Tais portarias visam à estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção social das pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

No entanto, nem sempre a população infanto juvenil foi priorizada na legislação vigente de saúde mental. As crianças e adolescentes com problemas em saúde mental também tiveram uma história de exclusão e desassistência. Fato este que ainda encontra-se lacunas na assistência para crianças e adolescentes na legislação da Política de Saúde Mental. Segue dados sobre a história e a assistência preconizada pelo Ministério da Saúde para crianças e adolescentes com transtornos mentais.

2.4 Política de Saúde Mental Infanto– Juvenil

A história da assistência à saúde mental teve uma concepção segregada e a tendência à institucionalização. Com a população infanto-juvenil não foi diferente, o paradoxo de proteção se confundiu com a lógica higienista e a implantação de instituições fechadas do campo filantrópico (BRASIL, 2005).

Início no século XX havia certa preocupação com a assistência de crianças e adolescentes, associadas principalmente a questões demográficas e à saúde da população. Todavia, a atenção era dividida em população especificas, como "a deficiência social (pobre), a deficiência mental e a deficiência moral (delinquente)" (BRASIL, 2005, p.08). Tal concepção originou um quadro de institucionalização do cuidado, ocasionando em desassistência, abandono e exclusão.

O Brasil possui tradição de internação de crianças e adolescentes em instituições excludentes. Por exemplo, filhos de famílias ricas eram encaminhados para estudar em colégios internos. As famílias com problemas financeiros entregavam seus filhos ao Estado e eram institucionalizados sem nenhum critério. As consequências de institucionalização para crianças e adolescentes são graves, pois refletem na socialização e no desenvolvimento cognitivo e psíquico como um todo (BRASIL, 2005).

O marco da democracia e dos direitos foi em 1988 com a Constituição, empossou o direito de cidadãos as crianças e adolescentes. E durante a Assembleia Geral das Nações Unidas, no dia 20 de novembro de 1989, representantes de centenas de países aprovaram a Declaração dos Direitos da Criança. Ela foi adaptada da Declaração Universal dos Direitos Humanos, porém, voltada para as crianças. Sendo então sancionada a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente, que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, "considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade" (Art. 2º).

Para tanto, o texto não opera as ações, era necessário à consolidação de um novo modelo de atenção, de base comunitária e não asilar, que reconhecesse as potencialidades dos sujeitos. As mudanças desta concepção se concretizaram com a Lei n.º 10216/2001, que reorganizou a assistência em saúde mental, e consequentemente ao público infanto juvenil. Com a implantação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, que conta com representantes governamentais e

não governamentais, possibilitou que este campo ganhasse força (BRASIL, 1995).

A política nacional de saúde mental infanto-juvenil é regida por princípios de base ética e uma lógica de cuidado. Tais princípios referem-se que a criança e ao adolescente são sujeitos a serem cuidados, sob o prisma que estes são responsáveis por sua demanda e sofrimento, devendo ser protagonistas das suas histórias. Seguindo pelo acolhimento universal, que as portas dos serviços de atendimento ao público infanto-juvenil devem ser abertas as demandas que chegam, no intuído de acolher e legitimar como forma de cuidado. O encaminhamento implicado propõe que quem encaminha continue acompanhando o caso, através da corresponsabilidade dos casos; tornando-se necessário conceder e agir o cuidado através da construção permanente de rede, a intersetorialidade e do lugar psicossocial do sujeito, ou seja, seu território (BRASIL, 2005).

Os serviços de saúde mental necessitam ser de boa qualidade e acesso universal para atenção da saúde mental de crianças e adolescentes com problemas emocionais e comportamentais. Há que considerar que a quantidade de serviços CAPSi aumentou no Brasil: a partir de 32 centros no início do programa, observa-se que em 2011 existem 2.011 centros no país.Todavia ainda não atendem a necessidade da população. A falta de uma política pública forte e o financiamento insuficiente prejudica o desenvolvimento destas ações (PAULA *et al.l*, 2012).

Paula *et al.l* (2012) discorrem sobre quatro ações principais para melhoria da atenção em saúde mental infanto-juvenil, sendo necessário aumentar a capacitação sobre os cuidados de saúde mental de crianças e adolescentes junto aos profissionais de saúde do sistema público; melhorar o currículo de graduação dos profissionais de saúde em relação a atenção de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental; aumentar o número de psicólogos e psiquiatras infantis no sistema público, oferecendo-lhes remuneração mais justa e melhores oportunidades de carreira; e por fim a construção da rede intersetorial; como a saúde, educação, justiça juvenil, assistencia social; para ajudar de forma mais eficaz crianças e adolescentes com problemas de saúde mental.

A atenção em saúde mental de crianças e adolescentes é um desafio para saúde pública, pois possui um histórico de exclusão e necessita que garanta suas peculiaridades e atenda os princípios do SUS. Historicamente existe uma lacuna na assistência a crianças e adolescentes pelas políticas públicas, fazendo com que instituições filantrópicas e/ou privadas tornassem as únicas opções de cuidado. Deste modo, é premente que a atenção à saúde mental infanto-juvenil, seja pautada na

intersetorialidade e corresponsabilidade, com foco numa rede ampliada de atenção a este público, cuidando deste modo que não se desenvolvam iniciativas que se superpõem ou contrapõem (BRASIL, 2005).

A atenção em saúde mental na infância e juventude extrapola o fazer técnico e deve assumir uma função social que possibilite ações emancipatórias aos sujeitos. Entretanto, ainda se vê crianças e adolescentes em situação de desamparo, sem seus direitos básicos preservados, comprometendo a saúde mental dos mesmos.

No tratamento de adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas algumas dificuldades apresentam, como por exemplo, reduzido quantitativo de pesquisas a respeito do uso de drogas na adolescência, a ausência de diretrizes claras no tratamento de adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas e a baixa adesão dos mesmos aos serviços de saúde. Tais situações são potencializadas por poucos dispositivos de atendimento para este público e/ou pela fase do desenvolvimento que difere dos adultos em relação ao tempo e intensidade do uso de drogas, assim como quanto ao tipo de prejuízo causado pelo consumo (SCIVOLETTO, 2001).

Nestes termos, mudanças nas políticas públicas de atenção a crianças e adolescentes são imperativas, para que se possa reduzir o impacto da doença e o tratamento as necessidades desta população. Para tanto, é importante a produção de conhecimento sobre as ações realizadas pelos serviços de saúde mental a este público.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O conhecimento humano apresenta duas visões contrastadas "a racional, pela qual o conhecimento é construído a partir de nossa razão, sem necessidade de se confrontar com fatos da natureza; e a empírica, que admite a necessidade de se ter algum indício do mundo natural para se construir conhecimento aceitável" (VOLPATO, 2013, p. 46).

Deste modo a "pesquisa é toda atividade realizada para se descobrir a resposta a alguma indagação" (VOLPATO, 2013, p. 81). Todavia, para que a pesquisa subsidie a ciência, é preciso que o conhecimento produzido seja contextualizado e acrescente ao conhecimento já existente, transformando-o ou refutando-o.

3.1 Caracterização do Estudo

A pesquisa é de natureza aplicada, porque objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática apontada à solução de problemas peculiares (SILVA E MENEZES, 2005). A abordagem do problema de pesquisa é quali-quantitativa, pois se vale de levantamento de dados que identificaram o seu significado e a descrição como foco principal da abordagem. Os dados quantitativos foram demonstrados em números traduzindo as opiniões e informações de modo a analisá-las. E os dados qualitativos foram descritos em categorias de análise consentâneas aos objetivos da pesquisa.

Em relação aos objetivos, a pesquisa é descritiva, porque se pretendeu descrever as estratégias de cuidado utilizadas com adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas pelas equipes multiprofissionais de saúde mental dos CAPSi – Criança e Adolescente, CAPSad – Álcool e outras Drogas e CAPS III – 24 horas do estado de Santa Catarina. Foram utilizadas técnicas padronizadas para coleta de dados.

No que se refere aos procedimentos utilizados, o estudo assume o *design* de levantamento. Conforme Santos (2012), a pesquisa de levantamento "refere-se aos estudos interrogando-se, de forma clara e direta, indivíduos dos quais se objetiva saber o comportamento" (p.198).

3.2 Instituições Participantes da Pesquisa

Participam da pesquisa dezenove serviços de saúde mental do Estado de Santa Catarina, sendo: sete Centros de Atenção Psicossocial Criança e Adolescente - CAPSi, nove Centros de Atenção Psicossocial

Álcool e outras Drogas – CAPSad e três Centros de Atenção Psicossocial III – CAPS III.

3.2.1 Escolha e Seleção dos das Instituições Participantes

A pesquisa foi encaminhada aos vinte e um serviços cadastrados no departamento de Saúde Mental da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. No primeiro semestre de 2013 neste departamento constavam os registros de sete Centros de Atenção Psicossocial Criança e Adolescente CAPSi, onze Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPSad, e três Centros de Atenção Psicossocial III – CAPS III.

A escolha pelos Centros de Atenção Psicossocial deve-se ao fato de serem os serviços estratégicos da reforma manicomial para atendimentos de base comunitária às pessoas em sofrimento psíquico, e segundo portaria nº 336/2002 devem "responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território".

E os CAPS para atendimentos específicos em saúde mental para atenção em álcool e outras drogas e para crianças e adolescentes, possuem como critério de implantação, segundo Portaria n.º 336/2002, apenas nos município com mais de 70 mil habitantes.

Para validar esta pesquisa admitia-se o retorno mínimo de 30% dos instrumentos encaminhados às equipes multiprofissionais. Neste caso, dos vinte e um serviços convidados a participar da pesquisa, obteve-se retorno de dezenove serviços. Ou seja, obteve-se retorno de 90,4% dos instrumentos enviados, considerando deste modo significativo à produção do conhecimento que se deseja. Mertens, 2005 (apud Sampieri *et al.*, 2013, p.255) assevera que "uma taxa de devolução de questionários preenchidos via correio ou de maneira eletrônica acima de 50% é muito favorável".

3.3 Procedimentos

Primeiramente foi realizado contato por telefone com os coordenadores dos serviços, onde lhes foram fornecidas informações sobre a pesquisa e o convite à participação da equipe.

Posteriormente, lhes foi enviado um e-mail com a síntese do projeto da pesquisa contendo os objetivos, o problema de pesquisa e demais informações a respeito dos interesses científicos da pesquisadora. Neste e-mail tinha um convite formal à participação, o TCLE – Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I) e o link de acesso ao instrumento de coleta de dados, sendo um questionário com perguntas abertas e fechadas (Apêndice II), o qual foi respondido e devolvido no prazo estabelecido e informado aos coordenadores das equipes participantes.

Segundo Santos (2012, p. 258) o "questionário se caracteriza por conter um conjunto de itens bem ordenados e bem apresentados". Em pesquisas descritivas o questionário é um instrumento indicado e deve ater-se a confiabilidade do instrumento. As perguntas abertas possibilitaram as equipes respostas livres. Já as perguntas fechadas dispunham de questões com perguntas ramificadas ou dicotômicas, tendo uma resposta fixa; perguntas que medem a intensidade da opinião dos informantes e perguntas com opção de respostas múltiplas.

Antes de encaminhar o instrumento de coleta de dados aos participantes da pesquisa, foi aplicado um teste piloto com profissionais experientes na área, para verificar a confiabilidade do instrumento.

A aplicação do questionário foi feita indiretamente, sendo encaminhado via *online* por e-mail as instruções e um questionário por instituição, onde a equipe de profissionais que atendem adolescentes usuários de drogas respondeu coletivamente. Tal decisão justificou-se devido a necessidade de compreender as estratégias de cuidado utilizadas pelo serviço num *continuum*, como por exemplo, as premissas de tratamento assumidas pelo serviço. Ainda, deste modo possibilitou uma reflexão coletiva dos profissionais de saúde mental em relação às suas práticas profissionais.

3.3.1 Equipamento e Material

Para a consecução dos objetivos foram utilizados o instrumento de coleta de dados, computador, impressora, telefone, folha A4 e *pendrive*.

3.3.2 Registro de Dados

Os dados foram registrados via *online* pelos próprios participantes na coleta de dados.

3.3.3 Análise de dados

As respostas dadas aos instrumentos foram codificadas, onde os dados quantitativos foram demonstrados em números traduzindo as

opiniões e informações de modo a analisá-las. E os dados qualitativos foram compilados através da análise de conteúdo quantitativa, que conforme Sampieri *et al.* (2013, p. 275) "essa é uma técnica para estudar qualquer tipo de comunicação de uma maneira "objetiva" e sistemática, que quantifica as mensagens ou conteúdos em categorias".

Os dados foram organizados em categorias definidas em consonância aos objetivos da pesquisa. São elas: (a) Características dos serviços de saúde mental (CAPSi, CAPSad e CAPS III) em relação a estrutura física, recursos humanos e atendimentos ofertados; (b) Estratégias de cuidado utilizadas nos serviços de saúde mental (CAPSi, CAPSad e CAPS III) que atendem o adolescente com transtornos decorrentes do uso de drogas; (c) Iniciativas utilizadas pelos serviços de saúde mental (CAPSi, CAPSad e CAPS III) no que se refere articulação com a rede intersetorial (saúde, assistência social, educação e justiça) na assistência ao adolescente com transtornos decorrentes do uso de drogas; e (d) Dificuldades e as potencialidades identificadas pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental (CAPSi, CAPSad e CAPS III) referente a assistência do adolescente com transtornos decorrentes do uso de drogas.

3.4 Procedimentos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPLAC parecer n.º 096/13 (ANEXO I), conforme preconiza a Resolução CNS n.º 466/12. Por meio do TCLE encaminhado junto com o instrumento de coleta de dados via *online* os participantes tomaram conhecimento formal e documental das condições de sua participação na pesquisa, o qual conforme devolução do questionário respondido à pesquisadora formalizou automaticamente o aceite dos termos previstos no TCLE.

Conforme o item 9.8 do Manual Operacional para Comitês de Ética 'em Pesquisa, elaborado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (2002), no caso de preenchimento de questionário anônimo via *e-mail*, como foi o caso deste estudo, a própria devolução do questionário preenchido configurou o consentimento em participar da pesquisa. Sendo assim dispensada, nestes casos, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa são apresentados na forma de dois artigos científicos, cujo objetivo geral é caracterizar a assistência aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas nos serviços de saúde mental do Estado de Santa Catarina.

O primeiro artigo com o título "**CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL (CAPSi); ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPSad) E 24 HORAS (CAPS III) DO ESTADO DE SANTA CATARINA"**

O segundo artigo "**ASSISTÊNCIA AOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO DE DROGAS EM SANTA CATARINA".**

CARACTERÍSTICAS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL (CAPSi), ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPSad) E 24 HORAS (CAPS III) DO ESTADO DE SANTA CATARINA[1]

Aline Batista Bernardi[2]
Lilia Aparecida Kanan[3]

CHARACTERISTICS OF CHILD AND ADOLESCENT CARE CENTERS PSYCHOSOCIAL (CAPSi), ALCOHOL AND OTHER DRUGS (CAPSad) AND 24 HOURS (CAPS III) STATE OF SANTA CATARINA

RESUMO

Esta pesquisa pretendeu caracterizar a assistência aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas utilizadas no estado de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada e com abordagem quali-quantitativa. No que se refere aos procedimentos utilizados foi descritiva e o estudo assumiu o *design* de levantamento. Participaram da pesquisa dezenove equipes de profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde mental, sendo sete equipes do CAPSi, nove equipes do CAPSad e três equipes do CAPS III. Os dados foram coletados por meio de um questionário *online* com perguntas abertas e fechadas; foram organizados em categorias definidas a *priori*. Como resultados verificou-se que é premente a necessidade de definição e implementação da Política de Saúde Mental específica para o atendimento a crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas, bem como de ampliação dos equipamentos da rede de Saúde Mental para crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Adolescente; Usuários de Drogas; Serviços de Saúde Mental e Saúde Pública.

[1] Artigo produzido como resultado da dissertação de Mestrado "Assistência aos Adolescentes com Transtornos Decorrentes do uso de Drogas nos CAPSs em Santa Catarina".

[2] Psicóloga, CRP 12/06683. Mestranda do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense. E-mail: alinebernardi@hotmail.com

[3] Psicóloga, CRP 12/01014. Professora Orientadora. Doutora em Psicologia. Docente e pesquisadora do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense. E-mail: lilia.kanan@gmail.com

ABSTRACT

This research intended to characterize the assistance to adolescents with disorders caused by use of drugs used in the state of Santa Catarina. It is a nature applied research and with qualitative and quantitative approach. With regard to the procedures used and the study was assumed descriptive survey design. The participants were nineteen teams of professionals working in public mental health services, seven teams CAPSi nine teams CAPSad and three teams of CAPS III. Data were collected through an online questionnaire with open and closed questions; they were organized on a priori defined categories. As a result it was found that there is a pressing need for definition and implementation of specific mental health policy for the care of children and adolescents users of alcohol and other drugs, as well as to expand the equipment of the Mental Health Network for children and adolescents.

Keywords: Adolescents; Drug users; Mental Health Services and Public Health.

INTRODUÇÃO

O uso de drogas na adolescência afeta a cognição, a capacidade de julgamento, o humor e as relações interpessoais, estas áreas frequentemente já encontram-se em desenvolvimento e podem ser comprometidas pelo uso de drogas. Pinsky e Bessa (2012) asseveram que a adolescência é uma fase de mudanças, "época de grandes transformações, de descobertas, de rupturas e de aprendizados" (p.11). Esses autores afirmam que devido a essas transformações é que se torna uma fase de medos e instabilidades, as quais podem ocasionar alterações de comportamentos que oscilam entre agressividade, agitação, e impulsividade; e outras representadas por tédio, sonolência, e insatisfação com a vida no geral.

Deste modo, a fase adolescência necessita de cuidado, amparo e proteção; pois apesar da transformação para um corpo adulto, existe uma maturação emocional em desenvolvimento que necessita de atenção. Ressalta-se que "se fatores intrínsecos – biológicos, genéticos e emocionais – ou extrínsecos – a família, a escola, os amigos, a comunidade falharem ao longo desse processo, a transformação pode ser interrompida, em diversos níveis e graus de complexidade" (PINSKY e BESSA, 2012, p. 11)

A adolescência além de ser um período de transições, também

vivencia a necessidade de integração social, busca de autoafirmação, estabilização da identidade sexual e da independência. Se esse processo ocorrer de maneira protegida, Silva e Mattos (2012) asseveram que a experimentação do uso de drogas psicoativas se interromperá com a maturidade. Esses autores destacam que "a observação clínica de crianças que iniciam o uso de drogas antes mesmo da adolescência mostra que, na maioria das vezes, são indivíduos desprotegidos e expostos, antes do que deveriam, a situações nas quais devem decidir e responder sozinhos por seus atos" (p.40).

Em 2012 foi realizada a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE que investigou sobre os fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes, pesquisados entre os escolares do 9º ano do ensino fundamental. No que se refere ao uso de drogas, os dados da PeNSE 2012, mostraram que 66,6% dos escolares já haviam experimentado a bebida alcoólica, sendo esse indicador maior na Regiões Sul do País (76,9%). E destaca-se que 21,8% dos escolares já sofreram algum episódio de embriaguez na vida.

Em relação ao uso de drogas ilícitas tais como: maconha, cocaína, *crack*, cola, loló, lança perfume, *ecstasy*, evidenciou que 7,3% dos escolares já usaram drogas ilícitas. E considerando exclusivamente os escolares que usaram drogas ilícitas alguma vez na vida, 34,5% utilizaram maconha e 6,4% usaram *crack.* Deste modo, o uso de drogas na adolescência torna-se um problema de saúde pública, uma vez que o consumo e o abuso de drogas tem aumentado ao longo dos anos.

Em relação a motivação para uso e a dependência de drogas psicoativas, Silva e Mattos (2012) ponderam que os circuitos cerebrais envolvidos na motivação são os responsáveis pela impulsividade e tomada de decisões; áreas geralmente fragilizadas na adolescência. Já em relação a dependência, muitos neurotransmissores estão envolvidos, mas pode-se simplificar em: dopamina (ativa motivação) e da serotonina (que deprime). "As drogas agem elevando os níveis de dopamina nas estruturas cerebrais" (SILVA e MATTOS, 2012, p.37). Deste modo, o uso repetido acarreta em sensibilização do organismo (tolerância) e aumento do consumo. Consequentemente o indivíduo passa a ter um comportamento compulsivo pela droga (*craving* ou fissura) para evitar o desconforto da abstinência.

"Os sistemas de reforço se revelam superativos na adolescência, ocorrendo nesta fase exatamente o oposto com os sistemas inibitórios que controlam o comportamento" (SILVA e MATTOS, 2012, p.38). Sendo assim, o sistema inibitório (serotonérgicos) que responde contendo os impulsos do sistema de recompensas (dopaminérgicos) não estão

completamente amadurecidos nos adolescentes, e há nesta fase um predomínio do sistema dopaminérgico, sendo a base biológica que explica o comportamento de jovens adolescentes.

Nos dados da PeNSE - 2009, alguns autores concluíram que residir com ambos os pais teve efeito protetor quanto aos hábitos de fumar, beber ou usar drogas. Além disso, a supervisão familiar também foi importante na prevenção desses hábitos. Práticas, como fazer pelo menos uma refeição com os pais ou responsáveis, na maioria dos dias da semana, e o fato de os pais ou responsáveis saberem o que os adolescentes faziam em seu tempo livre, mostraram-se de efeito protetor quanto a hábitos de risco (PeNSE, 2012).

No que se refere ao atendimento destes adolescentes, Pereira (2012) assegura que é uma demanda que exige posicionamento de reflexões clínicas constantes; além de chamar a atenção para consolidação da política voltada ao sistema de garantia de direitos das crianças e adolescentes. As particularidades de atendimento de crianças e adolescentes usuárias de álcool e outras drogas são comuns, pois "geralmente são trazidos ou encaminhados por outro social ou pelos pais quando começam a incomodar e a desordem se instala" (PEREIRA, 2012, p. 121). Deste modo, acarreta em prejuízos a adesão do adolescente ao tratamento, que muitas vezes chega ao tratamento por encaminhamentos de terceiros e não por perceber o prejuízo decorrente do seu comportamento.

Segundo Kaminer e Szobot (2012) o uso de drogas na adolescência é um problema de saúde pública, pois estima-se que transtornos por uso de drogas sejam a principal categoria de transtornos mentais nos adolescentes acima de dezesseis anos. Esses autores afirmam que ainda é incipiente o que se sabe sobre a efetividade dos diferentes tipos de tratamentos para adolescentes, estando bem aquém do que se sabe do tratamento para adultos.

Em relação a assistência em saúde, destaca-se que a saúde passou de uma visão centrada no fenômeno da doença para uma visão mais ampliada do homem, a partir da VIII Conferência Nacional da Saúde em 1986 e da Constituição de 1988. Deste modo, passou a considerar que "a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício" (art. 2º da Lei nº 8.080 de 1990). Ainda, conforme esse dispositivo legal, em seu art. 5º, III, um dos objetivos e atribuições do Sistema Único de Saúde é a "assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas" (BRASIL, 1990).

No que se refere à saúde mental, a Lei nº 10.216 de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, frisa que todas as pessoas acometidas de transtorno mental, e, consequentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas; deverão "ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades" (BRASIL, 2001, art. 2º, parágrafo único, I) e, ainda, "ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental" (BRASIL, 2001, art. 2º, parágrafo único, IX).

Sendo assim, conforme Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, o Ministério da Saúde estabeleceu os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS como equipamentos essenciais nos tratamentos de saúde mental. Segundo o art.1º dessa portaria, os CAPS poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Esses cumprirão a mesma função no atendimento público em saúde mental, se diferenciando apenas no que se refere à ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

Também ficam definidos na Portaria nº 336/02 outros dois serviços específicos de atenção psicossocial, um corresponde à atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes (art. 4º, 4.4), chamado CAPSi; e outro responsável pelo "serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso de dependência de substâncias psicoativas" (art. 4º, 4.5), chamado Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPSad).

Todo este aparato legal converge para a obrigatoriedade de que CAPS se constitua como um serviço substitutivo que oferece atividades terapêuticas e atendimento clínico em regime de atenção diária, ou seja, extrapola o uso de consultas e medicamentos, evitando, desse modo, as internações em hospitais psiquiátricos. Esse processo chama-se Clínica Ampliada, que está sendo reorientada nas práticas de atenção psicossocial, o que provoca mudanças nos modos tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais.

Os CAPS devem compor uma equipe multiprofissional e esses profissionais devem trabalhar na perspectiva interdisciplinar, sendo os mesmos responsáveis durante todo o período de funcionamento da unidade e de criar uma ambiência terapêutica acolhedora. Tal conduta objetiva a inclusão de pacientes muito desestruturados que não consigam acompanhar as atividades da unidade, utilizando estratégias com ênfase na reabilitação e reinserção social.

Espinola (2013) assevera que o trabalho da equipe de saúde mental dos CAPS objetiva a produção do cuidado de modo interdisciplinar. Para tanto, é necessária uma dinâmica que se organiza na

interação entre o usuário, o trabalhador e a rede social de atenção à saúde mental. Contudo, ainda há muitos municípios que não contam com CAPS que possam atender toda a demanda de pessoas com transtornos mentais e dependência química.

A Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde 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). Essa portaria, em seu artigo 2º, inciso IV, afirma que uma das diretrizes de atendimento é a "garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar".

Essa portaria objetiva ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (PORTARIA n.º 3088/2011, artigo 3º).

No que se refere aos adolescentes com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a Portaria n.º 3088/2011 propõem que possam ser atendidos nos diversos pontos de atenção da Rede. No entanto, entende-se que por critério clínico no caso de abuso de drogas, deveriam ser atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial.

As redes de atenção em saúde mental destinadas a crianças e adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas devem funcionar sempre de forma integrada com os serviços das áreas da educação e assistência social, com vistas a proporcionar aos adolescentes e respectivas famílias o tratamento adequado às suas necessidades específicas, promovendo atenção integral à saúde.

O Ministério da Saúde não definiu de forma clara qual CAPS possui atribuição exclusiva para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais decorrentes do uso de drogas psicoativas, atribuindo a referida responsabilidade tanto aos CAPS AD, quanto aos CAPS i, os quais podem ser implantados em municípios com população acima de 70.000 habitantes e 200.000 habitantes respectivamente (art. 7º (§4º, IV a VI) da Portaria n. 3.088/2011).

Ainda, coloca o CAPS I (que deve ser implantado em municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes) com responsabilidade em relação ao atendimento de crianças e adolescentes (artigo 7º, § 4º, I), sendo portanto

necessário que cada município defina o fluxo mais adequado às necessidades da população.

A inclusão tardia da saúde mental infantil e juvenil na agenda das políticas de saúde mental pode ser atribuída a diversos fatores. De acordo com Couto *et al.*. (2008), alguns exemplos que podem ser destacados são: a extensa e variada gama de problemas relacionados à saúde mental da infância e adolescência; a complexidade à avaliação diagnóstica e situacional; dificuldade de estudos sistematizados sobre consequências de transtornos mentais na infância e adolescência na vida adulta; poucas evidências empíricas de qualidade sobre a eficácia e a efetividade de tratamentos para transtornos mentais infantis; dificuldade de inclusão da saúde mental infantil no campo da saúde pública.

Couto *et al.* (2008) asseveram que "há ainda um significativo hiato a ser recoberto quanto ao desenvolvimento de modalidades de intervenção para o cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes que sejam aplicáveis a diferentes contextos" (p.392). Os autores indicam três desafios importantes para política infanto juvenil, sendo o primeiro a necessidade de expansão de implantação de diferentes serviços que compõem a rede de cuidados de atenção à saúde mental infantil e juvenil (aumento de CAPSi ou dispositivos de saúde mental especificamente voltados para infância e adolescência); segundo construção de metodologias compatíveis com a verificação da efetividade e viabilidade do mandato dos CAPSi, pois exige acompanhamento, avaliação e revisão crítica permanentes; e o terceiro desafio refere-se a necessidade de orientação para estender aos CAPS I, II, III, AD e aos ambulatórios de saúde mental a cobertura para tratamento de crianças e adolescentes, na ausência de recursos específicos (p.396).

Espinola (2013) assevera que a realidade complexa vivenciada por todos os envolvidos no processo de atenção de adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas, estimula os profissionais e pesquisadores no sentido de observar, investigar, analisar as mudanças das práticas de atenção e cuidado oferecido aos adolescentes usuários de drogas psicoativas e familiares nos serviços de saúde.

Portanto, buscou-se neste estudo investigar a "assistência aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas nos Serviços de Saúde Mental do Estado de Santa Catarina". Sendo que neste artigo, discorre-se sobre um dos objetivos específicos desta pesquisa, a qual refere-se a caracterizar a assistência aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas nos serviços de saúde mental: CAPSi – Criança e Adolescente, CAPSad – Álcool e Outras Drogas e CAPS III –

24 Horas, do Estado de Santa Catarina, especificamente em relação a estrutura física, recursos humanos e atendimentos ofertados.

PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa é de natureza aplicada; a abordagem do problema de pesquisa é quali-quantitativa; os dados quantitativos foram demonstrados em números traduzindo as opiniões e informações de modo a subsidiar as análises. E os dados qualitativos foram descritos em categorias de análise consentâneas aos objetivos da pesquisa. Em relação aos objetivos, a pesquisa é descritiva, porque se pretendeu descrever as estratégias de cuidado utilizadas pelas equipes multiprofissionais de saúde mental. No que se refere aos procedimentos utilizados, o estudo assume o design de levantamento.

Foram convidados a participar da pesquisa os 21 serviços de saúde mental cadastrados no primeiro semestre de 2013 na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – SES, e obteve-se retorno e anuência à participação de 19. A saber: sete CAPSi, onze CAPSad, e três CAPS III.

A escolha pelos CAPS deveu-se ao fato de serem os serviços estratégicos da reforma psiquiátrica, tendo como diretriz de atendimento ser de base comunitária às pessoas em sofrimento psíquico, e segundo portaria nº 336/2002 devem "responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território".

E os CAPS para atendimentos específicos em saúde mental para atenção em álcool e outras drogas e para crianças e adolescentes, sendo os CAPSi e CAPSad, possuem como critério de implantação, segundo Portaria n.º 336/2002, apenas nos município com mais de 70 mil habitantes.

Obteve-se retorno de 90,4% dos instrumentos enviados, percentual considerando significativo à produção do conhecimento que se deseja. Mertens, 2005 (*apud* SAMPIERI *et al.*, 2013, p.255) assevera que "uma taxa de devolução de questionários preenchidos via correio ou de maneira eletrônica acima de 50% é muito favorável".

Quanto aos procedimentos, primeiramente foi realizado contato por telefone com os coordenadores dos serviços, onde lhes foram fornecidas informações sobre a pesquisa e o convite à participação da equipe. Posteriormente, foi enviado um e-mail com a síntese do projeto da pesquisa e demais informações a respeito dos interesses científicos da pesquisadora. No e-mail havia um convite formal à participação, o TCLE

– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o link de acesso ao instrumento de coleta de dados, sendo um questionário com perguntas abertas e fechadas.

Antes de encaminhar o instrumento de coleta de dados aos participantes, tomou-se o cuidado de se aplicar um pré-teste com profissionais experientes na área, para verificar a confiabilidade do instrumento.

A coleta de dados ocorreu por meio do questionário encaminhado via *online* por e-mail, sendo um questionário por instituição. Como orientação, a equipe de profissionais que atendem adolescentes usuários de drogas deveriam responder em conjunto o instrumento. Tal decisão justificou-se devido à necessidade de compreender as estratégias de cuidado utilizadas pelo serviço num *continuum*, como por exemplo, as premissas de tratamento assumidas pelo serviço. Tal estratégia pretendeu possibilitar uma reflexão coletiva dos profissionais de saúde mental em relação às suas práticas profissionais. Os dados foram registrados via *online* pelos próprios participantes.

Quanto à organização e análise dos dados, as respostas aos instrumentos foram codificadas; os dados quantitativos foram demonstrados em números traduzindo as opiniões e informações de modo a se proceder à análise. Os dados qualitativos foram compilados através da análise de conteúdo quantitativa, que conforme Sampieri (2013, p. 275) "é uma técnica para estudar qualquer tipo de comunicação de uma maneira "objetiva" e sistemática, que quantifica as mensagens ou conteúdos em categorias".

Os dados foram organizados em categorias definidas em consonância aos objetivos da pesquisa. São elas: (a) características dos serviços de saúde mental em relação a estrutura física, recursos humanos e atendimentos ofertados; (b) estratégias de cuidado; (c) iniciativas utilizadas pelos serviços quanto a articulação com a rede intersetorial; e (d) dificuldades e as potencialidades identificadas pelos profissionais referentes a assistência ao adolescente com transtornos decorrentes do uso de drogas. Todavia, o presente artigo trata da análise dos dados coletados a respeito da primeira categoria elencada, ou seja, apresenta as características dos serviços de saúde mental em relação a estrutura física, recursos humanos e atendimentos ofertados.

A pesquisa teve anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPLAC parecer n.º096/13, conforme preconiza a Resolução CNS n.º 466/12. Por meio do TCLE encaminhado junto ao instrumento de coleta de dados via *online* os participantes tiveram conhecimento formal e documental das condições de sua participação na pesquisa, o qual

conforme devolução do questionário respondido à pesquisadora formalizou automaticamente o aceite dos termos previstos no TCLE.

Conforme o item 9.8 do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa, elaborado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (2002), no caso de preenchimento de questionário anônimo via *e-mail*, como foi o caso deste estudo, a própria devolução do questionário preenchido configurou o consentimento em participar da pesquisa. Sendo assim dispensada, nestes casos, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados junto aos dezenove serviços participantes deste estudo, foram organizados em categorias definidas em consonância aos objetivos da pesquisa, e neste artigo discorreremos sobre uma das categorias, sendo "características dos serviços de saúde mental em relação a estrutura física, recursos humanos e atendimentos ofertados".

Em relação ao **tempo de existência** dos serviços que participaram da pesquisa, 10 apresentaram tempo de serviço maior que sete anos; 06 possuem de quatro a seis anos e 03 possuem entre um a três anos de existência do serviço. Tal dado amplia a fidedignidade dos dados, uma vez que a maioria dos serviços possui significativa experiência no atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas.

Quanto ao quantitativo de profissionais por equipes relacionado ao número de instrumentos respondidos por CAPS obteve-se o seguinte retorno:

— Respostas coletiva de dezesseis profissionais da equipe: 01 CAPS
— Respostas coletiva de onze profissionais da equipe: 01 CAPS
— Respostas coletiva de oito profissionais da equipe: 02 CAPS
— Respostas coletiva de cinco profissionais da equipe: 01 CAPS
— Resposta coletiva de quatro profissionais da equipe: 01 CAPS
— Respostas coletiva de três profissionais da equipe: 03 CAPS
— Respostas coletiva de dois profissionais da equipe: 04 CAPS
— Respostas do coordenador da equipe: 06 CAPS

Das **categorias profissionais** que participaram da construção das respostas ao instrumento de coleta de dados das equipes, obteve-se a participação de 75 profissionais, sendo eles:

— 17 Psicólogos;
— 16 Coordenadores;

— 7 profissionais das categorias Terapeuta Ocupacional e Enfermeiros
— 5 profissionais das categorias Assistente Social e Auxiliares Administrativos;
— 3 Técnicos de Enfermagem;
— 2 profissionais das categorias Pedagogo, Professor de Artes e Redutores de Danos;
— 1 profissional das categorias Farmacêutico, Auxiliar de Limpeza, Cozinheiro, Educador Físico, Educador Social (Ensino Médio), Médico Clínico Geral, Médico Psiquiatra, Motorista e Professor de Música.

A este respeito, encontra-se que no Brasil, desde a década de 1970, o trabalho em saúde passou a priorizar a composição de equipes multiprofissionais. Esse processo é dicotômico no sentido que aumenta as possibilidades terapêuticas de assistência, contudo pode aumentar também o risco de fragmentação do trabalho, impondo assim a necessidade de integração interdisciplinar. A atuação interdisciplinar pretende superar a fragmentação do conhecimento. O termo interdisciplinaridade não tem sentido único, mas, em geral, indica a constante troca e integração entre os diversas áreas do conhecimento (VASCONSELLOS, 2010).

Vasconsellos (2010, pag. 02) define a interdisciplinaridade como "estratégia que envolve troca real de conhecimentos e uma integração mais profunda e coordenada entre disciplinas que a multidisciplinaridade, essa limitada a simples justaposição de várias disciplinas em função da realização de determinado trabalho". Nestes termos, a dificuldade das equipes participantes desta pesquisa em se organizarem coletivamente para responder o questionário, denota um dos pontos críticos da integração interdisciplinar em saúde. Este ponto refere-se à ausência de espaços para discussão de um projeto comum, a problemas no processo de comunicação e a existência de concepções de integralidade imprecisas e/ou equivocadas entre profissionais de saúde.

Tal fato possibilita perceber o quanto as equipes necessitam de processos de comunicação mais eficazes, que busquem compartilhar saberes e práticas, com intuito de fortalecimento e atendimento de maneira integral. A este respeito, Vasconsellos (2010) destaca ainda que para ser efetiva a proposta interdisciplinar deve abandonar a perspectiva de uma organização plenamente harmoniosa para permitir a vivência das fissuras que a perpassam. O autor refere que a assistência se potencializa

por meio da pluralidade e, neste viés desencadeia processos criativos e de mudança nos serviços.

É possível depreender que responder ao instrumento de coleta de dados possibilitou processos comunicacionais mais complexos. Exemplo disto é a manifestação de um dos participantes: "*a equipe é dividida na opinião da efetividade da redução de danos para adolescentes, assim como em qual unidade de saúde mental deveria ser atendido (CAPSi ou CAPSad)*" (CAPSi 1).

Observa-se assim que a atuação das equipes participantes traz consigo atravessamentos complexos. Pois, de um lado emerge a necessidade de estabelecer uma base epistemológica comum entre as profissões, e por outro, insurge a perspectiva multiprofissional e interdisciplinar proposta pela reforma psiquiátrica, e que impõe a mudança do modelo de assistência, tarefa bastante complexa (VASCONCELLOS, 2010).

Pombo (2005) assinala que a interdisciplinaridade depende de cognição - capacidade critica sensível, complexa e articulável, e de atitude – solidariedade, colaboração, curiosidade, trabalho em equipe. Necessita acima de tudo de interesse pelo outro e por si mesmo, para entrar num campo não tão familiar e mesmo assim poder produzir conhecimento, e compreender o poder do saber como de todos e não apenas de um.

A interdisciplinaridade procura acompanhar as transformações da ciência e do cotidiano, e com assim surge a necessidade de discussão e confronto entre diferentes saberes, transcendendo o conhecimento de uma única disciplina. Deste modo, coloca os profissionais diante da necessidade de ultrapassar seus princípios discursivos de formação, para um diálogo com outras áreas do conhecimento (POMBO, 2005).

Em relação aos **profissionais que compõem as equipes** das instituições participantes pode-se verificar que os três CAPS III têm sua composição de equipe consoante à Portaria n.º 336/2002 que Estabelece os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II e suas diretrizes.

Entre os sete CAPSi participantes, quatro estão consoantes à Portaria n.º 336/2002; e três apresentam deficiência na quantidade de profissionais de nível médio. Entre os nove CAPSad – Álcool e outras Drogas participantes, seis atendem a Portaria n.º 336/2002 e três apresentam deficiências com falta de médico psiquiatra e médico clínico, enfermeiro e profissionais nível médio.

Em relação a **estrutura física** dos serviços pesquisados, verifica-se que com base nas orientações da Resolução da ANVISA RDC n.º 50 de 2002 que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de

estabelecimentos assistências de saúde; dos três CAPS III as deficiências apresentadas estão representadas pela quantidade insuficiente de quartos de repouso comparada à exigência da Resolução da ANVISA.

No que diz respeito aos CAPSi – Criança e Adolescente, todos os serviços participantes (7) atendem às exigências da Resolução da ANVISA quanto a estrutura física. Entre os nove CAPS ad – Álcool e outras drogas participantes, três apresentam deficiências em relação à sala de atendimento para desintoxicação.

Interessante é observar ainda que entre os dezenove serviços participantes, oito relataram ter sanitário adaptado para deficientes, fato que evidencia problemas de adaptação e mobilidade para pessoas com deficiências. Cabe considerar que a necessidade de superar barreiras de acesso aos serviços da Rede de Atenção à Saúde é uma das diretrizes do Decreto n.º 5296 de 02 de dezembro de 2004, que regulamenta as Leis n.º 10.048 de 8 de novembro de 2000 e Lei 10.098 de 19 de dezembro de 2000 que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção de acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. Assim como o Decreto nº 7.612 de novembro de 2011 que Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Plano Viver sem Limite), tornando necessário a adaptação dos serviços em relação a estrutura física para o acolhimento de pessoas com deficiências.

Ainda, de modo a reforçar os dados apurados, destaca-se a Política Nacional de Humanização – PNH, que objetiva o aprimoramento do SUS, por meio da humanização das relações entre todos os agentes envolvidos. Uma das diretrizes da PNH é a ambiência na saúde, pois refere-se ao cuidado com o espaço físico que possibilita o encontro social, profissional e de relações interpessoais de modo a proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Deste modo, pode-se afirmar que os CAPS pesquisados que atendem a estrutura mínima exigida pela ANVISA podem oferecer um ambiente adequado para resolutividade dos problemas apresentados pela demanda de atendimento. Todavia, em relação a alguns CAPS III apresentarem ineficiência de quartos de repouso e alguns CAPSad inexistência de leitos para desintoxicação, possivelmente prejudique a oferta de cuidados dos serviços, tornando os espaços prejudicados quanto a uma atenção resolutiva.

Há que considerar ainda a ausência de alguns serviços adaptados para pessoas com deficiências, o que possivelmente prejudique a atenção acolhedora, resolutiva e humana para as pessoas com deficiências que necessitam destes serviços.

A adaptação do conceito de ambiência para a área de saúde mental é aspecto importante a ser considerado, pois exerce significativa influência na organização do serviço em termos de estrutura física e recursos humanos e materiais (WILLRICH *et al.* 2013). O ambiente representa uma dos aspectos favorecedores do acolhimento do usuário e da família, pois privilegia o conforto e a subjetividade no processo terapêutico. Consequentemente, fomenta o desenvolvimento de estabilidade emocional, o que contribui à adaptação e ao vínculo dos usuários no CAPS.

Existe uma forte relação entre a ambiência e o cuidado que pode ser um fator de acréscimo ou redução do cuidado. "A estrutura disponibilizada precisa oportunizar um ambiente terapêutico, e quando necessário ser passível de modificações, a fim de promover melhorias nas condições do cuidar, já que ele está presente em todas as etapas do cuidado" (WILLRICH *et al.*, 2013, p. 256). Com base neste entendimento, parece certo que a ambiência é relevante enquanto aspecto estruturante do processo terapêutico.

Todavia, por meio dos dados apurados, observa-se que muitos CAPS atendem aos requisitos mínimos de estrutura física e recursos humanos, o que em algumas situações prediz possibilidade de fragilização do atendimento em decorrência do número insuficiente de profissionais por equipes. Nestes termos, parece ser significativa a necessidade de ampliação da produção de conhecimentos a respeito da qualidade e quantidade de estrutura física e equipe profissional para uma assistência cuja integralidade seja contemplada.

Os CAPS funcionam sob uma lógica do território a fim de executar as atribuições de supervisão e regulação da rede de serviços de saúde mental, e um dos objetivos destes serviços é a promoção de inserção social dos usuários através de ações intersetoriais e estratégias em conjunto para o enfrentamento dos problemas. E comum os usuários se recusarem a comparecer no CAPS, seja pelo desconhecimento do serviço, problemas de compreensão referentes a patologia, problemas socioeconômicos, entre outros.

Este entendimento possibilita verificar a importância das **estratégias para facilitar o acesso dos usuários** aos serviços de saúde mental. E, sob este viés, neste estudo encontrou-se que entre os dezenove serviços participantes apenas dois CAPS ad não oferecem transporte aos usuários. Entre os dezessete serviços que o disponibilizam, sete dispõem de veículo próprio do serviço e também oferecem crédito para transporte coletivo. Nove CAPS utilizam como estratégia apenas a oferta de crédito

para transporte coletivo e um CAPS disponibiliza apenas o veículo da instituição.

A assistência prestada ao usuário nos CAPS também prevê dentre suas atividades, conforme Portaria n.º 336/2002: "os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias". Sob este aspecto, encontrou-se que todos os serviços participantes oferecem **refeições** aos usuários conforme preconiza a legislação. Entretanto, dois serviços disponibilizam quantidade inferior à recomendada pela legislação vigente. Tal fato, denota o desconhecimento de alguns serviços em relação aos direitos das pessoas com transtorno mentais.

Outro dado significativo da pesquisa refere-se à **Reunião de Equipe**, Roeder (2012) assevera que as reuniões da equipe devem ocorrer regularmente e com integração efetiva entre os diversos setores. Para Política Nacional de Humanização a reunião de equipe não é um espaço apenas para divisão de tarefas, mas sim um espaço de diálogo e é preciso que haja um clima democrático. Para tanto é preciso criar um clima favorável a troca de opiniões (inclusive críticas), associado à objetividade nas reuniões, exige um aprendizado de todas as partes e é a primeira tarefa de qualquer equipe (BRASIL, 2009).

Quando analisada a frequência das reuniões de equipe encontrou-se que todos os CAPS participantes da pesquisa realizam reunião de equipe; doze com frequência semanal e sete mais que duas vezes na semana.

Dentre os três principais assuntos abordados nas reuniões de equipe, foi indicado por dezenove CAPS o assunto "discussão de casos"; por doze serviços "discussão sobre planejamento de atividades terapêuticas aos usuários" e por onze serviços "organização dos serviços burocráticos e rotina de trabalho".

Assim, pode-se constatar esforços por parte dos serviços em realizar as ações interdisciplinarmente, uma vez que realizam reuniões semanais e os assuntos que permeiam as reuniões dizem respeito aos atendimentos que realizam e a suas relações interpessoais.

As discussões nas reuniões de equipe para construção e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular são oportunidades para a valorização dos trabalhadores da equipe de saúde. No decorrer vai ficando manifesto a interdependência entre todos na equipe. Tal situação favorece o cuidado com usuário e o reconhecimento do trabalho em equipe (BRASIL, 2009)

Para Vasconsellos (2010), uma efetiva interdisciplinaridade fornece um espaço para um cuidado plural, no qual o usuário é o ponto comum de várias profissões e modos de cuidado. Deste modo, a reunião de equipe possibilita a transformação do cuidado ao dirimir problemas comunicacionais e de diálogo entre os profissionais e de tornar os espaços coletivos favoráveis à elaboração dos conflitos afetivos e das fronteiras profissionais.

A ascensão da perspectiva interdisciplinar provoca mudanças nos paradigmas disciplinares e de pensamentos. Contribui para maior diálogo entre os diversos profissionais e disciplinas, mudanças de paradigmas do pensamento, tornando-se mais criativo e sistêmico, bem como na busca de resolução de problemas atuais e complexos (STEILL, 2011).

E com intuito de filtrar os dados para os **CAPS que atendem adolescentes** com transtornos decorrentes do uso de drogas, verificou-se que dos dezenove serviços, dois CAPS III e dois CAPSad, não atendem adolescentes. A justificativa para o não atendimento encontra-se no fato de no município haver CAPSi ou CAPSad que já acolhe esta demanda. Destaca-se que os sete CAPSi participantes afirmaram realizar atendimento aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas. Cumprindo com suas características definidas na Portaria n.º 336/2002, artigo 4.4, letra C que o CAPS i deve "responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território".

Dado importante trazido pelos participantes é que em cinco municípios onde os serviços estão inseridos, tanto o CAPSi quanto o CAPSad atendem adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas. Todavia, um CAPSi revelou desconhecimento de que o CAPSad também atende adolescentes. Tal situação deve ser debatida pelo sistema de garantia de proteção da criança e do adolescente, para que não fira os preceitos do Estatuto da Criança e Adolescente – ECA, Lei n.º 8069 de 1990. Reitera-se que a atenção aos adolescentes deve operar em rede e por meio da articulação e integração de diferentes atores sociais e pontos de vista, mas tendo como princípio a Proteção Integral de Crianças e Adolescentes.

Em relação a **outros serviços** presentes no município voltados ao atendimento em saúde mental à adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas, foram referidos por treze participantes o Programa de Adolescentes em Cumprimento de Medida Sócio Educativa; por nove participantes foi referenciado Estratégia Saúde da Família e Hospital Geral, e por oito participantes foi referenciado Comunidade Terapêutica.

O Programa de Redução de Danos foi mencionado por três serviços participantes. Importante observar que não houve menção a Unidades de Acolhimento Transitório Infanto-Juvenil. Há que se considerar que os municípios pesquisados possuem mais que 70 mil habitantes, sendo possível a implantação da Unidade de Acolhimento Transitório Infanto-Juvenil. No entanto verifica-se que esta importante estratégia de cuidado à adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas ainda não é disponibilizada pelos municípios.

Deste modo, verifica-se que a assistência os adolescentes com transtornos decorrentes ao uso de drogas apresenta uma relação com os delitos cometidos pelos adolescentes. Pois o Programa de Adolescentes em Cumprimento de Medida Sócio Educativa foi o mais mencionado pelos participantes da pesquisa como um serviço que atende adolescentes.

O Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa em Meio Aberto (Liberdade Assistida e Prestação de Serviços à Comunidade) foi tipificado pela Resolução nº 109/09 do Conselho Nacional de Assistência Social como serviço de responsabilidade do CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social.

Destarte, tal dado sinaliza a relação que existe entre o uso de drogas na adolescência e o ato infracional. O que de certo modo sinaliza a ineficiência em atendimentos preventivos ou realizados precocemente. O destaque para o Programa de Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa como sendo de atendimento a adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas, denota possível desarticulação das políticas setoriais na efetivação destas medidas socioeducativas, assim como o preconceito relacionado ao uso de drogas e ato infracional, bem como a falta de entendimento sobre as diferenças entre medidas protetivas e medidas socioeducativas.

A socioeducação é imprescindível como política pública específica para resgatar a imensa dívida histórica da sociedade brasileira com a população adolescente (vítima principal dos altos índices de violência) e como contribuição à edificação de uma sociedade justa que zela por seus adolescentes (BRASIL, SINASE, 2013).

Nesse sentido, o Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo, SINASE (2013) é um passo adiante dos novos modos de atendimento a adolescentes autores de ato infracional e as suas famílias, pois possibilita oportunidades de construção de projetos de autonomia e emancipação cidadã. Contudo, ainda sua implantação é incipiente, uma vez que este Plano é, ao mesmo tempo, um desafio e um chamado à integração intersetorial da justiça, saúde e assistência social.

Ainda, algumas perspectivas contrárias possivelmente acarretem em prejuízos na atenção aos adolescentes que cometeram ato infracional, como por exemplo, a campanha para redução da maioridade penal. É importante considerar que atos infracionais cometidos por adolescentes devem ser entendidos como resultado de circunstâncias que podem ser transformadas e superadas; e para que exista uma inserção social saudável e de reais oportunidades, os adolescentes precisam ser protegidos de novas violências e com medidas capazes de romper com a banalização da violência e seu ciclo perverso.

Sendo assim, a atuação judiciária deve ser conjunta com a avaliação dos profissionais socioassistenciais e de saúde que estejam na assistência com o adolescente em meio aberto ou fechado. Por sua vez, indica-se que os profissionais não devem se ater aos fatos relacionados à prática infracional, mas às situações e a maneira de vida que o adolescente está inserido. Tanto o ECA quanto o SINASE determinam a implementação de programas sociais e sociofamiliares destinados aos egressos do sistema socioeducativo. No entanto, observa-se que são pouco desenvolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O movimento da reforma psiquiátrica é um processo contínuo de assistência a pessoas em sofrimento psíquico, o qual deve ter atenção para não perder sua perspectiva epistemológica. É premente a "afirmação da diferença e da singularidade humana que a saúde mental, se rigorosa em seus princípios, pode extrair o vigor de suas ações e responder por aquilo que a especifica e legítima frente ao conjunto das políticas públicas" (COUTO *et al.*,2007, p. 8). Deste modo, este artigo buscou descrever características estruturais e de recursos humanos dos serviços de saúde mental que atendem adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas no estado de Santa Catarina.

Apesar de Santa Catarina ter um bom indicador de cobertura de CAPS, sendo 0,94 CAPS/100.000 habitantes, o que mostra uma cobertura muito boa comparada a taxa do país que é 0,74 CAPS/100.000 habitantes (BRASIL, 2012). No entanto, verifica-se que a modalidade de CAPS com maior cobertura no estado é o CAPS I, devido a população de muitos municípios catarinenses possuírem menos de 70.000 habitantes.

Tal fato corrobora com um dos desafios para saúde mental infanto-juvenil apontado por Couto *et al.* (2008): a necessidade de estender aos CAPS I, II, III, AD e aos ambulatórios de saúde mental a cobertura para tratamento de crianças e adolescentes, na ausência de

recursos específicos. E assim torna-se premente a realização de pesquisas com os serviços CAPS I para compreensão de como se configuram no mesmo espaço atendimento de crianças, adolescentes e adultos com sofrimentos psíquicos diversos.

Na pesquisa pode-se verificar potencialidades e fragilidades dos serviços de saúde mental participantes, como por exemplo, alguns apresentam esforços na busca de consolidar os princípios da reforma psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde: - universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população. Assim como, trabalham na perspectiva da atenção psicossocial, clínica ampliada, território e projetos terapêuticos singulares aos usuários do serviço.

No entanto, as fragilidades estão associadas à constituição das equipes, ou seja, elas admitem o número mínimo de profissionais que prevê a Portaria n.º 336/2002; e, mais grave, algumas têm deficiências de profissionais. Tal fato se repete em relação a estrutura física, pois somente os espaços mínimos consoantes com a Portaria n.º 336/2002 é que são disponibilizados aos usuários do serviço. Sob este aspecto, encontra-se ainda que alguns serviços apresentam deficiências de estrutura, principalmente no que se relaciona a leitos para repouso, desintoxicação e adaptação para atendimentos de pessoas com deficiências.

Em relação a estratégias de acesso aos usuários, como oferecimento de ônibus e alimentação, apesar de ser em menor quantidade, encontrou-se neste estudo alguns CAPS que não oferecem transporte e oferecem menor quantidade de refeições, conforme preconizado pela Portaria n.º 336/2002.

Tais deficiências de recursos humanos e estruturais denotam a necessidade de supervisão constante dos órgãos governamentais de modo que a qualidade, ambiência e efetividade nos atendimento em saúde mental sejam garantidas

Apesar dos serviços demonstrarem empenho para que o trabalho da equipe seja intersetorial, depreende-se a existência de certa dificuldade para a equipe reunir-se. Fato este caracterizado por meio dos seis instrumentos que foram respondidos somente pelo coordenador. Resta assim a dúvida em relação a operacionalização das reuniões de equipe, uma vez que todos os serviços afirmaram ocorrer com frequência semanal ou mais que duas vezes na semana.

Em relação ao atendimento de adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas, objeto desta pesquisa, dos dezenove serviços participantes da pesquisa, quatro afirmaram não atender adolescentes devido ao fato desta demanda ser atendida por outro serviço de saúde mental, especialmente CAPSi. Em cinco municípios, tanto o

CAPSi como o CAPSad afirmaram realizar o atendimento, alguns a partir da divisão de idades, como por exemplo até quinze anos atendimento no CAPSi e após quinze anos no CAPSad. E outros, afirmaram que conforme avaliação da equipe define-se se o atendimento será no CAPSi ou no CAPSad.

Deste fato deriva o questionamento quanto à possibilidade de fragmentação do cuidado com os adolescentes, uma vez que a faixa etária infanto juvenil tem especificidades de cuidado. Tal questionamento encontra ressonância na afirmação de Habigzang *et al.* (2014, p. 22): "A adolescência é um momento essencial de transformação, transposição e autoafirmação das pessoas que a vivem e daqueles com quem convivem".

O Estatuto da Criança e Adolescente define o período da adolescência entre 12 e 18 anos, no entanto alguns autores apontam para adolescência até os 20 anos de idade. Esses critérios de idade possibilitam a descrição de parâmetros do desenvolvimento fisiológico do adolescente, todavia não atendem as características desenvolvimentais psicológicas dos mesmos, uma vez que são singulares e inseridas num contexto social. Dado este, que justifica a necessidade de serviços específicos para o público infanto-juvenil.

Deste modo, é notória a lacuna existente na Rede de Atenção Psicossocial, definida pela Portaria n.º 3088/2011, quanto ao cuidado do adolescente com transtornos decorrentes do uso de drogas. Este entendimento se sustenta no fato de que tanto o CAPSi, quanto CAPSad atendem a este público, o que consequentemente favorece a fragmentação e a desresponsabilizarão pela assistência e cuidado.

Nestes termos, observa-se uma tentativa forçada do adolescente ser tratado como adulto; e deste modo possivelmente há prejuízos ao adolescente, que apresenta características físicas, sociais e psicológicas em desenvolvimento. Tal fato, pode estar associado à baixa adesão dos adolescentes ao serviço e a precarização de estratégias terapêuticas desenvolvidas nos serviços, no que se refere ao atendimento juvenil.

É premente a necessidade de definição e implementação da Política de Saúde Mental específica para o atendimento a crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas, bem como de ampliação dos equipamentos da rede de Saúde Mental para crianças e adolescentes, e a mobilização de poderes instituídos e da sociedade para ações de prevenção do uso de álcool e outras drogas pelo público infanto-juvenil.

Observa-se que ainda é incipiente a instalação de serviços especializados destinados ao acompanhamento continuado de crianças e adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas. Destarte, considera-se que não há pretensão de se esgotar o assunto nesta pesquisa,

visto que é um recorte da caracterização dos serviços de saúde mental do estado de Santa Catarina. Há necessidade de pesquisas que caracterizem o trabalho realizado nos CAPS I, modelo previsto para municípios com menos de 70 mil habitantes; e que devem atender crianças, adolescentes e adultos com sofrimento psíquico grave, e consequentemente aos que fazem uso de drogas. Ainda, é imperativo fomentar pesquisas na área da infância e juventude relacionadas a assistência deste público com transtornos decorrentes do uso de drogas e assim fortalecer a implantação de políticas públicas eficazes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília/DF, 1990.

BRASIL. **Decreto Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília/DF, 2001.

BRASIL. **Portaria/GM nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002.** Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. São Paulo/SP, 2002.

BRASIL, 2011. **Decreto nº 7.612 de novembro de 2011** que Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Plano Viver sem Limite).

BRASIL. **Portaria nº 3.088/2011/GM/MS** - 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/DF, 2011.

BRASIL, 2002. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução n.º 50**, de 21 de fevereiro de 2002 e suas atualizações. Dispõem sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistências de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, 2002. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Portaria GM n.º 336 de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, 2004. **Decreto n.º 5.296 de 2 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos (SDH). **Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo: Diretrizes e eixos operativos para o SINASE.** Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013. 39 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos.** Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. **Saúde Mental e Saúde Pública: questões para agenda da reforma Psiquiátrica.** NUPPSAM/IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

COUTO, M. C.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira Psiquiatria**; 2008 ;30(4):390-8.

ESPINOLA, L. L. **Práticas do cuidar de adolescentes usuários de drogas.** 2013, 127p, Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa

de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S.; DINIZ, E. **Trabalhando com Adolescentes: teoria e intervenção psicológica.** Porto Alegre: Artmed, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – 2012 (PeNSe 2012).** Rio de Janeiro, 2013.

KAMINER, Y.; SZOBOT, C. O tratamento de adolescentes por uso de substâncias psicoativas. *In* PINSKY, I.; BESSA, M. A. **Adolescência e drogas.** 3º Edição; São Paulo/SP; Editora Contexto, 2012.

PEREIRA, Z. U. A assistência às crianças e adolescentes em uso de álcool e outras drogas nos serviços de saúde mental: da experiência clínica. *In* FERREIRA, T.; BONTEMPO, V. L. (org.) **Crianças e adolescentes: o cuidado em saúde mental o trabalho feito por muitos.** 1º edição; Editora CRV; Curitiba/PR, 2012.

PINSKY, I.; BESSA, M. A. **Adolescência e drogas.** 3º Edição; São Paulo/SP; Editora Contexto, 2012.

POMBO, O. **Interdisciplinaridade e integração dos saberes.** Liine em Revista, v.1, n.1, p. 3-15, 2005.

ROEDER, Maika Arno. **Segurança Sanitária: orientações para centros de atenção psicossocial.** Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Sanitária 1º edição, Florianópolis/SC; 2012, 136 p.

SAMPÍERI, R. H.; CALLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de Pesquisa.** 5º edição, Porto Alegre: Penso, 2013.

STEILL, A.V. Trajetória interdisciplinar formativa e profissional na sociedade do conhecimento. pg. 209-228. *In:* PHILIPPI JR., A. & SILVA NETO, A.J. **Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia & inovação.** Barueri/SP: Manole, 2011.

SILVA, V. A.; MATTOS, H. F.. Os Jovens são mais vulneráveis às drogas? *In* PINSKY, I.; BESSA, M. A. **Adolescência e drogas.** 3º Edição; São Paulo/SP; Editora Contexto, 2012.

VASCONCELLOS. Vinicius Carvalho. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um caps. SMAD – **Revista Eletrônica de Saúde Mental, álcool e outras drogas.**2010, volume 06, número 01, artigo 14.

WILLRICH, J. Q.; BIELEMANN, V. L.; CHIAVAGATTI. F. G.; KANTORSKI, L. P.; BORGES, L. R. Ambiência de um Centro de Atenção Psicossocial: Fator Estruturante do Processo Terapêutico. **Revista de Enfermagem** – UFSM; 2013; Mai/Ago; v.3, n.2, p.248-258.

ASSISTÊNCIA AOS ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO DE DROGAS NOS CAPSs EM SANTA CATARINA[4]

Aline Batista Bernardi[5]
Lilia Aparecida Kanan[6]

ASSISTANCE TO TEENS WITH DISORDERS ARISING OUT OF THE USE OF DRUGS IN CAPS IN SANTA CATARINA

RESUMO

Esta pesquisa objetivou caracterizar a assistência aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas utilizadas atualmente no estado de Santa Catarina. O percurso metodológico da pesquisa foi de natureza aplicada e de abordagem quali-quantitativa. Participaram da pesquisa dezenove equipes de profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde mental, sendo sete CAPSi, nove CAPSad e três CAPS III. Os dados foram coletados por meio de um questionário *online* com perguntas abertas e fechadas; foram organizados em categorias definidas a *priori*. Como resultados obteve-se que no estado há sete CAPSi, sete CAPSad e um CAPS III que atendem adolescentes usuários de drogas. Destaca-se que a assistência a adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas perpassa por uma atenção que considere as particularidades da fase da adolescência, que difere do adulto, o que nem sempre é preservado pelos serviços. Ainda, verificou-se que apesar das dificuldades, o atendimento do CAPSi consegue atender às necessidades de atenção aos adolescentes.

Palavras-chave: Adolescente; Usuários de Drogas; Serviços de Saúde Mental e Saúde Pública.

---

[4]Artigo produzido como resultado da dissertação de Mestrado "Assistência aos Adolescentes com Transtornos Decorrentes do uso de Drogas nos CAPSs em Santa Catarina".

[5] Psicóloga, CRP 12/06683. Mestranda do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense. E-mail: alinebernardi@hotmail.com

[6] Psicóloga, CRP 12/01014. Professora Orientadora. Doutora em Psicologia. Docente e pesquisadora do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense. E-mail: lilia.kanan@gmail.com

ABSTRACT

This research aimed to characterize the care of adolescents with disorders caused by use of drugs currently used in the state of Santa Catarina. The methodological research route was applied nature and qualitative and quantitative approach. The participants were nineteen teams of professionals working in public mental health services, seven CAPSi nine CAPSad and three CAPS III. Data were collected through an online questionnaire with open and closed questions; They were organized on a priori defined categories. As a result was obtained that the state seven CAPSi seven CAPSad and CAPS III who treat adolescents drug users. It is noteworthy that the care of adolescents with disorders resulting from drug use permeates attention to consider the adolescent phase of particulars, which differs from the adult, which is not always preserved for services. Further, it was found that despite the difficulties, CAPSi the service can meet the needs attention to adolescents.

Keywords: Adolescents; Drug users; Mental Health Services and Public Health.

INTRODUÇÃO

Os adolescentes, ao mesmo tempo em que experimentam mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais, vivenciam situações onde suas escolhas determinam seu comportamento e projetam seu futuro. Tal fato se associa às possibilidades de experimentar situações que envolvam riscos para sua saúde ou para sua integridade. Exemplos destas escolhas e riscos são o tabagismo, o consumo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada e sedentarismo, os quais com frequência, ocorre o início na adolescência.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE (IBGE, 2012), realizada com os estudantes do 9º ano do ensino fundamental nas capitais do Brasil, corroborou nesse entendimento, pois identificou que o inicio do uso de tabaco foram predominantemente aos 13 anos. Outro dado importante do estudo é que pelo menos um dos responsáveis pelo adolescente era fumante.

A adoção de comportamentos prejudiciais à saúde é influenciada por uma série de fatores e, dentre os principais, está o exemplo da família. Estudos têm apontado hábitos familiares como um importante fator de risco ou de proteção para o consumo de drogas. Isso se deve ao fato desse consumo ser apreendido, predominantemente, a partir de interações

estabelecidas entre os adolescentes e seus contextos próximos de socialização, como a família, a escola e o grupo de amigos (PAIVA e RONZANI, 2009).

Em relação ao uso de bebidas alcoólicas, a pesquisa PeNSE (2012) identificou que 66,6% dos escolares já haviam experimentado a bebida alcoólica e 21,8% dos escolares já sofreram algum episódio de embriaguez na vida.

O consumo de bebida alcoólica é um dos principais fatores de risco para a saúde no mundo e está envolvido em mais de 60 diferentes causas de problemas de saúde. O álcool pode alterar o desenvolvimento do cérebro nos adolescentes, influenciando o desenvolvimento cognitivo, emocional e social. O uso precoce do álcool está associado a problemas de saúde na idade adulta, além de aumentar significativamente o risco de se tornar consumidor em excesso ao longo da vida (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004). O consumo excessivo de bebida alcoólica na adolescência está associado a insucesso escolar, acidentes, violências e outros comportamentos de risco, como: tabagismo, uso e abuso de drogas e sexo desprotegido (ANDRADE *et al.*, 2012).

Os resultados da PeNSE (2012) também evidenciaram que, considerando exclusivamente os escolares que usaram drogas ilícitas alguma vez na vida, 34,5% fizeram uso de maconha e 6,4% usaram *crack*, nos 30 dias que antecederam a pesquisa. Quando considerados os escolares com 15 anos que usaram drogas antes dos 13 anos de idade, o percentual para o conjunto do País foi de 2,6%, variando de 1,2%, na Região Norte, a 4,4%, na Região Sul.

O uso intenso de maconha está relacionado a uma série de problemas, incluindo comprometimento cognitivo, baixo desempenho escolar, abandono escolar, e externalização de problemas, tais como a tomada de riscos, agressão e delinquência e problemas de internalização, como depressão e ansiedade (ANDRADE *et al.*, 2012).

A humanidade sempre fez uso de drogas para aliviar ansiedades e compensar situações de frustração, Osorio (1989) assevera que o adolescente que faz uso de drogas possivelmente imite os comportamentos familiares, mesmo que escolha drogas diferentes. Ou seja, os adolescentes divergem da escolha pela droga utilizada, mas imitam o comportamento de uso de adição dos familiares.

A política de controle ao uso de drogas deve ser focada nas causas e não nas consequências. Para entender o uso de drogas é necessário compreender quem é esse sujeito, que natureza intrapsíquica e sócio econômica está inserido, e a questão que desafia o trabalho com adolescentes usuários de drogas é “como renunciar ao prazer substitutivo

proporcionado pelas drogas numa sociedade que induz a seu consumo" (OSORIO, 1989, p.45). Vasters *et al.* (2011) identificou que a adesão dos adolescentes ao tratamento devido uso de drogas é complexo e depende de diferentes fatores intrasubjetivos e intersubjetivos.

A Política Nacional de Saúde Mental busca concretizar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, que garanta a assistência às pessoas com problemas mentais pelos serviços e pela comunidade. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção integrados do Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Os principais componentes da RAPS são Serviços de Atenção Básica em Saúde; os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); a Atenção em Urgência e Emergência; a Atenção hospitalar especializada; a Atenção Residencial de Caráter Transitório; e as Estratégias de desinstitucionalização.

Em relação a saúde mental, a Lei nº 10.216 de 2001 e a Portaria/GM nº 336 de 2002 reorganizaram o modelo de assistência à saúde mental no Brasil, contemplam também os portadores de transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram regulamentados pela Portaria n.º 336 de 2002 e são estabelecimentos extra hospitalares para o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais e consequentemente às pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas, cuja sintomatologia justifiquem sua permanência em cuidado contínuo, comunitário, interdisciplinar e multiprofissional, promovendo sua reinserção social, sua autonomia e seu protagonismo no tratamento/acompanhamento.

Segundo o art.1º da Portaria n.º 336/2002, os CAPS poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Esses cumprirão a mesma função no atendimento público em saúde mental, se diferenciando apenas no que se refere à ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. E dispõe de outros dois serviços específicos de atenção psicossocial, um corresponde à atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes (art. 4º, 4.4), chamado CAPSi; e outro responsável pelo "serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso de dependência de substâncias psicoativas" (art. 4º, 4.5), chamado Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPSad).

O CAPS deve compor uma equipe multiprofissional e oferecer atendimentos individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) e em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de

suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade, sua inserção familiar e social; e refeições diárias.

No que se refere a Rede de atenção em saúde mental destinada a crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas deve funcionar sempre de forma integrada com os serviços das áreas da justiça, educação e assistência social, com vistas a proporcionar ao paciente e respectivas famílias o tratamento adequado às suas necessidades específicas, promovendo atenção integral à saúde.

Contudo, o Ministério da Saúde através da legislação vigente e em especial a Portaria n. 3.088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial e garanti o cuidado integral as pessoas com sofrimento psíquico não definiu, de forma clara, qual CAPS possui atribuição exclusiva para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais decorrentes do uso de drogas psicoativas, atribuindo a referida responsabilidade tanto aos CAPS AD, quanto aos CAPS i. Além disso, também atribui ao CAPS I (para municípios com menos de 70 mil habitantes) a responsabilidade em relação ao atendimento e crianças e adolescentes, sendo portanto necessário que cada município defina o fluxo mais adequado às necessidades da população.

No entanto, do ponto de vista da área da Saúde, é necessário um olhar cuidadoso para a criança e ao adolescente usuários de drogas, entre outros motivos, em função da fase peculiar de desenvolvimento em que eles se encontram. Isto significa ofertar possibilidades de acolhimento, escuta e vinculação para a elaboração de projetos terapêuticos mais adequados às suas situações de vida (BRASIL, 2014).

Assim, para abordar a questão do uso de drogas na adolescência de forma mais sistêmica e complexa, deve-se ater a estratégias amplas que incluam políticas intersetoriais, que extrapolam o fazer da saúde, como incluir a cultura, educação, esporte e lazer, assistência social, etc. É importante criar formas de sociabilidade para crianças, adolescentes e suas famílias, de modo a apontar novas possibilidades de projetos de vida (BRASIL, 2014).

É premente considerar que nem todo uso de drogas é sinal da existência de patologias. Para tanto, é imprescindível a discussão com os profissionais de saúde e de saúde mental para indicação de tratamento. Deste modo, direcionar qualquer uso de drogas a uma doença é reafirmar a medicalização e a exclusão social como métodos de cuidado, e assim

indo na contramão da Reforma Psiquiátrica que busca desenvolver autonomia dos sujeitos e assistência singularizada (BRASIL, 2014).

Em algumas realidades os serviços de saúde mental para adolescentes são precários, pois existe uma "falsa percepção de que este faixa etária é "saudável" é uma barreira adicional para a melhoria dos serviços" (PAULA *et al.*, 2012, p.340). Isso é agravado pela pouca cobertura de CAPS para crianças e adolescentes no país, sendo um grave problema na saude pública, especialmente aos adolescentes com vulnerabilidades econômicas, pois no Brasil, apenas 8 % de todos os CAPS são dedicados para os jovens. Scivoletto (2001) assevera que pesquisas sobre uso de drogas por adolescentes estão atrasadas quando comparadas as pesquisas sobre adultos.

Scaduto e Barbieri (2009) corroboram que diversos estudos ressaltam a necessidade de conhecer melhor a adolescência e os quadros de abuso de drogas. Ainda, asseveram que é consenso na literatura que os adolescentes estão expostos ao risco do uso de drogas, podendo levar ao desenvolvimento dos quadros de abuso e/ou dependência de substâncias. E por isso se faz necessário compreender os processos envolvidos no tratamento dessa população.

Paula *et al.* (2012) apontam outro desafio referente aos dados sobre os tipos de tratamentos prestados dentro dos serviços de CAPSi são pouco disponíveis, necessitando enfatizar a importância da prática baseada em evidências e consequente ampliação dos serviços de CAPSi, com garantia de qualidade.

Sendo assim, é importante produzir conhecimentos sobre a política de atenção aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas, se efetivamente comtempla a necessidade de atenção diferenciada, conforme preconiza a literatura e o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, considerando que a fase do desenvolvimento apresenta particularidades distintas do público adulto. Existe uma legislação que assevera a prioridade da atenção ao público infanto juvenil. No entanto, a política assistencial em saúde mental é passível de questionamentos a respeito de qual serviço é direcionado para atendimento deste público, quais intervenções profissionais são efetivas e quais estratégias estão sendo utilizadas para garantia dos diretos dos adolescentes.

Após levantamento nos periódicos científicos, observamos que há poucos estudos sobre a caracterização de da assistência na perspectiva da clínica ampliada nos serviços públicos de saúde mental que atendem adolescentes usuários de drogas psicoativas. Este é um tema importante para a saúde mental do país, porque a elaboração e o fortalecimento da

rede de atenção à saúde devem levar em consideração a prática dos profissionais da saúde para formulação de políticas públicas efetivas que incluem as singularidades dos sujeitos envolvidos.

As informações aqui apresentadas reiteram a importância de se colocar foco nos cuidados prestados aos adolescentes. Caracterizar os cuidados prestados e os serviços oferecidos pelo poder público em relação a estes adolescentes tem a intensão de contribuir à otimização dos cuidados a eles dirigidos e, numa instância ampliada, favorecer a minimização dos efeitos do uso de drogas em sua saúde e em suas vidas.

Sustentado em tais motivos, este estudo procurou responder a seguinte pergunta de pesquisa: **Quais as características da assistência aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas nos serviços de saúde mental do Estado de Santa Catarina?** Seu objetivo geral consistiu em caracterizar a assistência aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas nos serviços de saúde mental: CAPSi – Criança e Adolescente, CAPSad – Álcool e Outras Drogas e CAPS III – 24 Horas, do Estado de Santa Catarina.

Especificamente pretendeu-se (a) caracterizar os serviços de saúde mental (CAPSi, CAPSad e CAPS III) em relação a estrutura física, recursos humanos e atendimentos ofertados; (b) identificar as estratégias de cuidado utilizadas nos serviços de saúde mental (CAPSi, CAPSad e CAPS III) que atendem o adolescente com transtornos decorrentes do uso de drogas; (c) examinar as iniciativas utilizadas pelos serviços de saúde mental (CAPSi, CAPSad e CAPS III) no que se refere articulação com a rede intersetorial (saúde, assistência social, educação e justiça) na assistência ao adolescente com transtornos decorrentes do uso de drogas; e (d) descrever as dificuldades e as potencialidades identificadas pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental (CAPSi, CAPSad e CAPS III) referente a assistência do adolescente com transtornos decorrentes do uso de drogas.

PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa é de natureza aplicada; a abordagem do problema de pesquisa é quali-quantitativa; os dados quantitativos foram demonstrados em números traduzindo as opiniões e informações de modo a subsidiar as análises. E os dados qualitativos foram descritos em categorias de análise consentâneas aos objetivos da pesquisa. Em relação aos objetivos, a pesquisa é descritiva, porque se pretendeu descrever as estratégias de cuidado utilizadas pelas equipes multiprofissionais de saúde mental. No que se refere aos procedimentos utilizados, o estudo assume o design de

levantamento.

Foram convidados a participar da pesquisa os 21 serviços de saúde mental cadastrados no primeiro semestre de 2013 na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – SES, e obteve-se retorno e anuência à participação de 19. A saber: sete CAPSi, onze CAPSad, e três CAPS III.

A escolha pelos CAPS deveu-se ao fato de serem os serviços estratégicos da reforma psiquiátrica, tendo como diretriz de atendimento ser de base comunitária às pessoas em sofrimento psíquico, e segundo portaria nº 336/2002 devem "responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território".

E os CAPS para atendimentos específicos em saúde mental para atenção em álcool e outras drogas e para crianças e adolescentes, sendo os CAPSi e CAPSad, possuem como critério de implantação, segundo Portaria n.º 336/2002, apenas nos município com mais de 70 mil habitantes.

Obteve-se retorno de 90,4% dos instrumentos enviados, percentual considerando significativo à produção do conhecimento que se deseja. Mertens, 2005 (*apud* SAMPIERI *et al.*, 2013, p.255) assevera que "uma taxa de devolução de questionários preenchidos via correio ou de maneira eletrônica acima de 50% é muito favorável".

Quanto aos procedimentos, primeiramente foi realizado contato por telefone com os coordenadores dos serviços, onde lhes foram fornecidas informações sobre a pesquisa e o convite à participação da equipe. Posteriormente, foi enviado um e-mail com a síntese do projeto da pesquisa e demais informações a respeito dos interesses científicos da pesquisadora. No e-mail havia um convite formal à participação, o TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o link de acesso ao instrumento de coleta de dados, sendo um questionário com perguntas abertas e fechadas.

Antes de encaminhar o instrumento de coleta de dados aos participantes, tomou-se o cuidado de se aplicar um pré-teste com profissionais experientes na área, para verificar a confiabilidade do instrumento.

A coleta de dados ocorreu por meio do questionário encaminhado via *online* por e-mail, sendo um questionário por instituição. Como orientação, a equipe de profissionais que atendem adolescentes usuários de drogas deveriam responder em conjunto o instrumento. Tal decisão justificou-se devido à necessidade de compreender as estratégias de cuidado utilizadas pelo serviço num *continuum*, como por exemplo, as

premissas de tratamento assumidas pelo serviço. Tal estratégia pretendeu possibilitar uma reflexão coletiva dos profissionais de saúde mental em relação às suas práticas profissionais. Os dados foram registrados via *online* pelos próprios participantes.

Quanto à organização e análise dos dados, as respostas aos instrumentos foram codificadas; os dados quantitativos foram demonstrados em números traduzindo as opiniões e informações de modo a se proceder à análise. Os dados qualitativos foram compilados através da análise de conteúdo quantitativa, que conforme Sampieri (2013, p. 275) "é uma técnica para estudar qualquer tipo de comunicação de uma maneira "objetiva" e sistemática, que quantifica as mensagens ou conteúdos em categorias".

Os dados foram organizados em categorias definidas em consonância aos objetivos da pesquisa. São elas: (a) características dos serviços de saúde mental em relação a estrutura física, recursos humanos e atendimentos ofertados; (b) estratégias de cuidado; (c) iniciativas utilizadas pelos serviços quanto a articulação com a rede intersetorial; e (d) dificuldades e as potencialidades identificadas pelos profissionais referentes a assistência ao adolescente com transtornos decorrentes do uso de drogas. Todavia, o presente artigo trata da análise dos dados coletados a respeito da primeira categoria elencada, ou seja, apresenta as características dos serviços de saúde mental em relação a estrutura física, recursos humanos e atendimentos ofertados.

A pesquisa teve anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPLAC parecer n.º096/13, conforme preconiza a Resolução CNS n.º 466/12. Por meio do TCLE encaminhado junto ao instrumento de coleta de dados via *online* os participantes tiveram conhecimento formal e documental das condições de sua participação na pesquisa, o qual conforme devolução do questionário respondido à pesquisadora formalizou automaticamente o aceite dos termos previstos no TCLE.

Conforme o item 9.8 do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa, elaborado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (2002), no caso de preenchimento de questionário anônimo via *e-mail*, como foi o caso deste estudo, a própria devolução do questionário preenchido configurou o consentimento em participar da pesquisa. Sendo assim dispensada, nestes casos, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Organizados por meio das categorias já elencadas, apresenta-se, a

seguir, os principais resultados apurados das categorias (b) estratégias de cuidado; (c) iniciativas utilizadas pelos serviços quanto a articulação com a rede intersetorial; e (d) dificuldades e as potencialidades identificadas pelos profissionais referentes a assistência ao adolescente com transtornos decorrentes do uso de drogas.

Estratégias de cuidado utilizadas nos serviços de saúde mental (CAPSi, CAPSad e CAPS III) que atendem o adolescente com transtornos decorrentes do uso de drogas:

Dos 19 serviços pesquisados, quatro CAPS afirmaram não atender adolescentes. A justificativa para o não atendimento encontra-se no fato de no mesmo município haver CAPSi ou CAPSad que já acolhe esta demanda. Sendo assim, a pesquisa obteve resposta de sete CAPSi, sete CAPSad e um CAPS III do estado de Santa Catarina.

Destaca-se que todos os CAPSi existentes no estado afirmaram realizar atendimento aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas. Cumprindo com suas características definidas na Portaria n.º 336/2002, artigo 4.4, letra 'c' que o CAPSi deve "responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território".

Uma característica importante é que em cinco municípios pesquisados, ambos CAPSi e CAPSad atendem adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas. Todavia, evidenciou-se na pesquisa que em um desses municípios, o CAPSi revelou desconhecimento de que o CAPSad também atende adolescentes. No entanto, o CAPSad afirmou atender adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas.

Tal situação deve ser debatida pelo sistema de garantia de proteção da criança e do adolescente, para que não fira os preceitos do Estatuto da Criança e Adolescente – ECA, Lei n.º 8069 de 1990, que no artigo 3º assevera que "A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade". Reitera-se que a atenção aos adolescentes deve operar em rede e por meio da articulação e integração de diferentes atores sociais e pontos de vista, mas tendo como princípio a Proteção Integral de Crianças e Adolescentes.

Em relação a **quantidade de adolescentes atendidos** nos CAPS a média mensal, informada por sete serviços é de aproximadamente 10 adolescentes no mês. Três CAPS informaram que atendem entre 11 e 20 adolescentes; dois CAPS que atendem entre 21 a 40 adolescentes e um CAPS informou que atende entre 41 a 80 adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas. Dois serviços não responderam a questão.

Destaca-se que a maioria dos municípios o atendimento de adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas restringe-se a uma média de até dez adolescentes no mês. Tal fato deve ser melhor investigado, uma vez que os municípios que possuem CAPSi, CAPSad e CAPS III devem ter uma população de mais de 70 mil habitantes e que pesquisas apontam para um aumento do consumo de drogas entre adolescentes. Tal fato suscita questionar se a demanda de adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas é pequena ou se não estão buscando os serviços públicos de saúde mental, o que se caracterizaria como negligência dos cuidadores destes adolescentes.

Silva *et al.* (2003) assevera que a relação do adolescente com seu meio social e condições concretas de vida podem facilitar ou dificultar o acesso ao tratamento e a adesão devido uso de drogas. Em relação ao tratamento de adolescentes com transtornos decorrente do uso de drogas, há que considerar as peculiaridades desse período do desenvolvimento humano, e que não há unanimidade na literatura sobre como abordá-la, visto a grande quantidade de enfoques teóricos e técnicos. Contudo, um aspecto em comum nos estudos com adolescentes se refere à dificuldade destes em aderir a um programa de cuidado.

Em relação às três principais características que definem **adolescência** na percepção da equipe foram citados por 11 serviços que a "Adolescência não é um fenômeno universal e homogêneo, pois ocorre a partir da sua cultura e meios sociais que está inserido"; por nove serviços citaram que adolescência é um "Período de transição entre a infância e a fase adulta" e seis serviços que é um "Período de mudanças fisiológicas que preparam para vida adulta".

Aqui é possível apreender que algumas equipes ainda mantem a abordagem de a adolescência como mudanças fisiológicas e de transição da infância para fase adulta. Tal fato deve ser discutido entre os profissionais, pois a faixa etária da adolescência apresenta características específicas e peculiares que além de serem marcadas por confusão emocional e dúvidas, prepara o sujeito para vida adulta. Entretanto, a citação de fatores sociais influenciando a adolescência permite vislumbrar uma compreensão mais ampla da adolescência e sua singularidade de constituir-se e de ser cuidada.

Cerqueira-Santos *et al.*. (2014) assevera que a adolescência inicialmente é associada a idade e as transformações biológicas; contudo destacam que essas mudanças não garantem maturidade de um adulto. Por muito tempo a adolescência foi considerada uma etapa com características universais e abstratas. Atualmente, estudos apontam que esta etapa de mudanças e de afirmação de projetos de vida, o percurso é singular e não homogêneo, e tem como influência características sociais, familiares e econômicas, assim como as alterações cognitivas, sociais e de perspectiva de vida que garantem a maturidade para vida adulta.

Almeida *et al.* (2008) em um estudo de revisão de literatura apontou que há uma questão que deve ser investigada quando se discute estratégias de intervenção, sendo a concepção que os serviços tem sobre a adolescência. A maioria dos artigos analisados por ele não apontam uma discussão nesse sentido, e a concepção do que é a adolescência é um dos aspectos a serem considerados durante a preparação e implemento dos serviços de atenção à saúde de adolescentes.

No trabalho cotidiano das equipes de saúde mental, foi solicitado a indicação das **três principais drogas utilizadas pelos adolescentes**. A maior frequência encontrada foi de maconha (14 serviços); seguido do álcool (doze serviços) e pelo crack (oito serviços).

O estudo realizado pelo CEBRID "VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010" o qual avaliou o uso de drogas entre 50890 estudantes da na rede pública e privada de ensino fundamental e médio nas 27 capitais brasileiras. A pesquisa evidenciou que o álcool e tabaco são as drogas de maior prevalência de uso na vida, em todas as capitais, seguidas pelos inalantes. O crack não é uma droga de destaque entre estudantes.

Ainda na pesquisa do CEBRID evidenciou-se que 25,5% dos estudantes referiram uso na vida de alguma droga (exceto álcool e tabaco), 10,6% referiu uso no último ano e 5,5% referiu uso no mês, com pequenas diferenças entre gêneros. As drogas mais citadas pelos estudantes foram bebidas alcoólicas e tabaco, respectivamente 42,4% e 9,6% para uso no ano. Em relação às demais, para uso no ano, foram: inalantes (5,2%), maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetamínicos (1,7%).

Observa-se que os serviços citaram em maior prevalência o uso de maconha entre os adolescentes, o que denota diferença da pesquisa do CEBRID que aponta a maior prevalência o álcool.

Rigoni *et al.* (2007) em uma pesquisa constatou que os adolescentes

usuários de maconha apresentaram um desempenho inferior, no que tange as funções cognitivas, quando comparados ao grupo de adolescentes não usuários de maconha. Outro dado encontrado pelos autores foi que a maioria dos adolescentes do grupo de usuários de maconha iniciou o uso em média aos 13,5 anos e não concluíram o Ensino Fundamental. Pechansky *et al.* (2004) afirma que o uso de álcool por adolescentes prejudica a memória, altera sistema dopaminérgico e do sistema límbico. Alterações nestes sistemas acarretam efeitos significativos em termos comportamentais e emocionais em adolescentes.

Deste modo, verifica que o uso de maconha e de álcool em adolescentes está associado a uma série de prejuízos neuropsicológicos. Os efeitos decorrentes do consumo de drogas pelos adolescentes ocorrem em áreas cerebrais ainda em desenvolvimento e associadas a habilidades cognitivo-comportamentais que deveriam iniciar ou se firmar na adolescência. Rigoni *et al.* (2007) aponta um obstáculo no cuidado de adolescentes, referente a adolescência muitas vezes encontra-se no início do uso de drogas, não sendo atingidos, ainda prejuízos em suas capacidades cognitivas e por isso não chegando aos serviços de atendimento especializados.

As cinco principais motivações que as equipes identificam para **explicar o uso de drogas na adolescência** foram "ambiente desorganizado no lar", "abuso de substâncias pelos pais ou familiares", "curiosidade", "falta proximidade e envolvimento dos pais na vida dos filhos" e "vulnerabilidades econômicas e sociais".

Tal entendimento da equipe corrobora com Andrade *et al.* (2012) que apreende entre os fatores de risco associados ao consumo drogas por adolescentes são "consumo de bebidas alcoólicas pelos pais, baixa escolaridade, classe social baixa, frágil vínculo escolar, ocorrência de reprovações escolares, influência de amigos e colegas, e comportamento antissocial" (p.1732).

Destarte, mostra-se imprescindível ações de prevenção ao uso de drogas para adolescentes a partir dos 11 anos, assim como trabalho continuado com os pais, uma vez que a relação família e social mostra-se o principal fator de risco apontado pelas pesquisas.

Sobre os **atendimentos oferecidos aos adolescentes**, todos os serviços participantes da pesquisa sinalizaram que os principais são "atendimento à família", "atendimento individual" e "visitas e atendimentos domiciliares".

14 serviços citaram que realizam "ações intersetoriais com a rede" e "atendimento medicamentoso". 12 serviços sinalizaram que realizam "atendimento em oficinas terapêuticas" e 10 serviços que

realizam “atendimento em grupos” e “psicoterapia”. Ainda, seis serviços sinalizaram oferecer “atendimento de desintoxicação”, “atividades de suporte social” e “psicoterapia em grupo”.

Pode-se sinalizar como fator potencial as atividades destinadas para família e com a rede, uma vez que todos os serviços sinalizaram realizar atividades voltadas para ações intersetoriais e com foco na clínica ampliada, ou seja, não apenas no adolescente em sofrimento psíquico, mas no seu contexto mais amplo através de atendimentos familiares e visitas domiciliares.

Em menor representação entre os serviços prestados aos adolescentes, foram mencionados por quatro serviços a realização de “atividades comunitárias enfocando a integração do usuário na comunidade e sua inserção familiar e social”; e por dois serviços que oferecem “leitos de acolhimento noturno”.

O CAPS tem como princípios a territorialidade e a inserção social de seus usuários, como forma de cuidado. Ou seja, as atividades do CAPS devem impreterivelmente garantir um ambiente acolhedor, coletivo e aberto. “O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p. 13).

Deste modo, verifica-se que alguns CAPS participantes da pesquisa não disponibilizam espaços coletivos de cuidado, como o atendimento em grupo, o qual é preconizado na Portaria n.º 336/20002 que regulamenta os CAPS. Assim como as atividades comunitárias enfocando a integração do usuário na sociedade é sinalizada por quatro serviços, mostrando ser um dispositivo de cuidado pouco utilizado nos serviços.

Outro dado encontrado é que os sete CAPSi participantes da pesquisa realizam **grupos específicos para adolescentes**. Nestes termos, depreende-se que a oferta de espaços de cuidados consoantes com a faixa etária está garantida, evidenciando a importância do cuidado de adolescentes em um serviço destinado a este público.

Os CAPSad e CAPS III participantes da pesquisa revelam não ofertar espaços de atendimento em grupo apenas para adolescentes, ou seja, os espaços de cuidado em grupo são ofertados para o usuários em geral, não garantindo as particularidades de cuidado ao adolescente. Um dos serviços refere que não oferece tal atendimentos porque não há adesão, como ilustra a seguinte manifestação *“Já foram ofertados em*

outras épocas, mas sempre com baixa adesão, então se optou incluir os adolescentes nos outros grupos" (CAPSad 7).

Vasters e Pillon (2011) asseveram que existe fatores relacionados a adesão do adolescente no tratamento, como equipe multiprofissional capacitada para o atendimento de adolescentes, com foco no vínculo e acolhimento tanto do adolescente quanto de sua família. Que a equipe desenvolva atividades que envolvam e motivem os adolescentes a participar; e que estas possam ir ao encontro dos interesses dos jovens em tratamento. Ainda, as autoras afirmam ser mais efetivo para as atividades coletivas que sejam de pessoas da mesma faixa etária em tratamento, pois os objetivos tornam-se próximos e diminui o risco de a atividade não fazer sentido para o adolescente devido não estar consoante as necessidades do grupos.

Aspectos contemplados na abordagem com o adolescente em tratamento, como organização das atividades de vida diária e prática, as estratégias de enfrentamento de conflito e dos próprios sentimentos, a construção de relações mais saudáveis e sobre suas perspectivas e projetos de vida que podem incluir os aspectos relacionados à educação, trabalho e formação pessoal são temas relevantes e que se fazem necessários no atendimento a este público. Outros fatores apontados pelas autoras referem-se a localização do serviço, e a disponibilidade de horários de acolhimento em períodos como noites e finais de semana (VASTERS E PILLON, 2011).

Deste modo, verifica-se que os CAPSi garantem um cuidado mais direcionado aos adolescentes, uma vez que disponibilizam espaços de cuidado apenas para os adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas. Tal fato reforça que o adolescente antes de estar fazendo uso de drogas, está numa faixa etária que necessita de um atendimento diferenciado, o que não é possível garantir em espaços como o CAPSad que atende adultos com transtornos decorrentes do uso de drogas. Sugere-se que para os CAPSad os esforços direcionam para o adulto, não favorecendo a adesão de adolescentes ao tratamento.

Há que considerar que a adesão de adolescentes ao tratamento tem peculiaridades como que ainda não vivenciou as perdas que o adulto já passou devido consumo abusivo de drogas, outro fator é que os adolescentes dificilmente buscam tratamento para uso abusivo de drogas e, quando o fazem, na maioria das vezes é encaminhado pelos pais ou pela justiça, e o abandonam precocemente, ou seja, antes das intervenções possibilitarem modificações eficazes. Deste modo, é premente que o serviço considere "a importância de o tratamento preconizar a atenção às diferentes esferas da vida do adolescente, de modo que esse perceba as

modificações e contribuições decorrentes do tratamento, como estímulo à sua continuidade e efetividade" (VASTERS e PILLON, 2011, Tela 6).

Destaca-se que o grupo é um dos recursos consentâneo as necessidades de tratamento de adolescentes com problemas decorrentes do uso de drogas, pois é uma estratégia de saúde mental que preconiza os princípios da Reforma Psiquiátrica. A partir da escuta, troca de experiências, autoconhecimento e vínculo com o outro é possível oferecer apoio mútuo e promoção da saúde mental. Kaminer e Szobot (2012) asseveram que a modalidade em grupo é uma estratégia de interesse dos adolescentes, independente da abordagem teórica. Esta técnica possibilita treinamento das habilidades sociais, facilita mudanças cognitivas, afetivas e comportamentais. Ainda, conviver com outros jovens sobre a mesma temática possibilita vivenciar pressões grupais que os mesmos passam cotidianamente e serem trabalhadas terapeuticamente. Nesta faixa etária o grupo assume um papel importante na vida destes; conduto as autoras sugerem para os grupos que "algumas precauções são indicadas, como não envolver perfis muito diferentes de pacientes" (KAMINER e SZOBOT, 2012, p. 166). Além disso, asseveram a importância do espaço individual de escuta do adolescente.

Outro questionamento aos serviços dizia respeito às **principais estratégias utilizadas para atendimento de adolescentes** com transtornos decorrentes do uso de drogas. É pertinente considerar que termo estratégia é aqui utilizado como o caminho ou o procedimento terapêutico empregado para atingir determinado objetivo.

As principais estratégias apontadas pelos serviços pesquisados são elencadas a seguir; o número entre parênteses apresentado em seguida à estratégia se refere ao quantitativo de serviços que a indicaram.

- "Plano terapêutico individual/singular" (12); "Estratégias de Redução de Danos" (11) e "Passeios Culturais" (11); "Atividades de inserção social assistidos por profissional" (10); "Ações com base na Clínica Ampliada" (9) ; "Intervenção na escola" (9); "Matriciamento com a ESF" (9); "Artesanato" (9); "Uso assistido de medicação" (9); "Internação hospitalar" (8); "Atividade física" (8); "Assembleias com usuários" (6); "Atividade profissionalizante" (5) ; "Grupos de Educação em saúde" (5); "Prevenção recaída" (5); "Terapia cognitivo comportamental" (4); "Entrevista motivacional" (3); "Terapia de orientação psicanalítica" (3); "Musicoterapia" (3); "Grupos de Psicoeducação" (2) ; "Terapia comunitária" (2); "Terapia Sistêmica" (2); "Consultório de rua" (1); "Grupo de Alcoólicos Anônimos/AA" (1) "Grupo de Narcóticos Anônimos/NA" (1).

É possível observar que a principal estratégia utilizada pelos CAPS participantes é "Plano terapêutico individual/singular". Projeto terapêutico singular é uma ´diretriz da Política Nacional de Humanização – PNH, a qual conceitua como "um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário" (BRASIL, 2008, p. 40).

Este dispositivo de cuidado é uma importante ferramenta, pois propicia uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários em espaços de atenção à saúde mental. O nome Projeto Terapêutico Singular "destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação." (BRASIL, 2008, p. 40).

Costa-Rosa (2013) discorre que o CAPS não deve centrar suas ações em torno de atividades individuais; pois pode perder, com isso, totalmente de vista a dimensão da Demanda Social em sua complexidade e abrangência territorial. Stella *et al.* (2009) afirmam que atividades como oficinas, esportes, passeios culturais, lazer mostra que o modelo em saúde mental não pode estar centrado num modelo médico de cuidado. Que ações como esta incentivam aos profissionais trabalharem com suas formação acadêmica e com as habilidades pessoais e de vida para lidar com o cotiado, além do que coloca como uma situação inerente o trabalho interdisciplinar de cuidado aos usuários.

Deste modo, visualiza-se que a direção metodológica dos CAPS vai ao encontro da política de saúde mental e das necessidades dos usuários. Observa-se também que a flexibilidade na escolha de determinada estratégia é influenciada pela experiência do profissional e da equipe, referencial teórico e objetivo. O contexto e as novas demandas da atenção psicossocial também influenciam na escolha das estratégias, e em geral precisam de adaptações para atender às peculiaridades de cada caso.

Complementar a estratégia terapêutica utilizada nos CAPS, outro questionamento aos participantes da pesquisa refere-se à **abordagem teórica** utilizada. Considera-se abordagem teórica uma tese que apresenta o resultado de investigação complexa e aprofundada sobre temas mais ou menos amplos, com defesa de uma ideia ou de um ponto de vista.

Deste modo, torna-se premente conhecer as abordagens teóricas que direcionam as estratégias de cuidado com os usuários na saúde mental. Na pesquisa evidenciou-se que as equipes de nove serviços

seguem uma abordagem teórica, cinco referiram não seguir uma abordagem teórica e um serviço não respondeu.

Dos nove serviços que afirmaram que a equipe segue uma abordagem teórica em suas ações, sete referiram ter suas ações embasadas na Atenção Psicossocial; um serviço referiu Psicologia Social e outro na Abordagem Sistêmica.

A Atenção Psicossocial é o conjunto de ações realizadas no campo da saúde mental, geralmente denominadas tratamento, cuidado, promoção e mesmo atenção. Nas últimas décadas, desde que o Ministério da Saúde estabeleceu a Atenção Psicossocial como política pública nacional, delimitou-se um campo de saberes que substitui a psiquiatria centrada nas práticas hospitalares e médicas. Todavia, embora considerada inadequada a prática centrada no hospital, está continua sendo percebida nas práticas cotidianas. Tal fato pode ser exemplificado na referência à "internação hospitalar" como uma estratégia de cuidado com adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas encontrada nas respostas de oito dos serviços pesquisados.

É importante elucidar que a Estratégia Atenção Psicossocial não é sinônimo de Estratégia Caps. A "Atenção Psicossocial se caracteriza por um conjunto de práticas cujo arcabouço teórico-técnico e ético-político caminha na direção da superação paradigmática da psiquiatria asilar" (COSTA-ROSA, 2013, p. 22). Atenção Psicossocial é um exercício de uma estratégia territorial baseada numa rede de práticas e dispositivos, e intercâmbios efetivos com os outros dispositivos do território que compõem a rede de Atenção à saúde, como a Estratégia Saúde da Família e a Atenção Básica; e com outros setores do território, sobretudo, a cultura, os esportes e o trabalho.

Em relação ao atendimento às **famílias** dos adolescentes atendidos, no que se refere à tipo de atendimento, 14 serviços realizam "Atendimento familiar"; nove serviços realizam também "Atendimento individual"; e sete serviços "Reuniões periódicas" e "Grupo de Apoio"; três serviços oferecem "Terapia Familiar". Citado por apenas um serviço, foram os atendimentos no modelo de "Grupo psicoterapêutico"; "Atendimento domiciliar"; "Reuniões intersetoriais" e "Artesanato".

A periodicidade dos atendimentos a famílias para onze serviços é semanal; dois realizam em mais de duas vezes na semana e um serviço realiza quinzenalmente. O CAPS III não respondeu, pois assevera que a responsabilidade do serviço é apenas pelo acolhimento noturno dos adolescentes.

Payá (2014) assegura que a família e a sua estrutura de funcionamento pode representar um fator de risco ou de proteção para o

desenvolvimento de adolescentes. Diversos estudos apontam para relação de abuso de drogas pelos pais e consequentemente ocorrer abuso de drogas pelo filho, assim como outros comportamentos vulneráveis, como violências, tráfico de drogas, etc.

Deste modo, é necessário o acompanhamento continuo de famílias com adolescentes com problemas decorrentes do uso de drogas. Scivoletto (2001) destaca que a falta de apoio familiar ao adolescente, pode ocasionar no aumento de consumo de drogas por este, como sendo uma maneira de lidar com o estresse gerado pelo ambiente familiar conflituoso ou omisso. Sendo assim, verifica-se que o tratamento familiar está intrinsecamente ligado ao tratamento do adolescente com problemas decorrentes do uso de drogas.

Em projeto de pesquisa e extensão "Familiares Parceiros do Cuidado", Delgado (2014) discorre que a metodologia dos grupos de ajuda mútua entre os familiares, promove o compartilhamento das difíceis experiências do cuidado, o que possibilita aliviar o sofrimento decorrente da situação de ter um familiar com transtorno mental, e permite a identificação com os pares e a solução de problemas no coletivos. Deste modo, é importante os espaços coletivos de cuidado que os CAPS pesquisados disponibilizam as famílias como meio de apoio mútuo e solidário.

O acompanhamento de famílias em relação a adolescentes tem como intuito dirimir as dificuldades de cuidado; auxiliar na adaptação das famílias em relação a inserção dos adolescentes na escola e sociedade; facilitar ações benéficas para o desenvolvimento maturação do adolescente; e fortalecer o processo de diálogo sobre os filhos e de assuntos muitas vezes encarados como tabu. A intervenção grupal deve objetivar refletir sobre questões referentes ao cotidiano das famílias e relacionamento pais e filhos, "na busca do fortalecimento e da proatividade dos cuidadores, indo além da discussão sobre drogas e suas implicações" (PAYÁ, 2014, p.285).

Em relação a **avaliação de melhora dos adolescentes** que fazem uso de drogas, foi solicitado destaque para três critérios utilizados pela equipe. O critério mais vezes mencionado por 14 serviços foi "retomada das redes e laços sociais (família, escola, emprego)"; o segundo citado por dez serviços foi "redução de consumo de drogas" e o terceiro citado por oito serviços foi "melhora nas condições clínicas e intercorrências".

Há que considerar que existem diferenças clínicas na avaliação de melhora entre adolescentes e adultos; pois o adolescente geralmente não apresenta sintomas físicos de dependência, seja tolerância ou abstinência. Deste modo, segundo Scivoletto (2001) é preciso aumentar a

avaliação em relação a mudanças comportamentais, em detrimento a sintomas físicos de dependência. Ainda, a autora assevera que "estudos mostram maior incidência de alterações comportamentais e problemas psicológicos entre adolescentes usuários de drogas do que entre adultos" (p.68).

Ou seja, os critérios utilizados pelas equipes vai ao encontro das necessidades do ciclo de vida do adolescente. Pois os dois primeiros critérios utilizados pelo CAPS avaliam comportamento, função com maior alteração em adolescentes com problemas devido uso de drogas. O terceiro critério "melhora nas condições clínicas e intercorrências", apesar de ser mais utilizado com adultos, que apresentam problemas clínicos em maior escala quando utilizam abusivamente drogas; há que considerar que em menor quantidade, mas adolescentes podem apresentar problemas de saúde e intercorrências, especialmente as relacionadas aos comportamentos impulsivos muitas vezes vivenciados pelos adolescentes.

O CAPS deve ser um serviço de "porta aberta", ou seja, deve acolher a demanda espontânea que chega no serviço cotidianamente, pois o primeiro contato fortaleceria o vínculo. Quatorze serviços afirmaram que realizam **acolhimento** da demanda espontânea e um serviço não respondeu. A periodicidade de acolhimento é diária exceto finais de semana em 13 serviços; e um serviço afirmou que ocorre de uma ou duas vezes na semana. O serviço que não realiza acolhimento diariamente aos usuários não está em consonância aos princípios da reforma psiquiátrica e do SUS, que preconizam a Universalidade, Equidade e Integralidade das ações de cuidado. Esses princípios demonstram que ações precisam ser desenvolvidas para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e tratamento, com foco no enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde.

A seguir são elencados os profissionais que realizam o acolhimento; o número entre parênteses apresentado em seguida ao profissional se refere ao quantitativo de serviços que o mencionaram: Assistente Social (14); Psicólogo (13); Enfermeiro (12); Terapeuta Ocupacional (11); Coordenador (10); Técnicos de Enfermagem (9); Médico Clínico Geral (5); Educador Físico (4); Médico Psiquiatra (4); Pedagogo (2); Médico Especialista em saúde mental (1); Médico Pediatra (1); Professor de Música (1); Educador social nível médio(1); e Auxiliar Administrativo (1).

Há que destacar que um CAPSi assevera que apenas uma categoria profissional realiza o acolhimento, sendo a Assistente Social.

A palavra “acolher”, em seus vários sentidos, expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir” (Dicionário Aurélio). O acolhimento expressa uma ação de aproximação, ou seja, uma atitude de inclusão, e nesse sentido que o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2011).

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz de produção de saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, garantia de acesso, responsabilização e na construção de vínculo. O acolhimento enquanto estratégia de intervenção permite analisar o processo de trabalho com foco nas relações profissional/usuário/rede social, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2011).

O acolhimento é uma postura ética; “por isso não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções” (BRASIL, 2011, p.77). Deste modo, o profissional que acolhe deve ter para si o processo de corresponsabilização e cuidado integral, em um processo de inclusão que vai além de recepcionar ou realizar uma triagem.

Sendo assim, há que considerar necessária a revisão das formas de acolhimento preconizadas pelos CAPS pesquisados. O acolhimento deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde, assim como todos os profissionais devem adquirir uma postura ética consoante com o acolhimento. A definição de profissionais específicos e dias específicos vão na contramão da Política Nacional de Humanização e do acesso aos adolescentes que necessitam do atendimento em saúde mental.

A Lei nº 10.216/2001 que redireciona o modelo de atendimento em saúde mental e propõe uma rede diversificada de serviços de base comunitária e territorial, depreende que a rede de saúde deve garantir o acesso a cuidados em saúde mental com base na clínica ampliada e com articulação intersetorial, tendo como diretriz central a reinserção social. Os serviços de saúde mental de atenção a infância e adolescência precisam extrapolar sua função social, ou seja, o fazer técnico do tratar deve incluir ações como “acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas” (BRASIL, 2014, p. 27). Garantindo assim o cuidado integral e o direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, considerando as singularidades de cada um e suas condições.

Sendo assim, questionou-se aos serviços participantes da

pesquisa sobre ações de **(re) inserção social.** 13 serviços afirmaram que realizam atividades de inserção social; um não realiza e outro não respondeu. As principais estratégias de inserção social são elencadas a seguir; o número entre parênteses apresentado em seguida à atividade se refere ao quantitativo de serviços que a mencionaram: Inserção escolar (12); Atendimento familiar (11); Atividades sociais que auxiliem na autonomia do adolescente (10); Atividades de vida diária e Atividade de Vida Prática (08); Cursos de qualificação e Cursos Profissionalizantes (5).

Pensar na (re) inserção social de adolescentes, remete a necessidade de inovar a atuação dos profissionais da saúde, para que o atendimento não se limite ao cenário do CAPS, e realmente garanta os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, que é complexo e envolve aspectos biológicos, sociais, políticos e culturais do indivíduo em sofrimento psíquico. É efetivo na atenção infanto juvenil, "que os serviços de saúde promovam articulações intersetoriais que contemplarão, por meio de outras políticas sociais, a demanda então produzida apenas dentro daqueles" (BRASIL, 2014, p. 26).

Assim, observa-se ações dos CAPS pesquisados no sentido da inserção social do adolescente com problemas decorrentes do uso de drogas, contudo devido essa faixa etária, é premente ações intersetoriais, uma vez que devem ser garantidos espaços de cuidado na área de educação, justiça, cultura, lazer, etc. Neste sentido, é imprescindível o contato com a rede intersetorial, para uma resposta potente aos problemas de saúde mental, álcool e outras drogas.

A **redução de danos** é uma importante estratégia de cuidado da reforma psiquiátrica. Está estratégia nasce como uma opção de cuidado, que até então estava centrada na prerrogativa da abstinência como única maneira de cuidado para pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas. Sendo assim, a perspectiva muda da preocupação em eliminar o causador de doenças para uma "compreensão mais ampla e interdisciplinar, que considere o contexto e o sistema de relação entre indivíduos, grupos e sociedade" (RONZANI e SILVA, 2014, p.151).

Dos serviços participantes da pesquisa, nove serviços relataram que utilizam a estratégia de Redução de Danos com adolescentes. Cinco serviços não utilizam esta estratégia; e um serviço não respondeu. As principais estratégias de redução de danos utilizadas pelos serviços que a utilizam são elencadas a seguir; o número entre parênteses apresentado em seguida à estratégia se refere ao quantitativo de serviços que a mencionaram "Orientações para reduzir o uso de drogas" (8); "Orientações para hábitos menos nocivos associados ao uso de drogas" (7); "Fornecimento de preservativos" (6); "Orientação para substituição

de uma substância mais nociva, por outra menos letal" (5).

Em relação a percepção da equipe sobre a efetividade da utilização da perspectiva de redução de danos com adolescentes, oito serviços avaliam positivamente a utilização de estratégias de redução de danos com adolescentes. Dois serviços apontam como não sendo efetiva esta estratégia com adolescentes e cinco serviços não responderam.

Um dos serviços pesquisados assevera que *"A equipe é dividida na opinião da efetividade da redução de danos para adolescentes, assim como em qual unidade de saúde mental deveria ser atendido (CAPSi ou CAPSAD), e utilizam RD, mas não consideram efetivo"* (CAPSi 1).

Apesar de parecer estar superado a ideia preconcebida de que a Redução de Danos pode incentivar o uso de drogas, ainda alguns profissionais mostram-se receosos a utilização desta estratégia. É importante destacar que a Redução de Danos extrapola uma estratégia de cuidado, para efetivamente mostrar-se como uma perspectiva de cuidado. Ou seja, a equipe pode utilizar os princípios da Redução de Danos como norteadores para o tratamento do adolescente, considerando as singularidades do mesmo.

Redução de danos, para Ronzani e Silva (2014, p. 152) "não é uma pratica incentivadora do consumo de substancias, mas ações humanitárias que respeitam os direitos das pessoas e se preocupam em minimizar os riscos advindos de comportamentos de consumo de drogas sem ter a exigência primaria sua interrupção imediata".

Utilizar a Redução de Danos como perspectiva de cuidado é organizar ações de cuidado e de prevenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas. Aspectos que se fazem norteadores neste processo são garantir a efetividade da política de saúde mental e em soluções criativas de cuidado; enfatizar que os danos são complexos e não isolados; respeitar os direitos e vontades dos usuários; fomentar praticas inclusivas e fortalecer o protagonismo e autonomia dos adolescentes" (RONZANI e SILVA, 2014). Deste modo, observa-se que é consoante com a Política de Garantia de Direitos das Crianças e Adolescentes que preconizam atendimento integral e que os mesmos são sujeitos de direitos, os quais devem ser respeitados. Ronzani e Silva (2014) apontam que as dificuldades de implantação das estratégias de redução e danos geralmente está relacionada a resistência, preconceito e estigma de profissionais sobre as drogas.

Destaca-se que a redução de danos pode contribuir para ampliação do cuidado e de ações sistêmicas. Foca-se na "redução de riscos e danos relacionados a todo tipo de consumo potencialmente prejudicial" (RONZANI e SILVA, 2014, p.164). Ou seja, pode adaptar-

se ao público alvo e espaço onde estará sendo utilizada.

Iniciativas utilizadas pelos serviços de saúde mental (CAPSi, CAPSad e CAPS III) no que se refere articulação com a rede intersetorial (saúde, assistência social, educação e justiça) na assistência ao adolescente com transtornos decorrentes do uso de drogas;

A articulação em rede é uma das premissas da Portaria n.º 3088 que no Artigo 2º, dentre as diretrizes dispõem "X -organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado".

Segundo Couto e Delgado (2010) a política de saúde mental infantil brasileira tem como princípio a intersetorialidade, pois existe uma disseminação da assistência por diferentes setores públicos, principalmente os da assistência social, educação, saúde geral, justiça e direitos. Deste modo, faz da intersetorialidade um ponto de partida para implantação e gestão da saúde mental infantil.

No que diz respeito à frequência com que ocorre a **articulação do serviço com outros serviços de saúde**, Oito serviços afirmaram manter a frequência "Sempre, constantemente"; quatro "Muitas vezes" e dois "Algumas vezes". Um serviço não respondeu.

Já em relação à frequência com que ocorre a **articulação do serviço com outros serviços de rede de atenção**, dez serviços asseveram que a articulação com outros serviços da rede (assistência social, justiça, educação, etc.) ocorre "Sempre, constantemente"; três serviços mencionaram "Muitas vezes" e um serviço afirmou que ocorre "Algumas vezes". Um serviço não respondeu.

Os principais serviços que os CAPS afirmaram que mantêm contato, estão elencados a seguir; o número entre parênteses apresentado em seguida à atividade se refere ao quantitativo de serviços que os mencionaram: Assistência Social – CRAS (14); Abrigos municipais (13); Assistência Social – CREAS (12); Poder Judiciário (12); Unidade Básica de Saúde – ESF (12); Ministério Público (11); Outros CAPS (11); Educação – Rede de ensino (8); Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF (7); Comunidades Terapêuticas (5); Equipe de redução de danos (2).

Em relação à **forma de contato** que os CAPS mantêm com a rede, 14 serviços afirmaram ser por "Contato por telefone" e "Reunião para discussão de caso". 13 serviços utilizam a "Referência e contra referência"; oito serviços mencionaram "Ações em datas de

comemoração"; sete serviços citaram que realizam o "Matriciamento"; seis serviços realizam "Atendimento em conjunto".

A utilização da estratégia do matriciamento das ações de Atenção junto Estratégia Saúde da Família e às Unidades Básicas de Saúde integram a atenção psicossocial. "Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica" (CHIAVERINI, 2011, p. 13).

O matriciamento em Saúde Mental pode ser um importante fomentador das ações de integralidade em Saúde, e foi fortalecida pelo Ministério da Saúde como política do SUS, conforme a Portaria n.º 154/2008, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (COSTA-ROSA, 2013). O matriciamento tem como intuito transformar a lógica tradicional dos serviços de saúde que são encaminhamentos, referências e contra referências. Os efeitos burocráticos e pouco efetivos da lógica tradicional, podem ser minimizados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais (CHIAVERINI, 2011). No entanto, verifica-se que metade dos serviços pesquisados não utilizam o matriciamento como forma de fortalecer a rede, torna-se premente capacitação que fomente o uso desta importante estratégia.

Em relação às Comunidades Terapêuticas, as quais fazem apesar de diferirem dos CAPS em relação a proposta de cuidado, o Ministério da Saúde no intuito de buscar alternativas de atenção aos usuários de drogas, abriu edital para que os municípios pudessem realizar convênio com as Comunidades Terapêuticas. Na pesquisa nove CAPS afirmaram que possuem convênio com Comunidade Terapêutica, um afirmou que possui convenio através do edital do Ministério da Saúde, deste modo, oito serviços realizam convênio por iniciativas municipais. Quatro serviços afirmaram que não possuem convênio com Comunidades Terapêuticas.

Raupp (2008) em uma pesquisa sobre tratamento destinado a adolescentes em uma comunidade terapêutica evidenciou que a CT proporciona "continência, segurança e acolhimento aos adolescentes" (p.366), no entanto o "modelo moral que embasava o tratamento dificultava o desenvolvimento de suas singularidades e potencialidades e, consequentemente, o alcance de uma recuperação duradoura" (p.366). Deste modo, Raupp (2008) concluiu que existe discrepância entre o proposto pelas políticas públicas e a realidade da comunidade terapêutica. Destaca-se a necessidade de pesquisas sobre a efetividade dos convênios firmados entre as Secretarias municipais e as comunidades terapêuticas; pois uma vez que é investido recursos públicos, estes deveriam ser

aplicados em projetos e medidas efetivas para auxílio na recuperação dos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas.

Potencialidades e dificuldades identificadas pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental (CAPSi, CAPSad e CAPS III) referente a assistência do adolescente com transtornos decorrentes do uso de drogas.

A presente pesquisa nas questões abertas questionou sobre as potencialidades que os serviços identificam no cotidiano das ações. As principais potencialidades apontadas foram Acolhimento do usuário e da família; Trabalho em rede, especialmente com as escolas; Equipe multiprofissional, comprometimento e vínculo; Assumir que os adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas devem ser atendidos no CAPSi também é referenciado por um serviço "Saímos da fase de negação" (CAPSi 6); Garantia de direitos do cuidado de adolescentes; Apoio Matricial Consolidado; Redução de Danos, conforme citado por um serviço que asseveram ter um "Olhar da redução de danos, atendimento não preconceituoso, não estigmatizante, e singularizar o cuidado" (CAPSad 9).

Dois serviços descrevem que a estratégia utilizada no município é que adolescentes até 16 anos são atendidos no CAPSi e acima de 16 anos no CAPSad, conforme referência "Na verdade nossa demanda para adolescentes é pequena. Por um combinado entre CAPS Infantil e CAPS ad atendemos adolescentes na faixa etária de 16a. quando esses fazem uso abusivo/prejudicial de substâncias" (CAPSad 6) e "hoje no município de XX o CAPS ll ad atende adolescente acima de 15 anos e o CAPSi menores 15 anos" (CAPSad 3).

Já em relação as fragilidades percebidas pelos serviços pesquisados, foram citados Dificuldade de adesão e vínculo dos adolescentes ao serviço; Forma de encaminhamento impositivo dos adolescentes (Conselho Tutelar, Ministério Público e Poder Judiciário); Necessidade de maior comprometimento familiar; Atendimento de casos que também apresentam atos infracionais associados; Necessidade de capacitação para atendimento de adolescentes; Falta de critérios para o diagnóstico diferencial para o plano terapêutico quando o transtorno é pelo uso ou pelo transtorno disruptivo; Pouco recurso para atividade esportivas, culturais e de profissionalização para os adolescentes entre 15 e 18 anos, que ainda estão estudando no 1º grau; Falta de articulação capsi/capsad/nasf - Rede estratificada; Visão manicomial da população ainda atuando de forma hegemônica; Falta de apoio, de outros serviços

no município; Equipe abaixo da mínima preconizada pelo Portaria n.º 336/2002, acarretando em descontinuidade do trabalho; O CAPSad está estruturado para adulto, não contemplando atividades direcionadas para adolescentes; e Falta de formação específica da equipe sobre adolescentes.

Quando questionado às equipes se os CAPS onde atuam conseguem **atender as necessidades** do público juvenil com transtornos decorrentes do uso de drogas, dez sinalizam que "algumas vezes" conseguem; dois sinalizam que "muitas vezes" conseguem; e um serviço aponta que "sempre," consegue. Um serviço sinalizou que "quase nunca" consegue atender as necessidades destes público e um serviço não respondeu.

Outra questão refere-se a qual percepção das equipes participantes da pesquisa entendem que seria a **Unidade de saúde mental responsável pelo cuidado dos adolescentes** com transtornos decorrentes do uso de drogas; nove serviços destacam que a deveria ser o CAPSi e um menciona que deveria ser o CAPSad. Outro serviço citou que deveria ser um CAPSadi; outro serviço eu deveria ser a UBS/NASF e um serviço mencionou que deveria ser a Rede de Atenção Psicossocial. Um citou que CAPSi e CAPSad deveriam ser responsáveis por esta demanda, o que definiria são critérios de avaliação. Um serviço não respondeu.

Em relação a outros temas que a pesquisa não questionou, os serviços pesquisados sugeriram os seguintes temas: internação hospitalar para desintoxicação de adolescentes e a escassez de leitos psiquiátricos para adolescentes; dificuldades relacionadas ao matriciamento; e a relação entre atendimento adolescentes com transtornos usuários de drogas e a justiça (Ministério público, Poder Judiciário e Conselho Tutelar).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência é caracterizada pela vulnerabilidade a alguns comportamentos de risco, como o uso de álcool e outras drogas. A definição do tratamento mais adequado a essa faixa etária ainda é bastante complexo e com muitas discussões, pois devem considerar aspectos culturais, interpessoais, psicológicos e biológicos de cada grupo.

Pretendeu-se, com essa pesquisa, obter informações referentes à realidade da assistência oferecida no estado de Santa Catarina para adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas. De modo que pudesse fornecer informações que subsidiem possibilidades de melhoria no atendimento aos adolescentes usuários de drogas. Ainda, objetivou

promover entre as equipes pesquisadas reflexões sobre as principais estratégias terapêuticas utilizadas com estes adolescentes, visto que há uma lacuna de diretrizes em relação ao atendimento deste público.

Deste modo, a dimensão dos dados levantados possibilitou visualizar a complexidade do tema estudado. Não há pretensão de se esgotar o assunto nesta pesquisa, de todo modo, busca-se levantar estas lacunas a serem pesquisadas. Ainda, é importante considerar que a pesquisa possibilitou reflexão sobre a assistência de adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas, como citado por um serviço "O questionário proporcionou reflexão nos fazeres da equipe" (CAPSad 4); e em outros momentos foram citados pelas equipes questões de impasse em responder as perguntas, como por exemplo em relação a Redução de Danos que uma equipe depreende que existe divergências na equipe quanto a efetividade do uso desta estratégia com adolescentes.

Em relação a caracterização das estratégias utilizadas pelos serviços de saúde mental para adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas, observa-se que todos os CAPSi de estado de Santa Catarina atendem este público. Dos onze CAPSad existentes no estado, dois não responderam à pesquisa. Quatro CAPSad afirmaram não atender adolescentes, justificaram que como nos municípios existe CAPSi, ele atende à demanda dos adolescentes. Já os CAPS III, verificou que apenas um afirmou atender adolescentes, devido ser um CAPSad III, no entanto, deixou a maioria dos questionamentos sem resposta devido justificativa que para adolescentes apenas realiza o acolhimento noturno, quando necessário.

Há que considerar que em 2011 o Ministério da Saúde dispõem da Portaria n.º 3088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial, a qual dentre seus objetivos consta "garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências". Sendo assim, a rede quando articulada, compartilha modos de fazer e concepção de cuidado, para que o acolhimento extrapole uma ação, para ser uma perspectiva de cuidado. Sendo assim, sugere-se que os CAPSs, mesmo que de diferentes modalidades, devem manter uma articulação em relação ao cuidado de determinado público.

Destarte, em relação aos quinze CAPS que atendem adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas (sete CAPSi; sete CAPSad e um CAPSad III) pode-se concluir que a média de adolescentes atendidos pelos serviços é de dez no mês. No que se refere a concepção de adolescência há discrepâncias entre as equipes, que dividem-se entre o predomínio de os aspectos biológicos ou sociais. Todavia, a maioria dos

serviços estão em consonância com uma compreensão singularizada da adolescência e que leve em consideração os determinantes sociais.

Sobre as principais drogas utilizadas pelos adolescentes, foi referenciado a maconha, álcool e o crack. Tal informação corrobora com a literatura pesquisada no que se refere aos tipos de substâncias, mas difere em relação a principal droga utilizada pelos adolescentes quando na literatura aponta-se para o álcool e a presente pesquisa inferiu a maconha. Já em relação aos motivos que levam os adolescentes a fazerem uso de drogas, os dados levantados corroboram com a literatura pesquisada, quando denotam como as principais influencias: a relação conflituosa ou distante com os pais; uso de drogas pelos genitores; ambiente desprotegido e vulnerável; e curiosidade devido grupo de amigos ou a própria fase da adolescência.

Os CAPS denotaram que os principais atendimentos oferecidos a este público são atendimentos individuais, familiares, grupos, oficinas terapêuticas, psicoterapia, medicação e visitas domiciliares, tal dado vai ao encontro do que é preconizado pela Portaria n.º 336/2002. Sobre o atendimento em grupo, verificou-se que apenas os CAPSi oferecem grupos específicos para adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas; os CAPSad que atendem adolescentes, não possuem dispositivos grupais específicos para este público. Tal fato, pode estar relacionado aos problemas de adesão de adolescentes ao tratamento, que foi apontado por um CAPSad.

Em relação às estratégias utilizadas, ou seja, os meios que os serviços utilizam para atender o público juvenil verificou-se que são: Projeto terapêutico singular, Redução de danos, Passeios culturais, Inserção social especialmente com escolas, Clinica ampliada, Matriciamento com ESF, Uso assistido de medicação, Artesanato, Atividades física e Internação hospitalar. Todas as estratégias mencionadas pelos serviços vão ao encontro das necessidades dos adolescentes e a política de saúde mental.

Todavia, é pertinente uma reflexão sobre a internação hospitalar de adolescentes, uma vez que a internação para adolescentes ocorre eventualmente. Pois devido a vitalidade da tenra idade deste público, raramente apresentam complicação clínicas que necessitem da internação hospitalar; autores apontam que os adolescentes apresentam na maioria das vezes um comportamento alterado e disfuncional, com danos mais psicológicos do que clínicos. Deste modo, sugere-se que a internação hospitalar possivelmente pode ocorrer mais no intuito de controlar o uso deste adolescente em relação à droga, do que uma indicação clínica de internação. Observa-se uma discrepância em relação ao tratamento destes

adolescentes, visto que grupos terapêuticos e outros dispositivos deveriam ser ofertados direcionados ao público juvenil, em detrimento de indicações de internações hospitalares, conforme preconiza a Lei n.º 10.216/2001 e a literatura sobre adolescência.

Stella *et al.* (2009) em relação ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas, afirma que a "meta principal do atendimento é reconduzir a criança ao seu desenvolvimento normal e ao tratamento ambulatorial" (p.199). Todavia, a equipe devido dificuldades de adesão do adolescente e de abordar o prejuízo e o desgaste da família, indica a internação como primeiro passo. Há que considerar que se após alta hospitalar, a abstinência dificilmente se efetiva se a criança ou adolescente retorna a estrutura de vida que o levou a droga. Deste modo, Stella *et al.* (2009) ressaltam que o CAPS pode ser um recurso importante para o indivíduo lidar com a realidade externa e encontrar um espaço de proteção e cuidado.

Em relação a Redução de Danos nove serviços afirmaram utilizar esta estratégia, tendo como principais ações orientações e distribuição de preservativos. Alguns serviços denotaram dúvida quanto a efetividade do uso desta estratégia, o que pode ainda estar relacionado a questões de preconceitos sobre uso de drogas. A literatura estudada aponta ampliação desta estratégia, para uma visão de modelo de cuidado que respeita as decisões de seus usuários e os oferece cuidado em saúde sem julgamentos. Sugere-se a necessidade de pesquisas sobre a redução de danos e o cuidado com adolescentes, assim como capacitações para as equipes sobre este tema.

O acolhimento foi referenciado como um atendimento organizado em escalas de dias pela maioria dos serviços. Esta ação possibilita no serviço atendimento na hora que usuários necessitam. No entanto, ela não deve estar restrita a esta ação, deve ser permanente no fazer dos profissionais, no que se refere escutar e acolher o sofrimento do adolescente dentro de um espaço terapêutico de cuidado aberto e territorializado.

A abordagem teórica seguida pela maioria dos serviços é a Atenção psicossocial, está em consonância com os princípios da Reforma psiquiátrica e a Política de saúde mental. Uma vez que está perspectiva tem por base a estratégia territorial e em rede intersetorial; e que supere o modelo asilar e segregado de cuidado. Em relação ao atendimento das famílias do adolescente, verificou-se que todos os serviços realizam atendimento as famílias dos adolescentes em tratamento, sendo utilizado atendimento familiares e grupos de apoio como as principais estratégias.

No que se refere a avaliação de melhora do adolescente, as equipes identificaram como caraterísticas norteadoras a retomada de laços sociais, em especial a escola e família; diminuição do uso da droga e melhora de condições clínicas. A inserção social é trabalhada por todos os serviços, tendo como principal foco a família e a escola, espaços principais de socialização da criança e do adolescente. Há que considerar a necessidade dos serviços extrapolar estas práticas, pois para adolescentes o grupo social de amigos passa ocupar um lugar importante, deste modo ações emancipatórias e com grupos de amigos com escolhas mais saudáveis possivelmente auxiliem na adesão do adolescente ao tratamento.

A articulação com a rede de saúde e a rede intersetorial foi mencionada pelos serviços participantes que sempre mantem contato. Os principais serviços da Rede intersetorial que se mantem contato são a Assistência Social (CRAS, CREAS e Serviços de Acolhimento), Justiça (Ministério público e poder judiciários) e a Estratégia de Saúde da família – ESF. A forma de contato predominante ainda apresenta-se de maneira burocrática e pouco efetiva, sendo contato por telefone e referência e contra referência. Mas alguns serviços apontam para estratégias mais horizontais e efetivas, como matriciamento e discussão de casos.

As potencialidades identificadas pelas equipes pesquisadas referem-se equipe multiprofissional, o acolhimento e o trabalho em rede. Já as fragilidades depreendem a adesão do adolescente ao tratamento, imposição pelos órgão da justiça que este adolescente realize o tratamento, dificuldades de diagnóstico na adolescência, ausência de espaços grupais específicos para adolescentes, famílias que não apoiam os adolescentes, e a necessidade de capacitação sobre adolescência e o uso de drogas.

No geral, os CAPS afirmaram atender algumas vezes as necessidades dos adolescentes, e ocorreu por unanimidade em relação ao CAPSi ser o principal serviço de atendimento para adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas.

Está pesquisa buscou caracterizar a assistência aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas no estado de Santa Catarina, cuja a Portaria n.º 3088/2011 deixa tanto o CAPSi ou CAPSad como responsáveis por este atendimento de adolescentes. A legislação preconiza que CAPSi pode ser implantado em municípios com mais de 200.000 mil habitantes; deste modo, nos municípios com população entre 70.000 mil e 199.999 mil habitantes o CAPSad deveria atender este público juvenil com problemas decorrentes do uso de drogas. Municípios com menos de 70.000 mil habitantes, o CAPS I é o responsável pelo

atendimento de adolescentes. O que assevera-se a necessidade de pesquisas sobre a assistência de usuários de drogas nos CAPS I.

Na prática, ocorre dúvidas quanto a responsabilização pelo mandado clínico de cuidado dos adolescentes com problemas decorrentes do uso de drogas, pois nos municípios com CAPSi e CAPSad implantados, por vezes emergem questionamentos quanto local e efetividade de tratamento dos adolescentes com problemas decorrentes do uso de drogas. Uma estratégia identificada nesta pesquisa por alguns municípios é a divisão por idades, ou seja, até 14 anos o atendimento seria no CAPSi e após esta idade seria no CAPSad. Contudo, há que se considerar a efetividade desta estratégia, visto que pelos CAPSad foi apontado dificuldade de adesão dos adolescentes.

Já nos municípios onde possuem apenas CAPSad, verificou-se que dispõem de atendimento a adolescentes com problemas decorrentes do uso de drogas, no entanto estes jovens precisam de adequar as atividades coletivas propostas para os adultos. Ora, sabe-se que existe diferenças em relação ao uso de drogas, as consequências e peculiaridades de tratamento para adolescentes e adultos. Stella *et al.* (2009) destaca que "o uso de drogas tem maior impacto em crianças e adolescentes que nos adultos, porque, apesar de menor tempo de consumo, os jovens estão em desenvolvimento" (p.185). Ou seja, o uso de drogas na adolescência pode provocar interrupção no desenvolvimento cognitivo, físico e psicológico natural desta fase. Além disso, Stella *et al.* (2009) assevera que os jovens não associam rapidamente o padrão de uso de drogas as consequências negativas, e que os mesmos são menos motivados que os adultos para o tratamento.

Deste modo, devido à idade pueril dos jovens, a identificação nos grupos com pessoas adultas ocorre de maneira ínfima. Pois, as estruturas cognitivas e emocionais do adolescentes dificultam a compreensão em relação as perdas que o uso de drogas ocasiona na vida dos sujeitos. O adolescente geralmente apresenta uma história de vida marcada pela negligência, maus tratos, abandono afetivo e material; e o papel do tratamento é o acolhimento afetivo, espaço de proteção de cuidado, valorização na história de vida desse adolescente, abordagem social e familiar (novas formas de relacionamento e de organização familiar) e a reformulação de uma nova identidade e de padrões de identificação. A abordagem deve "propiciar um ambiente de proteção que é fundamental para o estabelecimento de novas perspectivas de vida, novos fazeres, além de estimular nova oportunidade à criança" (STELLA *et al.*, 2009, p. 203)

Os Centros de Atenção Psicossocial Crianças e Adolescente (CAPSi) são equipamentos estratégicos para o atendimento de crianças e

adolescentes com problemas mentais, incluindo os com transtornos decorrentes do uso de drogas. Em face disso, observa-se que os CAPSi dispõem de uma estrutura física, humana e de cuidado consentâneas as necessidades do público juvenil. Pois, garantem uma atenção aos adolescentes, respeitando as singularidades do adolescente e o momento de vida do mesmo. Entretanto, o serviço atende uma gama de patologias mentais a serem cuidadas no mesmo espaço, o que pode dificultar o atendimento.

Destarte, tal fato denota a necessidade de repensar as Políticas Públicas de atenção à saúde mental infanto-juvenil, inclusive em relação a estrutura física e humana para o desenvolvimento dos atendimento consentâneos as necessidades de cuidado de cada criança e adolescente em acompanhamento na Rede Psicossocial. Faz-se necessário pesquisas que direcionem para indicadores de tratamento de diversas patologias mentais na infância e adolescência em um único espaço terapêutico. Esse fato é demonstrado por um dos serviços pesquisados que relatou a equipe estar aceitando mais o atendimento da problemática de uso de drogas por adolescentes.

O CAPSad é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. O atendimento no CAPSad em alguns municípios supri o acolhimento da demanda de adolescentes, todavia deve-se ter atenção para não ocorrer de forçar o adolescente a ser adulto, quando colocado junto a outros adultos para tratamento, pois apesar de sua estrutura física já desenvolvida, aspectos psicológicos, cognitivos e sociais ainda estão em desenvolvimento.

Alguns indicadores de cuidado ao adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas aparecem nesta pesquisa, como o reconhecimento do **Adolescente como sujeito de direitos**, ou seja, valorização pela história de vida deste sujeitos, e não permitirmos que a droga seja o mais importante a relatar sobre sua vida, reconhecer a fase de desenvolvimento que a mesma se encontra e tudo que ela deverá vivenciar nesta etapa em termos cognitivos, sociais, psicológicos e biológicos.

A **corresponsabilização dos casos**, ou seja, o trabalho articulado com a rede de atendimento e com a rede social e familiar do adolescente. Estudos denotam fatores de risco ao uso de drogas como sendo relacionamentos fragilizados e negligentes na família; a falta de limites claros e coerentes, dificuldades de comunicação; pais ou familiares que fazem uso de drogas; falta de espaços para expressão de sentimentos; e falta de apoio e orientação. Deste modo, o trabalho com as famílias e com

a rede social do adolescente é imprescindível e deve ser continuado. E assim, serviço de saúde – CAPS, família e adolescente se corresponsabilizam pelo cuidado com o mesmo.

Os valores que norteiam a Política Nacional de Humanização - PNH são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde. Ou seja, por humanização compreende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (BRASIL, 2009).

Em relação as **estratégias de cuidado** para adolescentes, entende-se que o cuidado singularizado, equipes capacitadas, e o olhar da perspectiva da atenção psicossocial e da redução de danos favoreçam o cuidado com este público. A "atenção psicossocial tem como proposta compreender a determinação psíquica e sociocultural do processo saúde-doença" (STELLA *et al.*, 2009, p. 190). E para atuar nesta abordagem algumas propostas estão intrínsecas, como tratamento de base comunitária; clínica ampliada e trabalho interdisciplinar e intersetorial; horizontalidade das relação intra e inter institucionais; e atendimento integral e territorializado.

Já no que se refere a **intersetorialidade**, Couto e Delgado (2010) asseveram que "a ação intersetorial vem sendo, na atualidade, alçada como estratégia privilegiada para promoção da integralidade do cuidado por diferentes políticas públicas" (p. 279). As práticas intersetoriais são necessárias no enfrentamento de problemas reais e complexos, que demandem a interdisciplinaridade como frente as respostas dessas demandas, e onde conhecimentos estritamente especializadas não têm se mostrado satisfatórias.

E para tanto, faz-se necessário contemplar "ações de saúde, assistência social, educação e lazer em uma perspectiva do desencadeasse a inclusão social desses sujeitos expropriados nos seus direitos fundamentais" (STELLA, 2009, p.195), e deste modo garantindo espaços de proteção, inclusão social e resgate da cidadania, possibilitando-os pensar em projetos de vida mais saudáveis.

Saraceno (1999) assevera que o serviço deve ter uma alta integração interna e externa, ou seja, onde a flexibilidade dos saberes e das intervenções se sobrepõe à segregação dos mesmos. Tal conduta garante melhora qualitativa na assistência. Trabalhar em rede intersetorial, na perspectiva interdisciplinar, é imprescindível para o avanço da rede pública no cuidado da infância e adolescência.

Em relação com a rede, muito se tem avançado, pois já se estabeleceu entre alguns serviços a discussão de casos e matriciamento.

Para tanto, é importante que exista um diálogo franco e aberto entre serviço de saúde e das demais políticas públicas, escola, família e sociedade, um diálogo que envolva especificamente os adolescentes; que discuta o consumo de substâncias psicoativas, e não apenas enfatize os efeitos negativos e as consequências do consumo, como forma de despertar nos adolescentes o entendimento, a percepção de projetos de vida mais saudáveis.

Apesar de não ser objeto desta pesquisa, identifica-se que no Brasil ainda há pouco investimento para atenção em saúde mental de crianças e adolescentes, mas também em relação a **prevenção ao uso de drogas**. É preciso priorizar a atenção de crianças e adolescentes, pois encontram-se em uma fase de desenvolvimento de habilidades cognitivas e sociais. Sendo assim, é preciso investir em políticas públicas preventivas, gerando projetos consentâneos à realidade brasileira. Necessita-se de serviços com profissionais da saúde, realizando práticas que ajudem os adolescentes e seus familiares a identificar e potencializar os recursos internos e externos para viver socialmente, exercendo sua cidadania, com liberdade, saúde, educação, lazer e os direitos.

Essa pesquisa vai ao encontro do que Stella (2009) destaca: "uma das necessidades atuais é a de se ter uma aproximação para uma linguagem comum, estabelecendo comunicação efetiva entre sociedade civil e os órgãos governamentais e não governamentais, de forma a serem implementadas as estratégias para solução de problemas" (p.183). Deste modo, organizar fluxos de atendimento e indicadores para os serviços que atendem adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas é premente na Política de Saúde Mental para Crianças e adolescentes.

Assevera-se que a assistência a adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas perpassa por uma atenção que considere as particularidades da fase da adolescência; que envolva e acolha a família, a qual é o primeiro meio social dos indivíduos, e que trabalhe na perspectiva da clínica ampliada, escuta do sujeito, inclusão social, e o reconhecimento como cidadãos desses adolescentes e suas famílias.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.M.; OLIVEIRA, M. A.; PINHO, P. H. **O tratamento de adolescentes usuários de álcool e outras drogas: uma questão a ser debatida com os adolescentes?** Revista Psiquiatria Clínica, 35, supl. 1; 76-81, 2008.

ANDRADE, S. S. C. A. *et al.* **Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e *bullying* entre adolescentes escolares brasileiros.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP, v. 28, n. 9, p. 1725-1736, set. 2012.

BRASIL. **Decreto Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília/DF, 2001.

BRASIL. **Portaria/GM nº 336**, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. São Paulo/SP, 2002.

BRASIL. **Decreto Lei nº 8.069**, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília/DF, 1990.

BRASIL. **Portaria nº 3.088/2011/GM/MS** - 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/DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 60 páginas.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Caderno de Textos -**

Cartilhas da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CERQUEIRA-SANTOS, E. C.; MELO NETO, O. C.; KOLLER, S. H. Adolescentes e Adolescências. *In* HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S.; DINIZ, E. **Trabalhando com Adolescentes: teoria e intervenção psicológica.** Porto Alegre: Artmed, 2014.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010.** Brasília – SENAD, 2010. 503 p.

CHIAVERINI, D. H. (Organizadora) [*et al.*]. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília/DF, 2011.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva.** São Paulo: Editora Unesp, 2013.

COUTO, M.; DELGADO, P. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. *In* LAURIDSEN-RIBEIRO, EL & TANAKA, OY. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS.** SP: Editora Hucitec. 2010: 271-279

DELGADO, P. G. **Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [4]: 1103-1126, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – 2012 (PeNSe 2012).** Rio de Janeiro, 2013.

KAMINER, Y.; SZOBOT, C. O tratamento de adolescentes por uso de substâncias psicoativas. *In* PINSKY, I.; BESSA, M. A. **Adolescência e drogas.** 3º Edição; São Paulo/SP; Editora Contexto, 2012.

OSÓRIO, L. C. **Adolescente hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1989.

PAYÁ, R. Prevenção e Famílias: Realidades antagônicas ou complementares? *In* DIEHL, A.; FIGLIE, N. B. **Prevenção ao uso de Álcool e outras Drogas: o que cada um de nós pode e deve fazer?** Porto Alegre: Artmed, 2014.

PAPALIA, D. OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano.** Porto Alegre: Artmed; 2000.

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.

PAULA, C. S.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; WISSOW, L.; BORDIN, I.; EVANS-LACKO, S. How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: Actions needed in the public sector. **Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association**, V. 34, N.º 3, October/2012.

PECHANSKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP, 2004, v. 26, sup.1, p. 14-17, maio 2004.

SAMPÍERI, R. H.; CALLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de Pesquisa.** 5º edição, Porto Alegre: Penso, 2013

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/ Te Cora; 1999.

SCADUTO A. A., BARBIERI V.. **O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública**. Ciência Saúde Coletiva. 2009 março-abril;14(2):605-14.

SCIVOLETTO, S. Tratamento psiquiátrico de adolescentes usuários de drogas. In Focchi, G. A. *et al.* (Organizadores). **Dependência Química: novos modelos de tratamento.** São Paulo: Roca, 2001.

SILVA, V. A.; AGUIARA, A.S.; FELIXA F., REBELLOA, G.P.; ANDRADEA, R.C.; MATTOS, H. F.. **Brazilian study on substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment.** Revista Brasileira Psiquiatria, 2003, vol.25, n.3, pp. 133-138.

STELLA, N.; MARTINS, S.; BERON, R.S.; PADILHA, A. C.; KICH, R.; GUARANHA, C; MAZZUCA, A. C.. Crianças e adolescentes vulneráveis e drogadição. *In* ZAVASCHI, M. L. S. e cols. **Crianças e Adolescentes Vulneráveis**: o atendimento interdisciplinar nos centros de atenção psicossocial. Editora Artmed, Porto Alegre, 2009.

RAUPP, L. M.; MILNITISKY-SAPIRO, C.A "reeducação" de Adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o Tratamento da Drogadição em uma Instituição Religiosa **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** 2008, Vol. 24 n. 3, pp. 361-368.

RIGONI, M. S.; OLIVEIRA, M. S.; MORAES, J. F. D.; ZAMBOM, L. F. **O Consumo De Maconha Na Adolescência E As Consequências Nas Funções Cognitivas.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 12, n. 2, p. 267-275, maio/ago. 2007.

RONZANI, T. M.; SILVA, E. A. Prevenção como responsabilidade coletiva: a importância de políticas públicas e a redução de danos. *In* DIEHL, A.; FIGLIE, N. B. **Prevenção ao uso de Álcool e outras Drogas: o que cada um de nós pode e deve fazer?** Porto Alegre: Artmed, 2014.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Março - abril 2011;19 (2): [08 telas]. Disponível em<www.eerp.usp.br/rlae>.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS GERAIS

> *"Precisamos acolher o adolescente, acolher para facilitar o conhecer. Acolher para não precisar recolher. Acolher para poder aqui e agora colher. Acolher para que nem hoje nem o amanhã possam se perder. Acolher para possibilitar o escolher. Acolher para a vida não encolher. Acolher para ser possível... Simplesmente...Adolescer".* (Associação Brasileira de Enfermagem - ABEN, Projeto Acolher, 2000)

Os direitos das crianças e adolescentes são reafirmados no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 1990), orientado pelo paradigma da proteção integral, que considera a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, devido sua condição de desenvolvimento.

Compreender as potencialidades, limitações e necessidades especificas destas faixas etárias possibilita novas formas de cuidado. Os adolescentes formam um grupo que exige modos de produzir saúde criativos e singulares, pois o adoecimento nesta faixa etária tem relação com as vulnerabilidades em saúde decorrentes de hábitos e comportamentos que os conduzem para situações de risco, como abuso de drogas, violências, transtornos alimentares, etc. (BRASIL, 2014).

No campo da assistência à saúde, é necessário um olhar cuidadoso para a criança e o adolescente usuários de drogas, entre outros motivos, em função da fase peculiar de desenvolvimento. Isto significa ofertar possibilidades de acolhimento, escuta e vinculação para a elaboração de projetos terapêuticos mais adequados às suas situações de vida (BRASIL, 2014).

O uso de drogas na adolescência pode ocasionar problemas no relacionamento familiar, desempenho escolar, envolvimento com questões legais, assim como no desenvolvimento físico, especialmente em ares da cognição, humor e capacidade de julgamento.

Não existe um consenso sobre o diagnóstico da dependência química em adolescentes, por isso é necessária uma avaliação contextualizada e singular do sujeito e das relações que estabelece. Stella *et al.* (2009) asseveram outra especificidade que refere-se a fase do desenvolvimento que o adolescente encontra-se, a qual difere dos adultos

em relação ao tempo e intensidade do uso de drogas, assim como quanto ao tipo de prejuízo causado pelo consumo. E a influência da família como fator de risco e proteção, proteção quando possui uma relação afetiva e protetora, e risco quando há negligência, abandono, violências e a família faz uso de drogas.

Deste modo, esta pesquisa pretendeu caracterizar a assistência aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas nos serviços de saúde mental do Estado de Santa Catarina. E os resultados deste estudo possibilitaram a construção de dois artigos científicos. O primeiro artigo com o título "Caracterização dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi); álcool e outras drogas (CAPSad) e 24 horas (CAPS III) do Estado de Santa Catarina", possibilitou um panorama em termos de estrutura física, recursos materiais e humanos disponíveis ao atendimento de crianças e adolescentes.

Pode-se verificar potencialidades e fragilidades dos serviços de saúde mental participantes da pesquisa, como por exemplo, alguns apresentam esforços na busca de consolidar os princípios da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial, através das estratégias da clínica ampliada, território e projetos terapêuticos singulares aos usuários do serviço.

Já em relação às fragilidades referem-se à constituição das equipes com deficiências de alguns profissionais. E em relação a deficiências de estrutura física, principalmente no que se relaciona a leitos para repouso, desintoxicação e adaptação para atendimentos de pessoas com deficiências. Tais deficiências de recursos humanos e estruturais denotam a necessidade de supervisão constante dos órgãos governamentais de modo que a qualidade, ambiência e efetividade nos atendimento em saúde mental sejam garantidas.

Outro fragilidade refere-se à efetivação do trabalho da equipe de maneira intersetorial, pois se verificou dificuldade para a equipe reunir-se, quando seis instrumentos foram respondidos somente pelo coordenador. Denotando desta maneira, dúvida em relação a operacionalização das reuniões de equipe, uma vez que todos os serviços afirmam ocorrer com frequência semanal ou mais que duas vezes na semana.

Em relação ao atendimento de adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas, objeto desta pesquisa, dos dezenove serviços participantes da pesquisa, quatro afirmaram não atender adolescentes devido ao fato desta demanda ser atendida por outro serviço de saúde mental, especialmente CAPSi. Em cinco municípios, tanto o CAPSi como o CAPSad afirmaram realizar o atendimento, alguns a partir

da divisão de idades, como por exemplo até quatorze anos atendimento no CAPSi e após esta idade no CAPSad. E outros, afirmaram que conforme avaliação da equipe define-se se o atendimento será no CAPSi ou no CAPSad. Este entendimento se sustenta no fato de que tanto o CAPSi, quanto CAPSad atendem a este público, o que consequentemente possa favorecer a fragmentação e a desresponsabilizarão pela assistência e cuidado, já que a adolescência apresenta especificidades decorrentes da fase do desenvolvimento que se encontram.

Para municípios com menos de 70.000 mil habitantes, o atendimento de adolescentes é de responsabilidade dos CAPS I. Deste modo, torna-se premente a realização de pesquisas com os serviços CAPS I para compreensão de como se configuram no mesmo espaço atendimento de crianças, adolescentes e adultos com sofrimentos psíquicos diversos, e consequentemente aos com problemas decorrentes do uso de drogas.

O segundo artigo "Assistência aos Adolescentes com Transtornos Decorrentes do Uso de Drogas em Santa Catarina" abordou estratégias utilizadas no tratamento de adolescentes, articulação em rede intersetorial e potencialidades e fragilidades vivenciadas pelos serviços.

No que se refere às estratégias utilizadas na assistência de adolescentes usuários de drogas, verificou-se que os atendimentos oferecidos vão ao encontro do que é preconizado pela Portaria n.º 336/2002. No entanto, em relação as estratégias utilizadas há divergências, pois apesar de a maioria dos serviços referir utilizar a Abordagem Psicossocial como fio condutor do trabalho, não é unanime o uso da estratégia de redução de danos e a necessidade de atendimentos grupais e oficinas específicos para adolescentes.

Ainda, em relação às estratégias utilizadas para atender o público juvenil foram mencionados: Projeto terapêutico singular, Passeios culturais, Inserção social especialmente com escolas, Clinica ampliada, Matriciamento com ESF, Uso assistido de medicação, Artesanato, Atividades física e Internação hospitalar. Destarte, considera-se que a direção metodológica dos CAPS vai ao encontro da política de saúde mental, apresenta flexibilidade na escolha de determinada estratégia, a qual possivelmente seja influenciada pela experiência do profissional e da equipe, referencial teórico e objetivo. O contexto e as novas demandas da atenção psicossocial também influenciam na escolha das estratégias, e em geral precisam de adaptações para atender às peculiaridades de cada caso.

Stella *et al.* (2009) em relação ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas, afirmam que a "meta principal do atendimento é reconduzir a criança ao seu

desenvolvimento normal e ao tratamento ambulatorial" (p.199). Sendo assim, destaca-se que não pode-se restringir a modelos de internação ou que não atendam às necessidades especificas deste público.

Em relação a articulação com a rede intersetorial, os principais serviços que os CAPS mantem contato são a Assistência Social (CRAS, CREAS e Serviços de Acolhimento), Justiça (Ministério público e poder judiciários) e a Estratégia de Saúde da família – ESF. No entanto, é preciso superar a maneira burocrática e pouco efetiva de contato entre eles, como citado em sua maioria ocorre por telefone e referência e contra referência. Alguns serviços apontam para estratégias mais horizontais e efetivas, como matriciamento e discussão de casos.

As potencialidades identificadas pelas equipes pesquisadas referem-se equipe multiprofissional, o acolhimento e o trabalho em rede. Já as fragilidades depreendem a adesão do adolescente ao tratamento, imposição pelos órgão da justiça que este adolescente realize o tratamento, dificuldades de diagnóstico na adolescência, ausência de espaços grupais específicos para adolescentes, famílias que não apoiam os adolescentes, e a necessidade de capacitação sobre adolescência e o uso de drogas.

Deste modo, identificaram-se cinco indicadores importantes na assistência com adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas, como considerar o adolescente como sujeito de direitos; a corresponsabilização dos casos; estratégias de cuidado que respeitem a singularidade da adolescência; ações intersetoriais e interdisciplinares; e a necessidade de investimentos para capacitação de profissionais, ampliação dos locais de cuidado e a prevenção ao uso de drogas na adolescência.

Nesta pesquisa, pode-se constatar que os CAPSi dispõem de uma estrutura física, humana e de cuidado consentânea as necessidades do público juvenil. Pois, garantem uma atenção aos adolescentes, respeitando as singularidades deste público e o momento de vida do mesmo. Entretanto, envolve uma série de patologias mentais a ser cuidada no mesmo espaço, o que pode dificultar o atendimento.

Esta pesquisa apesar de restrita no estado de Santa Catarina, aponta para necessidade de definição e implementação da Política de Saúde Mental específica para o atendimento a crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas, bem como de ampliação dos equipamentos da rede de Saúde Mental para crianças e adolescentes, e a mobilização de poderes instituídos e da sociedade para ações de prevenção do uso de álcool e outras drogas pelo público infanto-juvenil.

Em relação às limitações deste estudo é pertinente considerar o número efetivo de equipes respondentes, visto que em seis CAPS apenas o coordenador respondeu os questionários. Ainda que tal situação tenha permitido a compreensão de diversos pontos de investigação, a opinião da equipe restou limitada. Outra limitação refere-se a necessidade de conhecer a percepção dos adolescentes e de sua família sobre a assistência oferecida pelos serviços públicos de saúde mental a estes, pois envolver todos atores possivelmente auxilia na produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade no cuidado.

A partir dos resultados dessa pesquisa suscita necessidade de conhecer também a realidade de municípios menores, através de pesquisas no CAPS I, em relação à assistência de adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas, uma vez que estes serviços devem atender toda a demanda de saúde mental das crianças, adolescentes e adultos. Algumas estratégias como: a utilização da redução de danos com público juvenil; a internação hospitalar de adolescentes; e a articulação intersetorial entre saúde, educação, assistência social e a justiça no cuidado de adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas também fomentam estudos através de outras pesquisas, tendo em vista a complexidade da fase da adolescência e a incipiente política de saúde mental, especialmente ao público infanto juvenil.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. KNOBEL, M. **Adolescência normal:** um enfoque psicanalítico. Porto Alegre/RS: Artmed Editora, 1981.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2001.

ANDRADE, S. S. C. A. *et al.*. **Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e *bullying*entre adolescentes escolares brasileiros.**Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP, v. 28, n. 9, p. 1725-1736, set. 2012.

BRASIL. **Decreto Lei nº 8.080**, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília/DF, 1990.

BRASIL. **Decreto Lei n° 8.142**, de 28 de dezembro de 1990 Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília/DF, 1990.

BRASIL. **Decreto Lei nº 8.069**, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília/DF, 1990.

BRASIL, ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada de Nº 101/2001**, publicada em 31 de maio de 2001, estabelecer o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Serviços de Atenção a Pessoas com Problemas Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas. Brasília/DF, 2001.

BRASIL. **Decreto Lei nº 10.216**, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília/DF, 2001.

BRASIL. **Portaria/GM nº 336**, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III

definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. São Paulo/SP, 2002.

BRASIL. **Decreto nº 4.345 de 2002**, Institui a Política Nacional Antidrogas - PNAD e estabelece objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas. Brasília/DF, 2002.

BRASIL. **Portaria n.º 816/GM**, de 30 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério de Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e municípios. Brasília/DF, 2002.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.** Brasília/DF, Editora Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas.** Brasília/DF, Presidência da Republica, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 6, ano IV, nº 6. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2009.

BRASIL. **Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília/DF, 2010.

BRASIL. **Portaria nº 3.089/2011/GM/MS** - Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília/DF, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 3.088/2011/GM/MS** - 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/DF, 2011.

BRASIL**. Portaria nº 122/2011/GM/MS** - Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília/DF, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 130/2012/GM/MS** - Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília/DF, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 131/2012/GM/MS** - Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília/DF, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 132/2012/GM/MS** - Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília/DF, 2012.

BRASIL**. Portaria nº 121/2012/GM/MS** - Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília/DF, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 615/2013/GM/MS -** Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).Brasília/DF, 2013.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD. Disponível em: <http://obid.senad.gov.br/>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2013.

CASTEL, S. HOCHGRAF, P., ANDRADE, A. Transtornos Psiquiátricos Associados ao Uso de Substâncias Psicoativas. *In* Neto, M. R *et al.li*. **Psiquiatria Básica.** Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1995.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa de Pesquisa Social.** Editora Atlas, São Paulo/SP, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – 2012 (PeNSe 2012).** Rio de Janeiro, 2013.

MARCELLI, D., BRACONNIER, A. **Adolescência e Psicopatologia.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

MARLATT, G. A. E COLS. **Redução de danos:** estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MOSQUERA, J. **Adolescência e provação.** Porto Alegre: Livraria Sulina Editora, 1977, 2ª ed.

OSÓRIO, L. C. **Adolescente hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1989.

PAPALIA, D. OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano.** Porto Alegre: Artmed; 2000.

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.

PAULA, C. S.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; WISSOW, L.; BORDIN, I.; EVANS-LACKO, S. How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: Actions needed in the public sector. **Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association**, V. 34, N.º 3, October/2012.

PECHANSKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo:

Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP, 2004, v. 26, sup.1, p. 14-17, maio 2004.

RAUPP, L. M.; MILNITISKY-SAPIRO, C.A "reeducação" de Adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o Tratamento da Drogadição em uma Instituição Religiosa **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** 2008, Vol. 24 n. 3, pp. 361-368.

REZENDE, H. A Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica: *In*Tundis S. A .,Costa N. R.(org.). **Cidadania e loucura.** Petrópolis: Vozes; 1987.

SAMPÍERI, R. H.; CALLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de Pesquisa.** 5º edição, Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, K.; COSTA, A.; MATSUMOTO, A. O Discurso do Adolescente. **ActaScientiarum. Human and Social Sciences.** Maringá, v. 28, n. 2, p. 181-190, 2006.

SCIVOLETTO, S. Tratamento psiquiátrico de adolescentes usuários de drogas. In Focchi, G. A. *et al.li.* (Organizadores). **Dependência Química: novos modelos de tratamento.** São Paulo: Roca, 2001.

SANTOS, I. E. S. **Manual de Métodos e Técnicas de Pesquisa Científica.** Niterói: Impetus, 2012.

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 5. Ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2005.

SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas, Gabinete de Segurança Institucional - Presidência da República. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo,2006.

STEILL, A. V. Trajetória interdisciplinar formativa e profissional na sociedade do conhecimento. *In:* PHILIPPI JR., A.; SILVA NETO, A. J. **Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia & inovação.** Barueri: Manole, 2011.

STELLA, N.; MARTINS, S.; BERON, R.S.; PADILHA, A. C.; KICH, R.; GUARANHA, C; MAZZUCA, A. C.. Crianças e adolescentes vulneráveis e drogadição. *In* ZAVASCHI, M. L. S. e cols. **Crianças e Adolescentes Vulneráveis**: o atendimento interdisciplinar nos centros de atenção psicossocial. Editora Artmed, Porto Alegre, 2009.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Mar - abr 2011;19(2): [08 telas]. Disponível em<www.eerp.usp.br/rlae>.

VOLPATO, G. L. **Ciência: da filosofia a publicação.** Editora Best Writing, 2013, 377 p.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada equipe,

Vocês estão sendo convidados a participar da pesquisa de Mestrado Ambiente e Saúde da pesquisadora Aline Bernardi vinculada à Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC, sob orientação da Professora Dra. Lilia Kanan intitulada "Estratégias terapêuticas de atenção aos adolescentes usuários de drogas em Serviços Públicos de Saúde Mental do Estado de Santa Catarina".

Esta pesquisa objetiva caracterizar as estratégias terapêuticas de atenção aos adolescentes usuários de drogas nos serviços públicos de saúde mental do Estado de Santa Catarina. Para tanto gostaria de convidá-los a refletir sobre algumas questões a seguir formuladas e responder ao solicitado a partir do consenso da equipe multiprofissional.

Se vocês aceitarem participar desta pesquisa, serão submetidos a um questionário, com questões abertas e fechadas. Os questionários serão respondidos por via eletrônica, e se, em algum momento, vocês sentirem algum tipo de desconforto, constrangimento ou mobilização psíquica podem interromper a auto - aplicação. Vocês não terão nenhuma despesa para participar da pesquisa e não lhes será fornecido nenhum tipo de pagamento ou indenização.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em congressos e revistas científicas. Oportunamente encaminharemos os resultados apurados para todas as equipes participantes. Na apresentação de quaisquer dos resultados não haverá qualquer tipo de identificação referentes aos sujeitos do estudo, sendo o sigilo e privacidade dos participantes/equipes garantidos.

O resultado desta pesquisa possibilitará fornecer aos Serviços, ao Departamento de Saúde Mental dos municípios e da Secretaria de Estado da Saúde de SC dados que direcionem as principais estratégias terapêuticas e iniciativas utilizadas com adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas. E estas informações subsidiarão a produção de conhecimento referente ao atendimento em serviços públicos de saúde mental de adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas, visto que há uma lacuna de conhecimentos associadas às diretrizes de atendimento deste público.

Conforme o item 9.8 do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa, elaborado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (2002), no caso de preenchimento de questionário anônimo, como será o caso do preenchimento do questionário deste estudo via e-mail, a devolução do questionário preenchido configura o consentimento em participar da pesquisa, sendo dispensada, nestes casos, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A qualquer momento você poderá entrar em contato com a pesquisadora Aline Bernardi para esclarecimentos em relação à pesquisa através do telefone (49) 99831295 ou e-mail alinebernardilages@gmail.com.

Agradeço muito a atenção e disponibilidade; e coloco-me a disposição para dirimir eventuais dúvidas.

Clique aqui para responder ao questionário.

APÊNDICE II

Instrumento de Coleta de Dados

Estratégias terapêuticas de atenção aos adolescentes usuários de drogas em Serviços Públicos de Saúde Mental do Estado de Santa Catarina
Instruções para responder ao formulário:
1 - Ao concluir suas respostas, clique no botão "Enviar" que está no rodapé desta página.
2 - Responda ao formulário apenas 1 (uma) vez, evitando duplicidade.
3 - Leia com atenção todas as perguntas.
4 - Caso a equipe não realize atendimentos, responda somente até a questão 18 e desça ao final da página para enviar suas respostas.
*Obrigatório

Digite seu e-mail *

1 - Assinale qual o tipo de serviço: *

- CAPSi – Criança e Adolescente
- CAPSad – Álcool e outras Drogas
- CAPS III

2 - Identifique o tempo de existência do serviço: *

- menos 1 ano
- 1 á 3 anos
- 4 á 6 anos
- 7 ou mais anos

3 – Quantos profissionais estão respondendo a este questionário? *

4 – Indique a quantidade de profissionais que estão respondendo este questionário, conforme segue:

Quantos ASSISTENTES SOCIAIS estão respondendo a este questionário?

Quantos AUXILIARES ADMINISTRATIVOS estão respondendo a este questionário?

Quantos AUXILIARES DE LIMPEZA estão respondendo a este questionário?

Quantos COORDENADORES estão respondendo a este questionário?

Quantos COZINHEIROS estão respondendo a este questionário?

Quantos EDUCADORES FÍSICOS estão respondendo a este questionário?

Quantos EDUCADORES SOCIAIS DE NÍVEL MÉDIO estão respondendo a este questionário?

Quantos ENFERMEIROS estão respondendo a este questionário?

Quantos MÉDICOS CLINICO GERAL estão respondendo a este questionário?

Quantos MÉDICOS ESP. EM SAÚDE MENTAL estão respondendo a este questionário?

Quantos MÉDICOS NEUROLOGISTA estão respondendo a este questionário?

Quantos MÉDICOS PEDIATRA estão respondendo a este questionário?

Quantos MÉDICOS PSIQUIATRA estão respondendo a este questionário?

Quantos MOTORISTAS estão respondendo a este questionário?

Quantos PEDAGOGAS estão respondendo a este questionário?

Quantos PROFESSORES DE ARTES estão respondendo a este questionário?

Quantos PROFESSORES DE MÚSICA estão respondendo a este questionário?

Quantos PSICÓLOGOS estão respondendo a este questionário?

Quantos TÉCNICOS DE ENFERMAGEM estão respondendo a este questionário?

Quantos TERAPEUTAS OCUPACIONAIS estão respondendo a este questionário?

OUTROS, QUANTOS E QUAIS?

5 - Quantos profissionais compõe a equipe?

6 - Indique a quantidade de profissionais que fazem parte da equipe, conforme segue:

Quantos ASSISTENTES SOCIAIS fazem parte da equipe do serviço?

Quantos AUXILIARES ADMINISTRATIVOS fazem parte da equipe do serviço?

Quantos AUXILIARES DE LIMPEZA fazem parte da equipe do serviço?

Quantos COORDENADORES fazem parte da equipe do serviço?

Quantos COZINHEIROS fazem parte da equipe do serviço?

Quantos EDUCADORES FÍSICOS fazem parte da equipe do serviço?

Quantos EDUCADORES SOCIAIS DE NÍVEL MÉDIO fazem parte da equipe do serviço?

Quantos ENFERMEIROS fazem parte da equipe do serviço?

Quantos MÉDICOS CLÍNICO GERAL fazem parte da equipe do serviço?

Quantos MÉDICOS ESP. EM SAÚDE MENTAL fazem parte da equipe do serviço?

Quantos MÉDICOS NEUROLOGISTAS fazem parte da equipe do serviço?

Quantos MÉDICOS PEDIATRAS fazem parte da equipe do serviço?

Quantos MÉDICOS PSIQUIÁTRAS fazem parte da equipe do serviço?

Quantos MOTORISTAS fazem parte da equipe do serviço?

Quantos PEDAGOGOS fazem parte da equipe do serviço?

Quantos PROFESSORES DE ARTES fazem parte da equipe do serviço?

Quantos PROFESSORES DE MÚSICA fazem parte da equipe do serviço?

Quantos PSICÓLOGOS fazem parte da equipe do serviço?

Quantos TÉCNICOS DE ENFERMAGEM fazem parte da equipe do serviço?

Quantos TERAPEUTAS OCUPACIONAIS fazem parte da equipe do serviço?

OUTROS, QUANTOS E QUAIS?

7 - Indique a quantidade de espaços físicos que o serviço disponibiliza, conforme segue:

Quantos ALMOXARIFADOS fazem parte da estrutura física da instituição?

Quantos BANHEIROS ADAPTADOS PARA DEFICIENTES fazem parte da estrutura física da instituição?

Quantos BANHEIROS fazem parte da estrutura física da instituição?

Quantos CONSULTÓRIOS DE ENFERMAGEM fazem parte da estrutura física da instituição?

Quantas COZINHAS fazem parte da estrutura física da instituição?

Quantos DEPÓSITOS DE MATERIAL LIMPEZA fazem parte da estrutura física da instituição?

Quantos ESPAÇOS DE CONVIVÊNCIA fazem parte da estrutura física da instituição?

Quantos ESPAÇOS PARA ATIVIDADE FÍSICA fazem parte da estrutura física da instituição?

Quantas GARAGENS fazem parte da estrutura física da instituição?

Quantos REFEITÓRIOS fazem parte da estrutura física da instituição?

Quantas SALAS ADMINISTRATIVAS fazem parte da estrutura física da instituição?

Quantas SALAS DE ESPERA fazem parte da estrutura física da instituição?

Quantas SALAS DE REPOUSO fazem parte da estrutura física da instituição?

Quantas SALAS PARA OFICINAS TERAPÊUTICAS fazem parte da estrutura física da instituição?

Quantas SALAS PARA PRONTUÁRIOS fazem parte da estrutura física da instituição?

Quantas SALAS DE ATENDIMENTO fazem parte da estrutura física da instituição?

Quantas SALAS PARA ATENDIMENTO EM GRUPO fazem parte da estrutura física da instituição?

8 - Qual (is) TRANSPORTE(es) o CAPS disponibiliza para os usuários?

- ☐ veículo da instituição
- ☐ ônibus, através de crédito para transporte
- ☐ O CAPS não disponibiliza transporte para os usuários

9 - Qual a QUANTIDADE diária de refeições que são oferecidas para os usuários?

- ○ 1
- ○ 2
- ○ 3
- ○ 4 ou mais
- ○ O CAPS não disponibiliza refeição para os usuários

10 - A equipe do CAPS realiza reuniões de equipe? *

- ○ Não. Então passe para a questão n° 13.
- ○ Sim. Então siga respondendo.

11 - Assinale a periodicidade das reuniões de equipe:

- ◉ Semanal
- ○ Mais de 02 vezes na semana
- ○ Quinzenal
- ○ Mensal

Bimestral

Semestral

12 - Assinale os TRÊS assuntos que são discutidos com maior frequência nas reuniões de equipe (ASSINALE SOMENTE TRÊS):

Discussão sobre a rede de atendimento

Discussão de casos

Discussão dos problemas associados a conflitos de relacionamento interpessoal

Discussão sobre planejamento de atividades terapêuticas aos usuários

Matriciamento

Reunião para Educação permanente

Organização dos serviços burocráticos e rotina de trabalho

Outro:

13 - O CAPS atende ADOLESCENTES com transtornos decorrentes do uso de drogas? *

Não. Então siga respondendo

Sim. Então passe para a questão n° 15

14 - Qual (is) motivo (s) de não atenderem ADOLESCENTES usuários de drogas?

Acordo com outros serviços da Secretaria da Saúde

Não concordam com o atendimento dos adolescentes usuários de drogas na instituição

Não possuem espaço físico

Não possuem profissionais suficientes ou indicados para o atendimento

Outro:

15 - Quais outros serviços no município que realizam o atendimento em saúde a ADOLESCENTES com transtornos decorrentes do uso de drogas? *

- [ ] Ambulatório de saúde mental
- [ ] CAPS ad
- [ ] CAPS i
- [ ] Outro CAPS
- [ ] Serviço Municipal de saúde mental infanto-juvenil
- [ ] Unidade de Acolhimento Transitório Infanto Juvenil
- [ ] Unidade de Acolhimento Transitório Adulto
- [ ] Estratégia Saúde da Família
- [ ] Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- [ ] Programa de Adolescentes em Cumprimento de Medida Sócio Educativa
- [ ] Programa de Redução de Danos
- [ ] Hospital geral
- [ ] Comunidade Terapêutica
- [ ] Outro:

CASO A INSTITUIÇÃO NÃO REALIZE ATENDIMENTOS PARA ADOLESCENTES, PEDIMOS QUE VÁ ATÉ O RODAPÉ DA PÁGINA E CLIQUE EM "ENVIAR", POIS AQUI SE ENCERRA A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE, PELO QUÊ AGRADECEMOS A IMPORTANTE COLABORAÇÃO. SE A INSTITUIÇÃO REALIZA ATENDIMENTOS PARA ADOLESCENTES, POR FAVOR, SIGA RESPONDENDO.

16 - Qual a quantidade de ADOLESCENTES atendidos devido transtornos decorrentes do uso, abuso e/ou dependência de drogas no último mês?

- ○ até 10
- ○ entre 11 a 20
- ○ entre 21 a 40
- ○ entre 41 a 80
- ○ mais de 80

17 - Assinale até TRÊS itens dentre os citados abaixo que melhor refletem a percepção da equipe em relação à adolescência (ASSINALE NO MÁXIMO TRÊS ITENS):

- ☐ Adolescência é a capacidade de raciocinar por hipótese, começar a organizar a capacidade cognitiva de planejar as ações, de relacionar casos possíveis e diferenciar o real da fantasia
- ☐ Adolescência é um processo psicológico homogêneo, marcado pela excitação sexual, modificações pulsionais, o corpo, o luto e a depressão, os meios de defesa, o narcisismo, o ideal de eu, problemas de identidade e identificações
- ☐ Adolescência não é um fenômeno universal e homogêneo, pois ocorre a partir da sua cultura e meios sociais que está inserido
- ☐ Fase "aborrecente", com crises de identidade e agressividade
- ☐ Período de mudanças fisiológicas que preparam para vida adulta
- ☐ Período de transição entre a infância e a fase adulta
- ☐ Todo adolescente tem problemas de relacionamento e precisa de regras disciplinares rígidas
- ☐ Outro: _____

18 - Com base nos atendimentos realizados pela equipe, identifique até três drogas MAIS utilizadas pelos ADOLESCENTES entre as citadas a seguir:

- ☐ Álcool
- ☐ Crack

- [ ] Êxtase
- [ ] LSD
- [ ] Cocaína
- [ ] Maconha
- [ ] Outro:

19 - Assinale, a partir da experiência dos profissionais do serviço, até CINCO principais motivações que a equipe identifica para explicar o uso de drogas na adolescência (ASSINALE NO MÁXIMO CINCO):

- [ ] Abuso de substâncias pelos pais ou familiares
- [ ] Ambiente desorganizado no lar
- [ ] Aprovação percebida do uso de drogas pelos pais/colegas/comunidade
- [ ] Comportamentos impulsivos
- [ ] Depressão
- [ ] Falta proximidade e envolvimento dos pais na vida dos filhos
- [ ] Vulnerabilidades econômicas e sociais
- [ ] Transtornos psiquiátricos comórbidos
- [ ] Pressão do grupo de amigos
- [ ] Permissividade acentuada dos pais
- [ ] Atuação paterna inexistente ou pouco participativa
- [ ] Curiosidade
- [ ] Busca de capacidade artística e criatividade
- [ ] Dificuldades escolares
- [ ] Doença mental nos pais

- [ ] Necessidade de segurança
- [ ] Necessidade de conhecimento de si
- [ ] Violência intrafamiliar
- [ ] Transtorno de conduta
- [ ] Outro:

20 - Assinale os atendimentos oferecidos aos ADOLESCENTES com transtornos decorrentes do uso de drogas:

- [ ] Ações intersetoriais com a rede
- [ ] Atendimento à família
- [ ] Atendimento de desintoxicação
- [ ] Atendimento em grupos
- [ ] Atendimento em oficinas terapêuticas
- [ ] Atendimento individual
- [ ] Atendimento medicamentoso
- [ ] Atividades comunitárias enfocando a integração do usuário na comunidade e sua inserção familiar e social
- [ ] Atividades de suporte social
- [ ] Leitos de acolhimento noturno
- [ ] Psicoterapia
- [ ] Psicoterapia em grupo
- [ ] Visitas e atendimentos domiciliares
- [ ] Outro:

21 - O serviço realiza atendimentos em grupos específicos para ADOLESCENTES?

- [ ] Sim

Não

Se sim, quais tipos?

22 - Assinale as estratégias utilizadas pela equipe para atenção de ADOLESCENTES com transtornos decorrentes do uso de drogas:

- Consultório de rua
- 12 passos
- Artesanato
- Assembleias com usuários
- Atividade física
- Atividade profissionalizante
- Atividades de inserção social assistidos por profissional
- Ações com base na Clínica Ampliada
- Grupos de Educação em saúde
- Entrevista motivacional
- Grupo de Alcoólicos Anônimos/AA
- Grupo de Narcóticos Anônimos/NA
- Grupos de mútua ajuda - Amor exigente
- Internação hospitalar
- Intervenção na escola
- Matriciamento com a ESF
- Musicoterapia
- Oficina de Grafite
- Plano terapêutico Singular/individual

- [ ] Passeios Culturais
- [ ] Prevenção recaída
- [ ] Grupos de Psicoeducação
- [ ] Estratégias de Redução de danos
- [ ] Terapia cognitivo comportamental
- [ ] Terapia comunitária
- [ ] Terapia de orientação psicanalítica
- [ ] Terapia Sistêmica
- [ ] Uso assistido de medicação
- [ ] Outro:

23 - No tratamento para ADOLESCENTES com transtornos decorrentes do uso de drogas, há alguma abordagem teórica que é predominantemente utilizada no serviço?

- ○ Não. Então passe para a questão 25
- ○ Sim. Então siga respondendo

24 - Se sim, qual a abordagem que prevalece?

- ○ Atenção Psicossocial
- ○ Psicanálise
- ○ Terapia Sistêmica
- ○ Psicologia Social
- ○ Terapia Cognitiva Comportamental
- ○ Outro:

25 - A instituição realiza atendimento para às FAMÍLIAS de adolescentes com transtornos decorrentes do uso/abuso de drogas?

- ○ Não. Então passe para a questão n° 28

Sim. Então siga respondendo

26 - Assinale os atendimentos que o serviço realiza para as FAMÍLIAS dos ADOLESCENTES:

Atendimento familiar

Grupo de Apoio

Atendimento individual

Grupo de psicoeducação

Grupo Operativo

Reuniões periódicas

Grupo de Mútua Ajuda – Amor Exigente

Terapia Familiar

Outro:

27 - Qual a PERIODICIDADE das intervenções com as FAMÍLIAS?

Mais de 02 vezes na semana

Semanal

Quinzenal

Mensal

Bimestral

Semestral

28 - Assinale os TRÊS critérios utilizados pela equipe para avaliação da melhora da saúde no tratamento dos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas que são utilizados com maior frequência (ASSINALE SOMENTE TRÊS):

Abstinência

Melhora nas condições clínicas e intercorrências

☐ Melhora sintomas de comorbidade

☐ Mudança de via de administração do uso da drogas

☐ Redução de consumo de drogas

☐ Retomada das redes e laços sociais (família, trabalho, escola, emprego)

☐ Substituição da droga por outra de menor potencial de risco de danos

☐ Outro:

29 - O serviço realiza acolhimento da demanda espontânea?

○ Não. Então passe para a questão n° 32

○ Sim. Então siga respondendo

30 - Se sim, qual a periodicidade que o serviço recebe demanda espontânea:

○ Todos os dias, exceto finais de semana

○ Todos os dias, incluído os finais de semana

○ Uma a duas vezes na semana

○ Três a cinco vezes na semana

31 - Quais categorias de profissionais podem realizar o acolhimento de demanda espontânea?

☐ Assistente Social

☐ Auxiliar Administrativo

☐ Auxiliar de limpeza

☐ Coordenador

☐ Cozinheira

☐ Enfermeiro

☐ Educador Físico

- [ ] Educador social nível médio
- [ ] Fisioterapeuta
- [ ] Professor de Música
- [ ] Médico Neurologista
- [ ] Médico Pediatra
- [ ] Médico Psiquiatra
- [ ] Motorista
- [ ] Pedagogo
- [ ] Professor de Artes
- [ ] Psicólogo
- [ ] Técnicos de enfermagem
- [ ] Médico Clínico Geral
- [ ] Médico Especialista em saúde mental
- [ ] Terapeuta Ocupacional

32 - O serviço realiza atividades de INSERÇÃO SOCIAL?

- ( ) Não. Então passe para questão n.º 34
- ( ) Sim. Então siga respondendo

33 - Se sim, quais:

- [ ] Atendimento familiar
- [ ] Atividades de vida diária
- [ ] Atividades de vida prática
- [ ] Atividades sociais que auxiliem na autonomia do adolescente
- [ ] Cursos de qualificação

☐ Cursos profissionalizantes

☐ Inserção escolar

☐ Outro:

34 - O Serviço utiliza estratégias de Redução de Danos com os ADOLESCENTES?

○ Não. Então passe para questão n°37

○ Sim. Então siga respondendo

35 - Quais estratégias de redução de danos estão sendo utilizadas pelos profissionais?

☐ Criação de locais monitorados para o consumo ou o fornecimento da droga pelo Estado, para evitar o contato do dependente com o traficante

☐ Distribuição de água de coco, doces, etc

☐ Fornecimento de preservativos

☐ Fornecimento de seringas, cachimbos descartáveis, etc

☐ Orientação para substituição de uma substância mais nociva, por outra menos letal

☐ Orientações para hábitos menos nocivos associados ao uso de drogas

☐ Orientações para reduzir o uso

☐ Visitas em locais de venda e uso de drogas

☐ Outro:

36 - A equipe considera como efetiva a utilização de estratégias de redução de danos com ADOLESCENTES?

○ Sim

○ Não

37 - Qual a frequência que ocorre a articulação do serviço com outros serviços de saúde?

○ Sempre, constantemente

- Muitas vezes
- Algumas vezes
- Quase nunca
- Nunca

38 - Qual a frequência que ocorre a articulação do serviço com outros serviços da rede (assistência social, justiça, educação, etc.)?

- Sempre, constantemente
- Muitas vezes
- Algumas vezes
- Quase nunca
- Nunca

39 - Quais os PRINCIPAIS serviços que o CAPS mantém contato?

- [ ] Abrigos municipais
- [ ] Assistência Social – CRAS
- [ ] Assistência Social – CREAS
- [ ] Comunidades Terapêuticas
- [ ] Educação – Rede de ensino
- [ ] Equipe de redução de danos
- [ ] Ministério Público
- [ ] Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF
- [ ] Outros CAPS
- [ ] Poder Judiciário
- [ ] Unidade Básica de Saúde – ESF
- [ ] Unidades de Acolhimento Transitório

☐ Outro: _____

40 - Assinale as ações que caracterizam o contato do serviço com a rede:

☐ Contato via telefone

☐ Ações em datas de comemoração

☐ Matriciamento

☐ Referência e contrarreferência

☐ Atendimento em conjunto

☐ Reunião para discussão de caso

☐ Outro: _____

41 - O CAPS ou Secretaria Municipal da Saúde mantém convênio com Comunidades Terapêuticas?

☐ Não

☐ Sim

☐ Convênio através de editais do Ministério da Saúde

42 - Em relação às POTENCIALIDADES no atendimento dos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas no seu serviço, quais a equipe identifica?

43 - Em relação às FRAGILIDADES no atendimento dos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas no seu serviço, quais a equipe identifica?

44 - Para a equipe, o CAPS onde vocês atuam atende as necessidades do público juvenil com transtornos decorrentes do uso de drogas?

○ Sempre, constantemente

○ Muitas vezes

○ Algumas vezes

○ Quase nunca

Nunca

45 - Na percepção da equipe, qual unidade de saúde mental deveria ser responsável pelo cuidado dos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas?

CAPSi

CAPSad

Comunidade Terapêutica

Serviço ambulatorial

Outro:

46 - Utilize este espaço para registrar aspectos tanto positivos quanto negativos associados ao tratamento de adolescentes usuários de drogas não contemplados neste instrumento.

47 - Registre aqui outras observações que considerar pertinente:

Enviar

ANEXO I

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO DE AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO

O projeto de pesquisa, intitulado: "**ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS DE ATENÇÃO AOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DE SANTA CATARINA.**", protocolado no CEP- UNIPLAC sob o número **096-13**, de responsabilidade da pesquisadora **LILIA KANAN,** foi avaliado e **APROVADO** junto ao plenário do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIPLAC, na reunião ordinária realizada em dezessete de julho do corrente ano, estando de acordo com as normas vigentes na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, e em suas complementares (Resoluções 240/97, 251/97, 292/99, 303/00 e 304/00 do CNS/MS) que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos.

A pesquisadora responsável deverá apresentar relatório até 15/08/2014 a este CEP, informando os resultados finais/parciais do projeto, bem como informar a data de conclusão da pesquisa.

Lages, 17 de fevereiro de 2014.

Odila Maria Waldrich
Coordenadora do CEP-UNIPLAC