



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



MESTRADO PROFISSIONAL EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL E TRANSTORNOS ADITIVOS

HELOISA SLOMP FACCHIN

ANÁLISE DE ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E REDE DE APOIO DE ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS, EM SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO, NO MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL

Porto Alegre, 2019



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

CENTRO COLABORADOR
EM ALCOOL E DROGAS

Secretaria Nacional de
Política sobre Drogas

Ministério da
Justiça



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – HCPA
MESTRADO PROFISSIONAL EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE
MENTAL E TRANSTORNOS ADITIVOS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
ANÁLISE DE ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E REDE DE APOIO DE
ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS, EM SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO,
NO MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL

Heloisa Slomp Facchin

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Roberta Bristot Silvestrin

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Carla Dalbosco

Porto Alegre, novembro de 2019.

HELOISA SLOMP FACCHIN

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
ANÁLISE DE ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E REDE DE APOIO DE
ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS, EM SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO,
NO MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre do Programa de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência em Saúde Mental e Transtornos Aditivos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Roberta Bristot Silvestrin
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Carla Dalbosco

Porto Alegre, novembro de 2019.

CIP - Catalogação na Publicação

Facchin, Heloisa Slomp

Análise de itinerário terapêutico e rede de apoio de adolescentes usuários de drogas, em situação de internação, no município de Caxias do Sul / Heloisa Slomp Facchin. -- 2019.

127 f.

Orientadora: Roberta Bristot Silvestrin.

Coorientadora: Carla Dalbosco.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Álcool e Outras Drogas, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Adolescente. 2. Usuários de drogas . 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Serviços de Saúde do adolescente. I. Silvestrin, Roberta Bristot, orient. II. Dalbosco, Carla, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência em Saúde Mental e Transtornos Aditivos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Roberta Bristot Silvestrin, e coorientação da Prof.^a Dr.^a Carla Dalbosco.

Avaliada por:

Roberta Bristot Silvestrin – MPAD/HCPA
Presidente

Dra. Sílvia C. Halpern – UFRGS/HCPA
Membro

Dra. Cíntia Nasi – UFRGS
Membro

Dra. Luciane Marques Raupp – UNILASALLE
Membro Externo

Sonho que se sonha só é só um sonho que se sonha só,
mas sonho que se sonha junto é realidade.

(Prelúdio – Raul Seixas)

AGRADECIMENTOS

Em muitos momentos, parecia estar em um labirinto, labirinto esse com vários caminhos/possibilidades, e a cada olhar, o desejo de seguir/trocar a direção.

Fica a todos a minha gratidão.

Às minhas orientadoras, as quais tiveram um papel fundamental, proporcionando reflexões, aprendizados e guiando nesse labirinto, com muita presteza. Roberta, pela sua disponibilidade, competência, criatividade e parceria. Carla pela eficiência, por compartilhar conhecimentos e pelo incentivo constante.

À banca, Cintia Nasi, Luciane Marques Raupp, e Silvia Chwartzmann Halpern, que gentilmente aceitaram o convite e pelas valiosas contribuições.

Ao meu marido, o qual está sempre incentivando, motivando a novos desafios.

À minha família, pais e irmãos, sempre presentes em minha trajetória, estimulando e vibrando as conquistas.

À equipe do Centro Especializado em Saúde Mental e do Hospital Virvi Ramos, pelo acolhimento.

Aos participantes da pesquisa, em especial a uma adolescente que, me presenteou com seus poemas, escritos durante o processo de internação.

À equipe do Centro Colaborador em Álcool e Drogas HCPA, Unidade Álvaro Alvim, por contribuir com a qualificação profissional.

Por fim, à turma de mestrado, a novas amizades e aprendizados.

RESUMO

Os serviços extra-hospitalares da Rede de Atenção ao adolescente usuário de drogas do município de Caxias do Sul, apesar de disponíveis, são pouco acessados. Todavia, identificam-se leitos hospitalares sendo utilizados por esse público. Mediante essa realidade, o objetivo do estudo foi conhecer e analisar o itinerário terapêutico prévio de cuidado na rede de atenção, percorrido por adolescentes usuários de drogas, em situação de hospitalização em leitos SUS e conveniados. Trata-se de um estudo de natureza essencialmente exploratória qualitativa, cuja principal fonte de coleta foi entrevista semiestruturada direcionada aos adolescentes e seus responsáveis; além do mapeamento da rede pessoal de apoio (família, comunidade, amigos e escola/trabalho). Foram realizadas análises descritivas dos dados sociodemográficos utilizando o software SPSS. Os dados qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo temática com o auxílio do software QSR NVivo, sobre o contexto da internação, motivação para o tratamento, conhecimento sobre a rede municipal, itinerário terapêutico e acesso a serviços. Ainda os *softwares* UCINET 6.0 e NETDRAW contribuíram para a análise da rede social. Participaram do estudo 11 adolescentes internados, com idade entre 13 e 17 anos, que referiram uso de maconha, cocaína/crack e álcool. Foi possível verificar que menos da metade dos adolescentes residia com pai ou mãe, sendo que 4 viviam em abrigos, e quase todos possuíam histórico de uso de drogas na família. Além disso, a trajetória de vida dos adolescentes entrevistados inclui alta frequência de estressores, traumas e violação de direitos. Nessa linha, sintomas delinquentes, agressões a familiares, envolvimento em brigas, roubos e tráfico de drogas emergiram dos relatos de mais da metade da amostra. Assim como a família constitui fator que leva o adolescente ao uso de drogas, esta também estava incluída entre os fatores que podiam evitar que os jovens entrevistados voltassem a usar drogas após alta hospitalar. Os participantes possuíam rede pessoal composta por vários membros da família, configurando redes amplas, porém ineficientes. E em relação à rede de apoio do adolescente, apesar dos familiares serem lembrados com mais frequência, era considerados distantes. A comunidade, por sua vez, foi destacada como o grupo mais próximo dos adolescentes sendo que a Escola e o CAIS Mental se mostraram como instituições-chave na rede de apoio. A partir do itinerário terapêutico dos adolescentes, a rede de atenção foi considerada de baixa conectividade entre os diversos atores. Os resultados obtidos mostram a importância do fortalecimento da rede de apoio e poderão contribuir para adequar a política de atenção, bem como com o desenho de estratégias da linha de cuidado ao adolescente usuário de drogas do município.

Palavras-chave: Adolescente. Usuários de drogas. Acesso aos serviços de saúde. Serviços de Saúde do adolescente.

ABSTRACT

Although available, the non-hospital care services for the adolescent drug user in the city of Caxias do Sul, are poorly accessed. However, we identify hospital beds being used by this public. Given this reality, the aim of the study was to know and analyze the previous therapeutic itinerary through which inpatient drug users have been. This is an essentially qualitative exploratory study, whose main data collection instrument was a semi-structured interview to which adolescents and their guardians have answered; in addition to the personal support network mapping (family, community, friendships and school / work). Descriptive analysis of sociodemographic data were performed using the SPSS software. Qualitative data were subjected to thematic content analysis with the aid of QSR NVivo software, on the context of hospitalization, motivation for treatment, knowledge about the city services, therapeutic itinerary and services accessibility. UCINET 6.0 and NETDRAW software were also used to analyze the social network. Eleven inpatient adolescents, aged 13 to 17 years, who reported use of marijuana, cocaine / crack and alcohol, participated in the study. It was possible to verify that less than half of the adolescents lived with their father or mother, with 4 living in shelters, and almost all had familiar history of drug. The life's histories include high frequency of stressors, trauma and violation of rights. In the same scenario, delinquency, assaults on family members, fights, thefts and drug trafficking emerged from reports of more than half of the sample. Just as family is a factor that leads adolescents to drug use, it was also included among the factors that could prevent young respondents from using drugs after hospital discharge. Participants had a personal network made up of several family members, setting up large but inefficient networks. Taking into account their support network, although family members were remembered more often, they were considered to be away by the adolescents. The community, in turn, was highlighted as the closest group of adolescents and the School and CAIS Mental proved to be key institutions in the support network. From the therapeutic itinerary of the adolescents, the care network was considered of low connectivity between the various components. The results show the importance of strengthening the support network and may contribute to adjust city policies of care, as well as the development or improvement of strategies for adolescent drug users care in the city.

Keywords: Teens. Drug users. Health services accessibility. Adolescent Health Services.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos adolescentes que participaram do estudo	38
Tabela 2 – Perfil dos pais/responsáveis pelos Adolescentes que participaram do estudo...	39
Tabela 3 – Eixos e seus respectivos elementos	58
Tabela 4 – Matriz de rede de Adriano	65
Tabela 5 – Matriz de Rede de Interações	73
Tabela 6 – Grau de centralidade entre os nós	74
Tabela 7 – Grau de Intermediação	75

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Procedimentos para análise de dados.....	34
Figura 2 – Fluxograma dos dados quantitativos e qualitativos	36
Figura 3 – Número de adolescentes que utilizaram diferentes drogas alguma vez na vida ou nos 3 meses que antecederam a entrevista.....	40
Figura 4 – Motivos apontados com maior frequência pelos adolescentes quando questionados sobre o que os levou a usar drogas.	41
Figura 5 – Fatores que poderiam contribuir para que os adolescentes voltassem a usar drogas após a alta hospitalar	45
Figura 6 – Fatores que poderiam evitar que os adolescentes voltassem a usar drogas após a alta hospitalar.....	46
Figura 7 – Síntese da trajetória de vida de Laura	50
Figura 8 – Síntese da trajetória de vida de Welington	51
Figura 9 – Síntese da trajetória de vida de Carlos	51
Figura 10 – Síntese da trajetória de vida de Adriano	52
Figura 11 – Síntese da trajetória de vida de Paulo	52
Figura 12 – Síntese da trajetória de vida de Edir.....	53
Figura 13 – Síntese da trajetória de vida de Roger.....	54
Figura 14 – Síntese da trajetória de vida de Lúcio	55
Figura 15 – Síntese da trajetória de vida de Leonardo	56
Figura 16 – Síntese da trajetória de vida de Kamila.....	56
Figura 17 – Síntese da trajetória de vida de Maurem.....	57
Figura 18 – Compilação dos dados oriundos dos instrumentos de mapeamento de rede dos 11 adolescentes da amostra	62
Figura 19 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Laura	66
Figura 20 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Welington	66
Figura 21 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Lúcio	67
Figura 22 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Maurem. ..	67
Figura 23 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Carlos	68
Figura 24 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Adriano ...	68
Figura 25 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Leonardo .	69
Figura 26 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Roger.....	69
Figura 27 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Kamila.....	70
Figura 28 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Paulo.....	71
Figura 29 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Edir.....	71
Figura 30 – Rede Geral dos Adolescentes usuários de drogas	77
Figura 31 – Adolescentes com Histórico de Institucionalização.....	77
Figura 32 – Adolescentes sem Histórico de Institucionalização	77
Figura 33 – Origem da Internação.....	79
Figura 34 – Opinião dos adolescentes sobre a habilidade dos profissionais que o atenderam no hospital, para escutar e entender os seus problemas.....	80
Figura 35 – Opinião dos adolescentes sobre o efeito do serviço em aliviar sintomas/sofrimento ou reduzir problemas.....	81

Figura 36 – Opinião dos adolescentes sobre a rede de apoio ao adolescente usuário de drogas, em Caxias do Sul	84
Figura 37 – Fluxo de atendimento aos adolescentes usuários de drogas em Caxias do Sul durante a elaboração do Projeto de Pesquisa.....	89
Figura 38 – Fluxo de atendimento aos adolescentes usuários de drogas em Caxias do Sul durante a coleta de dados.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AS16	Escala de gravidade de dependência
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBRID	Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
Crack- QTTUC	Questionário da trajetória do tratamento de crack
CREAS	Centro de Referência de Assistência Social
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GTA	Grupo Técnico de Atenção
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IT	Itinerário Terapêutico
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pronto Atendimento
PENSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RS	Rio Grande do Sul
Satis - BR	Escala de avaliação de satisfação dos usuários dos serviços de saúde mental
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Termo de Assentimento
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCUD	Termo de Consentimento para utilização de dados
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVO GERAL	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.1	ADOLESCÊNCIA E USO DE DROGAS	18
3.2	REDES SOCIAIS E A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO AO ADOLESCENTE	21
3.3	CONFIGURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO AO ADOLESCENTE USUÁRIO DE DROGAS DE CAXIAS DO SUL- ALGUNS DISPOSITIVOS	23
4	METODOLOGIA	28
4.1	CONTEXTO DA PESQUISA E ESCOLHA DOS PARTICIPANTES	29
4.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES	30
4.2.1	Critérios de Inclusão dos Adolescentes	30
4.2.2	Critérios de Exclusão dos Adolescentes	30
4.2.3	Critérios de Inclusão dos pais/responsáveis	30
4.2.4	Critérios de Exclusão dos pais/responsáveis	31
4.3	INSTRUMENTOS	31
4.4	ESTUDO PILOTO	32
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	33
4.6	PROCEDIMENTO DE COLETA	33
4.7	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE/ INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	34
5	RESULTADOS	36
5.1	PARTE I – TRAJETÓRIA DE VIDA	37
5.1.1	Dados sociodemográfico dos adolescentes e familiares	37
5.1.2	Dados sobre o consumo de drogas	39
5.1.3	Prejuízos associados ao uso de drogas	42
5.1.4	Reflexões sobre risco e proteção	44
5.1.5	Síntese da trajetória de vida	49
5.1.6	Projeto de Vida	58
5.2	PARTE II – REDE DE APOIO E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	60
5.2.1	Rede de apoio pessoal	60
5.2.2	Identificação dos dispositivos de apoio	63

5.2.3 Fluxo de acesso às instituições.....	64
5.2.4 Configuração da rede geral	72
5.2.5 Comparação das redes gerais	76
5.2.6 Experiência de internação	78
5.2.7 Avaliação da rede de apoio.....	84
6 DISCUSSÃO.....	88
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada aos adolescentes	108
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada aos familiares/ responsáveis.....	115
ANEXO A – Instrumento de Mapeamento de Rede	119
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pais/ responsáveis dos adolescentes.....	120
ANEXO C – Termo de Assentimento – TA, direcionado aos adolescentes.....	122
ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – familiares	124
ANEXO E – Termo de Consentimento para Utilização de Dados – TCUD	126

1 INTRODUÇÃO

O consumo de drogas¹ (lícitas e ilícitas) é um fenômeno complexo, multifacetado e parte da história da humanidade, para o qual existem razões de base cultural, religiosa, recreativa e comportamental - como forma de enfrentar os problemas, transgredir, transcender, socializar, ou ainda, para isolamento (DUARTE; MORIHISA, 2013). Mesmo imersos em um novo período, denominado como a Quarta Revolução², no qual a tecnologia e a informação estão em destaque, as drogas não saíram de cena e permanecem trazendo implicações na vida pessoal, familiar, escolar, ocupacional e social do usuário.

A preocupação é mais intensa com o adolescente, que está em uma fase de impacto para o desenvolvimento humano, considerada como um período crítico no que se refere ao uso de drogas (BITTENCOURT; FRANÇA; GOLDIM, 2015). O início do consumo de substâncias ocorre cada vez mais cedo, conforme pesquisas epidemiológicas realizadas em diversos países, o que afeta os jovens em seus anos mais produtivos e impacta em seu desenvolvimento pessoal, social e comunitário (ALMEIDA, 2011; UNODC, 2016), (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2017). Frente a tais evidências, é mister uma atenção especial a essa população, haja vista ser um momento de maior vulnerabilidade, no qual o consumo precoce aumenta as chances de desenvolvimento de dependência de drogas na vida adulta (ALMEIDA, 2011; UNODC, 2016). De acordo com 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, foi constatado que 25,5% dos estudantes manifestaram o uso de alguma droga ilícita na vida (CARLINI, 2010). Vale ressaltar que, entre os respondentes na faixa etária de 10 a 12 anos, essa mesma variável teve resposta positiva em 9,2% e 13,9 % dos estudantes de escolas pública e privada, respectivamente.

Diante de tal realidade, um dos desafios é a dificuldade de adesão do adolescente a tratamentos. Adesão aqui entendida como o estabelecimento de vínculo entre o usuário e as equipes dos serviços, as quais assumem um compromisso mútuo no tratamento (VASTERS; PILLON, 2011). Tal dificuldade de adesão e de acesso de adolescentes, usuários de drogas,

¹ Droga ou substância psicoativa, segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. As drogas lícitas são aquelas comercializadas de forma legal e as ilícitas são proibidas por lei (NICASTRI, 2013).

² Refere-se à nova revolução tecnologia, na esfera física, digital e biológica. Nos Estados Unidos, é denominada a manufatura avançada, e na Alemanha, como a indústria 4.0 (SCHWAB, 2017).

aos serviços disponíveis foi constatada pela pesquisadora quando da sua atuação em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Infantojuvenil no município de Caxias do Sul – RS em julho de 2017. Esse fato causou surpresa na pesquisadora, dada sua trajetória profissional como trabalhadora no Sistema Único de Saúde – SUS e Sistema Único de Assistência Social – SUAS em Caxias do Sul e outros municípios no Rio Grande do Sul, experiência que a permitiu supor que a falta de adesão não decorria da ausência de demanda.

Apesar de disponíveis e em funcionamento, os serviços da Rede de Atenção ao adolescente, usuário de drogas extra-hospital de Caxias do Sul, são pouco acessados, todavia, identifica-se que leitos hospitalares estão a ser utilizados por esse público. De acordo com a política de saúde mental em vigor, a internação, em qualquer de suas modalidades, só é indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes (BRASIL, 2001). Face a essa realidade, emergiu a necessidade de conhecer o itinerário terapêutico³ prévio de tratamento do adolescente usuário de drogas em situação de hospitalização em leitos do SUS, convênios, ou ainda, particulares, no município de Caxias do Sul. Para tanto, foram estabelecidas algumas questões norteadoras: esses jovens conhecem a rede extra-hospitalar de atenção ao adolescente usuário de drogas? Já acessaram algum dos serviços da rede? Se acessaram, como avaliam o tratamento recebido e quais os motivos da não adesão ao tratamento? Qual é de fato a sua rede de apoio? Qual a sua motivação para tratamento? Quais fatores elencam como risco/proteção ao uso de drogas? Qual a participação da família dos adolescentes nesse itinerário terapêutico? Por que optaram pelo tratamento em hospital?

Uma das possíveis explicações para esse quadro é que, apesar de disponíveis e em funcionamento, os serviços da rede intersetorial de apoio ao adolescente usuário de drogas de Caxias do Sul fossem desconhecidos ou pouco atrativos aos adolescentes. Além disso, essa limitação poderia se dar em decorrência da pouca interação entre os próprios serviços, requisito indispensável para garantir a integralidade do cuidado.

Na contramão das evidências de que o acesso à rede de apoio pode trazer benefícios aos usuários de drogas, identificou-se que os adolescentes, do município de Caxias do Sul, usam a rede extra-hospitalar de maneira exígua. No entanto, o mesmo público acessava a rede hospitalar na busca por internação para realizar tratamento, a qual só deve ser indicada

³ O itinerário terapêutico (IT) é entendido como percurso prévio para a “internação” na busca por cuidados. É um dos conceitos centrais nos estudos socioantropológicos da saúde. Trata-se de um termo utilizado para designar as atividades desenvolvidas pelos indivíduos na busca de tratamento para a doença. Ao longo da história das Ciências Sociais, esse conceito tem recebido rótulos diferentes, como *illness behavior*, *illness career* e *therapeutic itineraries*. Cada uma dessas expressões põe ênfase em determinados aspectos dos processos pelos quais os atores sociais buscam soluções para suas aflições. Nos últimos vinte anos, a produção de trabalhos sobre IT cresceu de forma significativa (ALVES, 2015, p. 29).

quando outros recursos foram insuficientes. Diante de tal panorama, foi necessário dar voz aos usuários adolescentes, que acessam os leitos hospitalares, a fim de conhecer o seu itinerário de tratamento prévio e as suas percepções acerca da rede de atenção ao adolescente usuário de drogas, permitindo a identificação de potencialidades e fraquezas dessa rede. Além disso, sabe-se que o vínculo e a interação saudável da família com o adolescente embasam o desenvolvimento pleno das potencialidades desse indivíduo, o que também reforça a importância de avaliar a participação da família durante o itinerário terapêutico. Assim, justificou-se a importância de tal estudo, destarte, pouca produção científica a respeito de itinerários terapêuticos de adolescentes na rede de cuidado. Estudos dessa natureza representam novas possibilidades para a apreensão e compreensão dos comportamentos e, assim, podem contribuir para o planejamento, a organização e a avaliação de estratégias da rede. Através das manifestações de usuários e familiares, além da caracterização desse público, é possível contribuir na implementação da política de atenção e da linha de cuidado ao adolescente usuário de drogas no município de Caxias do Sul.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer e analisar o itinerário terapêutico prévio de cuidado na rede de atenção, percorrido por adolescentes usuários de drogas em situação de hospitalização em um município do Rio Grande do Sul.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) caracterizar os adolescentes e seus familiares em situação de hospitalização em relação ao consumo de drogas e rede de apoio;
- b) mapear o itinerário terapêutico percorrido por adolescentes usuários de drogas, considerando a percepção do usuário e a sua motivação para tratamento.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 ADOLESCÊNCIA E USO DE DROGAS

A palavra adolescência, advinda do latim *adolescencia*, compreende o período da vida humana entre a infância e a fase adulta. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que os limites cronológicos da adolescência estão entre 10 e 19 anos (*adolescents*), e a Organização das Nações Unidas (ONU), entre 15 e 24 anos (*youth*) (EISENSTEIN, 2005). Já no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/1990, no artigo 2º, considera que entre 12 aos 18 anos de idade (BRASIL, 1990). Independentemente de qual intervalo de idade seja considerado, a adolescência é uma fase de mudanças, dúvidas e curiosidades, haja vista que o indivíduo se desvincula da fase infantil.

A adolescência constitui um período crucial no ciclo vital para o início do uso de drogas, seja como mera experimentação, consumo ocasional, ou mesmo, indevido ou abusivo (SCHENKER; MINAYO, 2005, p. 708). Essa trajetória é marcada por experimentação de novos comportamentos e vivências, pela crescente autonomia e independência em relação à família (IBGE, 2016).

A família continua sendo a principal base de segurança e bem-estar de seus membros, apesar das mudanças sofridas na estrutura e no funcionamento nos últimos anos (ZAPPE, 2017). O vínculo e a interação familiar saudável são base para o desenvolvimento das potencialidades dos adolescentes (SCHENKER; MINAYO, 2005). A influência do ambiente na formação da criança é tão consistente uma vez que é categorizado como fenômeno epigenético, decorrente de modificações em função dessa influência, que pode, inclusive, comprometer a saúde. No que se refere ao uso de drogas, a família pode ser fator de proteção, mas também de risco aos adolescentes (ZAPPE, 2017; SCHENKER; MINAYO, 2005).

Na adolescência, as mudanças físicas, psíquicas e sociais evidenciam a condição de vulnerabilidade e aumentam o risco de início precoce do uso de drogas (BITTENCOURT; FRANÇA; GOLDIM, 2015).

[...] compreensão de que ninguém é vulnerável, mas está vulnerável, resultante da dinâmica relação entre os componentes individuais, sociais e programáticos, provoca reflexões sobre o modo como devemos pensar a prevenção ao uso de risco e dependência de drogas (SODELLI, 2015, p. 16).

No Brasil, a droga mais utilizada entre crianças e adolescentes, de 9 a 19 anos, é o álcool (BRASIL, 2010), mesmo com a existência de uma lei nacional que considera como

crime a venda, o fornecimento ou a entrega de bebida alcoólica para a criança ou adolescente (BRASIL, 2015). Em uma pesquisa nacional, realizada com alunos do 9º ano do Ensino Fundamental, 34% dos estudantes entrevistados, no Rio Grande do Sul, informaram consumo de bebida alcoólica nos 30 dias anteriores à data da coleta, o que representou a taxa mais alta do Brasil. Em segundo lugar, ficou o Estado de Santa Catarina, onde 33,8% dos adolescentes relataram o mesmo comportamento, enquanto que o Rio Grande do Norte apresentou o menor índice do País com 14,1% dos adolescentes referindo consumo de álcool no mês anterior à pesquisa (IBGE, 2016).

Uma revisão sistemática, com objetivo de investigar as condutas de saúde entre os adolescentes brasileiros, também evidenciou o contato precoce de adolescentes com bebidas alcoólicas e um padrão de uso que, segundo os autores, era de risco elevado (PEREIRA *et al.*, 2016). Tais dados são preocupantes, visto que o consumo de álcool, na adolescência, resulta em comprometimentos orgânicos, comportamentais e na estrutura de desenvolvimento da personalidade dos adolescentes (PECHANSKY; MACIEL, 2004). Além disso, o uso abusivo de drogas em geral provoca alterações, principalmente, no sistema nervoso central, podendo comprometer o futuro dos adolescentes (PAGLIACE, 2017).

Constata-se que o fenômeno do consumo de drogas na adolescência é mundial, haja vista os dados epidemiológicos obtidos das mais recentes pesquisas acerca do assunto: a *Monitoring the Future*⁴, 2017; Relatório Europeu sobre Drogas⁵, 2017; *Report on Drug Use in the Americas*⁶, 2015; PeNSE⁷, 2015. O uso de drogas tem sido, portanto, assunto chave na agenda internacional por causar danos sociais e econômicos e afetar o desenvolvimento dos países (VARGENS, 2009).

No Brasil, os dados da última Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) mostram que 9% dos discentes do 9º ano do Ensino Fundamental já usaram drogas ilícitas,

⁴ O Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) é um componente dos Institutos Nacionais de Saúde do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA. O NIDA apoia a maioria das pesquisas mundiais sobre os aspectos de saúde relacionada ao abuso de drogas (EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 2017).

⁵ Relatório Europeu sobre Drogas, o qual divulga dados sobre drogas na Europa (ORGANIZATION OF AMERICAN STATES; INTER-AMERICAN DRUG ABUSE CONTROL COMMISSION, 2015).

⁶ Os dados desse relatório foram fornecidos ao Observatório Interamericano sobre Drogas da CICAD (OID/CICAD) pelos Observatórios Nacionais sobre Drogas (América do Norte, América Central, Caribe e América do Sul (ORGANIZATION OF AMERICAN STATE; INTER-AMERICAN DRUG ABUSE CONTROL COMMISSION, 2015).

⁷ A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) apresenta um inquérito realizado com estudantes adolescentes, que compõe a Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção das Doenças Crônicas do Brasil. A população alvo da pesquisa constituiu-se de estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental. A partir de 2015, foram incluídos estudantes do 6º ano do Ensino Fundamental ao 3º ano do Ensino Médio, com o intuito de tornar a pesquisa representativa de escolares na idade de 13 a 17 anos (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

cujo percentual é de 9,5% entre os meninos e de 8,5% entre as meninas. Os alunos de escolas públicas (9,3%) referiram com mais frequência a experimentação de drogas ilícitas em relação àqueles de escolas privadas (6,8%). Os Estados do Rio Grande do Sul (13,2%), Santa Catarina (12,7%), São Paulo (12,5%), Paraná (12,2%), Roraima e Mato Grosso do Sul (12%) compõem a relação de estados com indicadores de uso de drogas ilícitas acima do nível nacional. Florianópolis (17,0%) e Porto Alegre (16,7%) estão, proporcionalmente, entre as capitais brasileiras com a maior frequência de escolares que referem uso de drogas ilícitas (IBGE, 2016).

O Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) trouxe a comparação do VI Levantamento do consumo de drogas entre estudantes (CARLINI, 2010) com pesquisas internacionais, apresentando aspectos positivos da realidade do consumo de drogas no Brasil.

Os estudantes brasileiros, por exemplo, são os que menos consumiram tabaco, tanto na vida quanto no ano, se comparados aos estudantes de 16 países da América do Sul e Europa: Alemanha, Reino Unido, Suíça, Itália, Holanda, França, Uruguai, Irlanda, Colômbia, Portugal, Chile, Argentina, Equador, Paraguai, Peru e Bolívia. Outro destaque é que o uso na vida de crack entre estudantes brasileiros pode ser considerado diminuto na comparação com estudantes europeus e sul-americanos. O Brasil e o Paraguai ocupam a última posição, com a mesma prevalência de uso na vida e no ano de crack. A comparação entre a realidade brasileira e de outros países foi feita com base nos relatórios *Monitoring the Future* (Estados Unidos), de 2009; Espad (países europeus), de 2007; e Siduc (países da América Latina), de 2006. Foi realizado um recorte de faixa etária que permitisse a comparabilidade entre os diferentes países e o Brasil (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2018).

Apesar de dados nacionais indicarem menor consumo em comparação com pesquisas internacionais, é preciso levar em conta que, em termos absolutos, a prevalência de consumo é muito maior em um país de dimensões continentais como o Brasil em relação a países europeus, por exemplo. Além disso, o levantamento não capta a situação de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social que se encontram fora da escola. O tema gera, portanto, cada vez mais preocupação em diferentes segmentos da sociedade, especialmente, nas famílias e na rede que atende o público adolescente. Para tanto, com o foco no itinerário terapêutico prévio à internação, “[...] é necessário constituir redes de interações entre os atores, instituições e coisas, estratégias e táticas, arranjos, escolhas selecionadas em um campo de possibilidades disponíveis em um dado contexto social”(ALVES, 2015, p. 38), para se vislumbrar um curso de tratamento/ trajetória.

3.2 REDES SOCIAIS E A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO AO ADOLESCENTE

Segundo as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde,

o Brasil, nas últimas décadas, viveu uma importante modificação demográfica relacionada à queda da mortalidade infantil e da fecundidade, ao aumento da expectativa de vida, aos movimentos migratórios e de urbanização. Houve uma desaceleração do ritmo de crescimento da população adolescente e jovem com a expectativa de que esse segmento continue crescendo, embora em ritmo decrescente, e de que haja um aumento do peso de outros grupos etários, em especial, o dos idosos (BRASIL, 2010, p. 18).

Em relação à população adolescente, o último Censo demográfico, realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontou que o Brasil possui 24.037.063 adolescentes, representando 12,6% da população brasileira. O Rio Grande do Sul, por sua vez, possui 1.216.173 adolescentes, representando 11,37% da população gaúcha, enquanto que Caxias do Sul possui 46.888, ou seja, 10,76% da população caxiense.

A atenção à saúde mental de adolescentes, e seu reconhecimento como uma questão de saúde pública integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), é recente (DELFINI; REIS, 2012). Sabe-se que, historicamente, as políticas de defesa dos direitos das crianças e adolescentes efetivaram a proteção social através de um modelo de assistência, centrado na institucionalização, tendo como marca o controle do Estado. De acordo com Couto (2012, p. 6):

As proposições para uma política de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (PSMCA) são conquistas recentes no campo da saúde pública brasileira, sob o marco do Sistema Único de Saúde (SUS). A condição de possibilidade para essa conquista adveio de acontecimentos diretamente ligados ao campo da saúde mental, que ampliaram o seu patamar de institucionalidade; e de outros, externos a ele, que inscreveram uma nova concepção de criança e adolescente no ordenamento jurídico, político e social brasileiro, com consequência para as ações públicas dirigidas ao seu cuidado e proteção.

Frente a esse novo paradigma de cuidado aos adolescentes, que engloba também o uso de drogas, as redes vão se configurando.

A rede é uma articulação de atores em torno, vamos nos expressar assim, de uma questão disputada, de uma questão ao mesmo tempo política, social, profundamente complexa e processualmente dialética [...]. Na intervenção em redes, o profissional não se vê nem impotente nem onipotente, mas como um sujeito inserido nas relações sociais para fortalecer, a partir das questões históricas

do sujeito e das suas relações particulares, as relações destes mesmos sujeitos para ampliação de seu poder, saber, e de seus capitais (FALEIROS, 1999, p. 25).

O trabalho em rede deve ocorrer de forma intersetorial, articulando as diversas áreas. A intersetorialidade pressupõe princípios de gestão que precisam ser combinados e uma estratégia que garanta a democracia, bem como os direitos sociais; implicando em uma organização hierarquizada de serviços por níveis de proteção (SPOSATI, 2008). A integralidade, conforme concebida na atual Política Nacional de Saúde, impõe a ação integral sobre os determinantes básicos de saúde (FAGUNDES, HELENARA SILVEIRA; NOGUEIRA, 2010).

Na perspectiva intersetorial, a teoria de redes sociais pode ser utilizada para a compreensão da complexidade de tais relações. Segundo Almeida (2015, p. 44), as teorias de redes sociais tomam diferentes nuances de acordo com o olhar de cada autor, mas há pilares em que cada um se apoia, o que há em comum a todas as teorias é a noção de um conjunto de relações entre autores que se comunicam e formam um sistema fluido e dinâmico.

As teorias de redes sociais buscam compreender os fenômenos sociais de interação, vinculação e comunicação entre pessoas ou instituições – atores – de uma análise dos padrões de interação, dos fatos que influenciam essas interações, do contexto em que estas estão inseridas e das diferentes dinâmicas que podem surgir. Um conjunto de interações e de trocas de informações entre diferentes atores (que podem ser pessoas ou instituições) delimitado em determinado contexto social é uma rede (ALMEIDA, 2015, p. 43).

Destarte que a teoria de redes sociais tenha sua origem na teoria dos grafos, a qual é proveniente da matemática, ela tem sido aplicada em diversas áreas do conhecimento, pois contribui com a compreensão entre objetos finitos de um determinado conjunto (GONÇALVES, 2007). Na análise de redes, alguns conceitos, sistematizados por Silva (2003), incluem: nós (atores da rede), G (conjunto de nós); arco (relação entre nós – apresentação das relações); U (conjunto de arcos); distância entre dois pontos = número de arcos que liga dois nós, distância geodésica = caminho mais curto entre dois nós e diâmetro = maior distância geodésica entre quaisquer dois nós.

As redes sociais de apoio de um indivíduo, são estruturadas a partir de relações consideradas significativas e que influenciam a sua autoimagem, sua identidade e seu próprio reconhecimento como sujeito (SLUZKI, 1997). Para o desenvolvimento dos sujeitos, ao longo do ciclo vital, as redes têm grande relevância (MORÉ; LEONTINA OJEDA OCAMPO; CREPALDI, 2012).

O conceito de redes sociais leva a uma compreensão da sociedade a partir dos vínculos relacionais entre os indivíduos, os quais reforçariam suas capacidades de atuação, compartilhamento, aprendizagem, captação de recursos e mobilização (MARTELETO, 2010, p. 28). As redes sociais têm influência do pensamento sistêmico, dando origem a novos valores, novas formas de pensar e a novas atitudes, imprescindível diante do uso de drogas. E é, no contexto de interações e trocas de informações, que se configura a rede de atenção ao adolescente.

3.3 CONFIGURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO AO ADOLESCENTE USUÁRIO DE DROGAS DE CAXIAS DO SUL- ALGUNS DISPOSITIVOS

Inicialmente, serão apresentados alguns dispositivos presentes na rede de atenção ao adolescente usuário de drogas de Caxias do Sul. Todavia, é importante compreender que essa rede pode ser maior do que a de serviços instituídos e o pesquisador deve reconhecer, a partir da percepção dos usuários, outros elementos que integram sua rede também. Salienta-se que, no município de Caxias do Sul, não há pesquisas oficiais acerca do consumo de drogas na população adolescente, nem estimativa acerca do número de usuários adolescentes.

No SUS⁸, o direito à saúde está previsto como um dos direitos sociais. A Rede de Atenção à Saúde está definida como “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011). Ressalta-se que, diante do perfil epidemiológico alarmante de doenças, a organização de redes integradas de atenção à saúde, nos sistemas municipais e estaduais de saúde, adquiriu maior relevância no final da década de 1990 e culminou com a publicação da Portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010⁹, garantindo a integralidade, a universalidade e a equidade da atenção à saúde da população brasileira (BRASIL, 2012a). A partir de discussões do Grupo Técnico de Atenção (GTA), pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2011 e 2012, as Redes de Atenção à Saúde passam por um processo de reestruturação dos serviços e processos de saúde, sendo divididas em cinco redes temáticas:

⁸ A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2018b).

⁹ Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php. Acesso em: 22/02/2018.

- Rede Cegonha: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; sistema logístico: transporte sanitário e regulação;
- Rede de Urgência e Emergência: promoção e prevenção; Atenção Primária: unidades básicas de Saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24 horas; Samu 192; portas hospitalares de atenção às urgências; leitos de retaguarda; Atenção Domiciliar e hospitais-dia;
- Rede de Atenção Psicossocial: Eixo 1 – Ampliação do acesso à Rede de Atenção Integral de Saúde aos usuários de álcool, crack e outras drogas; Eixo 2 – Qualificação da rede de Rede de Atenção Integral de Saúde; Eixo 3 – Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação; Eixo 4 – Ações de prevenção e de redução de danos e Eixo 5 – Operacionalização da rede;
- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: Atenção Básica; atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências e atenção hospitalar e de urgência e emergência;
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: Atenção Básica; atenção especializada (ambulatorial especializada; hospitalar e urgência e emergência); sistemas de apoio; sistemas logísticos e regulação (BRASIL, 2014).

Os serviços do SUS, por sua vez, estão organizados em níveis primário, secundário e terciário.

O nível primário é caracterizado por atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial, agrupando atividades de saúde, saneamento e apoio diagnóstico (ex.: postos e centros de saúde). O nível secundário destina-se a desenvolver atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica, além de especialidades estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação (ex.: unidades mistas, ambulatórios gerais, hospitais locais e hospitais regionais). O nível terciário caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva de casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência (ex.: ambulatórios de especialidades, hospitais especializados e hospitais de especialidades) (BRASIL, 1987 *apud* JULIANI; CIAMPONE, 1999, p. 325).

No município de Caxias do Sul, o nível primário é composto por 48 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais 1 é unidade prisional. Algumas UBSs contam com equipes de saúde da família (ESF) e agentes comunitários de saúde (ACS).

As equipes de saúde da família (ESF) atuam junto às Unidades Básicas de Saúde (UBSs). São formadas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), todos com carga horária de 40 horas de trabalho semanal. Pode-se acrescentar a essa composição os profissionais de saúde bucal. Cada equipe faz o acompanhamento de até 3.500 habitantes. Esses profissionais atuam de forma localizada em uma área geográfica delimitada, realizando cadastramento dos usuários e seus domicílios, bem como diagnóstico situacional de saúde. As ESF realizam visitas domiciliares, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação das doenças e agravos. O município tem 27 UBSs credenciadas com ESF, com 45 equipes. A cobertura de ESF na Atenção Básica é de 33%. [...] Há também sete UBSs com agentes comunitários de saúde (ACS), que realizam visitas domiciliares aos usuários (PREFEITURA DE CAXIAS DO SUL, 2019).

O município conta também com quatro Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF)¹⁰, localizados nas regiões Norte, Sul e Leste da cidade.

Em nível secundário, há um ambulatório de saúde mental, denominado Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAIS Mental), que presta atendimento psicológico e psiquiátrico a adolescentes com transtorno mental e/ou sofrimento psíquico; um ambulatório que presta assistência especializada a adolescentes e suas famílias por estarem envolvidos em situações de maus tratos como: abuso sexual, físico, psicológico e negligência, cujo acesso ocorre via encaminhamento dos órgãos de Proteção (Conselho Tutelar, Ministério Público e Poder Judiciário); e os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL, 2018). Os CAPSs são modelos assistenciais organizados em consonância com os princípios e as diretrizes da Lei 8.080/90, e das Leis da Reforma Psiquiátrica Estadual e Federal, efetivadas a partir das Portarias nº 224/92, 336/02, 2.841/10, 3088/11, e 3588/17 do Ministério da Saúde. Essas legislações definem a organização e a missão dos CAPS, contemplando ações de prevenção, de promoção, de recuperação, de reabilitação e de reinserção psicossocial dos usuários. Caxias do Sul possui dois CAPS AD, tipo III (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) e um CAPS Infanto-juvenil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL, 2018). Os CAPSs fazem parte da rede substitutiva na busca de viabilizar e efetivar a troca do modelo predominantemente hospitalocêntrico por redes de cuidado extra-hospitalares (RIO GRANDE DO SUL, 1992).

Na modalidade extramuros, existe o Consultório de Rua, de acordo com a Portaria Ministerial nº 122/2011, dirigida a pessoas em situação de vulnerabilidade, distanciados da rede de saúde. Os atendimentos são de orientação e prevenção em locais previamente delimitados. A área de urgência e emergência conta com serviços 24h como o Pronto Atendimento (PA) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Em relação ao nível terciário, existem 35 leitos SUS em saúde mental, sendo 6 no Hospital Geral para crianças e adolescentes até 18 anos, 9 leitos no Centro Especializado em Saúde e 20 no Hospital Virvi Ramos para uso de drogas a partir de 16 anos.

A rede SUS, que preconiza o cuidado integral, requer o cuidado de forma intersetorial quando atende adolescentes usuários de drogas para que tal integridade seja efetivada. Nesse

¹⁰ [...] uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes (PEDROSO, 2014).

âmbito, uma das redes que pode ser acionada é aquela do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. A Constituição Federal, em seu art. 203, expõe, como objetivo da política de assistência social, a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice, garantindo também o amparo às crianças e aos adolescentes carentes, estimulando a promoção da integração ao mercado de trabalho, promovendo a habilitação e a reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e sua integração na vida comunitária. A Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) define que:

Art. 2º - Parágrafo único. A assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais (BRASIL, 1993).

A Assistência Social é uma política pública que garante direito a todo cidadão, que dela necessitar. Assim, está organizada por meio do SUAS, desde 2004, cujo objetivo,

é garantir a proteção social aos cidadãos, ou seja, apoio a indivíduos, famílias e à comunidade no enfrentamento de suas dificuldades, por meio de serviços, benefícios, programas e projetos. O SUAS organiza as ações da assistência social em dois tipos de proteção social. A primeira é a Proteção Social Básica, destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. A segunda é a Proteção Social Especial, destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros (BRASIL, 2018a, p. 1).

Em Caxias do Sul, a rede de proteção social básica do SUAS, que atende o público adolescente, é composta por 6 Centros Regionais de Assistência Social (CRAS), localizados na região Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro e Sudeste da cidade; 4 serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos que desenvolvem ações socioeducativas e de convivência, estimulando práticas e experiências que ampliam o universo cultural e social das crianças e adolescentes. A rede de média complexidade é composta por 2 centros especializados em assistência social (CREAS Norte e CREAS Sul). Já a rede de alta complexidade é composta por 3 casas de acolhimento, consistida em abrigos, os quais oferecem proteção à criança e ao adolescente violados ou ameaçados em seus direitos básicos; 12 casas lares, unidades residenciais onde uma pessoa ou casal trabalha como educador/cuidador residente, prestando cuidados a um grupo de até dez crianças e/ou adolescentes, priorizando grupos de primos e irmãos.

Este estudo considera, ainda, como parte da rede de atenção ao adolescente do município, os órgãos de proteção, haja vista que muitos adolescentes só acessam os serviços por intervenção destes. Caxias do Sul possui dois conselhos tutelares (Norte e Sul) que, de acordo com o ECA, órgãos permanentes e autônomos, não jurisdicionais, encarregados pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 1990); o Ministério Público; a Defensoria Pública; e o Poder Judiciário. Em consonância com Bello (2015, p. 24), “As políticas sobre a abordagem do uso de substâncias psicoativas devem ser desenvolvidas no contexto de uma complexa rede de políticas públicas, especificamente na saúde, assistência social e proteção social em geral”.

A atenção ao adolescente usuário de drogas, no âmbito de rede, é complexa e, portanto, um desafio. Este estudo se propõe, então, a conhecer, mapear e analisar tal rede a partir do itinerário terapêutico do usuário. No Brasil, os estudos sobre itinerários terapêuticos são recentes, sobretudo, da última década (PINHO; PEREIRA, 2012), mas estão sendo explorados em diversos sentidos e contextos como ferramentas para fortalecimento do processo de cuidado.

4 METODOLOGIA

A abordagem utilizada foi de natureza essencialmente qualitativa, escolhida por ser considerada mais adequada ao propósito de conhecer em profundidade o adolescente usuário de drogas, em situação de hospitalização, mas também caracterizar o seu itinerário prévio de cuidado na rede de atenção.

Em conformidade com Minayo (2010, p. 57), “o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, as percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

De acordo com a literatura, o método qualitativo capta aspectos subjetivos da realidade, contribuindo para entender um contexto específico (MINAYO, 2010; VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000; BOSI, MAGALHÃES; MERCADO, 2004; BAUER, MARTIN; GASKELL, 2005).

Com base nos objetivos do estudo, a pesquisa constitui-se como sendo de caráter exploratório por ter o “propósito de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito”. Seu planejamento tende a ser bastante flexível, visto que interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao ato ou fenômeno estudado (GIL, 2010, p. 27).

Conforme supracitado, a essência da pesquisa foi qualitativa, no entanto, para organizar os dados coletados, utilizou-se a abordagem quantitativa. Pode-se dizer que os métodos qualitativo e quantitativo são de naturezas distintas, assim, os resultados foram constituídos entre a objetividade e a subjetividade. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 247).

A objetividade e a subjetividade constituem-se a partir da relação estabelecida entre o pesquisador e o participante, por meio da qual é possível coletar os dados. Para que a pesquisa seja efetiva, é necessário que o pesquisado aceite o pesquisador, disponha-se a falar sobre sua vida (MARTINS, 2005, p. 294). A complexidade da realidade social demandou da pesquisadora escutas e olhares atentos.

A história de vida vai sendo, então, desvelada por nós através das diversas percepções – escutar, observar “com tento”, intuir, dentre outras; emoldurando a vivência de cuidado de cada família numa composição de diferentes linguagens. Tal “emolduração” no viver da pessoa adoecida e sua família (GERHARDT et al., 2017, p. 211).

4.1 CONTEXTO DA PESQUISA E ESCOLHA DOS PARTICIPANTES

O contexto escolhido para a realização deste estudo foi o município de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul, conforme exposto na introdução deste projeto. Caxias do Sul está localizada a 127 km da capital do Estado, Porto Alegre, com uma população de 435.482 habitantes, de acordo com o último Censo, todavia, possui 638.102 Cartões Nacional de Saúde (CNS)¹¹.

Para execução deste projeto, foi estudada a população de adolescentes usuários de drogas, internados em hospitais que possuíam leitos SUS, conveniados e particulares, bem como pais ou pessoas de referência dos adolescentes. A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2018 a fevereiro de 2019.

Caxias do Sul possui 35 leitos SUS em saúde mental: 6 deles no Hospital Geral, voltados para crianças e adolescentes até 18 anos; 9 leitos no Centro Especializado em Saúde e 20 no Hospital Virvi Ramos, designados para usuários de drogas a partir de 16 anos. Ressalta-se que esses leitos são para uso da saúde mental em geral, não sendo exclusivos para demandas que envolvem uso de drogas. A pesquisa foi realizada no Hospital Virvi Ramos e no Centro Especializado em Saúde, por serem referência em atendimento no SUS para adolescentes usuários de drogas. Vale ressaltar que os leitos mencionados apresentavam ocupação frequente e, em alguns momentos, demanda reprimida, como no momento da concepção do projeto de pesquisa.

Talvez uma das maiores limitações das pesquisas qualitativas seja o fato de que, ao exigir um trabalho detalhado, em profundidade, implique investimento de muito tempo. [...] não se restringe à aplicação de questionários, mas depende da capacidade do pesquisador de campo (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 39).

Na pesquisa qualitativa, não é possível trabalhar com grandes amostras. A amostra, definida por conveniência, foi composta por 11 adolescentes e 9 familiares. Ressalta-se que a coleta foi realizada em dois locais de referência, que realizam internação pelo SUS no município. O convite foi estendido a pais/responsáveis/usuários que acessaram por meio de

¹¹ O Cartão Nacional de Saúde (CNS) é o documento de identificação do usuário do SUS. Este registro contém as informações dos pacientes da rede pública de saúde, o que possibilita a criação do histórico de atendimento de cada cidadão, por meio do acesso às Bases de Dados dos sistemas envolvidos neste histórico. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/cartao-nacional-de-saude>. Acessado em 08.04.18. Esses dados acerca do número de CNS de Caxias do Sul, constam na base do Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde- SIGSS, consultado em 16.04.18.

convênios ou particular, de forma que ocorreu apenas uma participação por convênio, entretanto, havia sido encaminhado pelo CAPS, as demais foram através do SUS.

4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES

4.2.1 Critérios de Inclusão dos Adolescentes

Foram incluídos, no estudo, aqueles adolescentes:

- a) Com idade entre 12 e 18 anos;
- b) De ambos os sexos;
- c) Internados por uso de drogas e que estivessem no Hospital Virvi Ramos ou Centro Especializado em Saúde Mental;
- d) Internados através do SUS, Planos de Saúde ou de forma particular;
- e) Internados voluntária, involuntária ou compulsoriamente, e que concordassem em participar da pesquisa;
- f) Apresentaram condições clínicas/psicológicas favoráveis à participação da pesquisa.

4.2.2 Critérios de Exclusão dos Adolescentes

Foram excluídos do trabalho os adolescentes que:

- a) Apresentaram condições clínicas ou cognitivas desfavoráveis à participação na pesquisa.

4.2.3 Critérios de Inclusão dos pais/responsáveis

- a) Ser pai, mãe ou pessoa que está como referência no trato do adolescente internado.

4.2.4 Critérios de Exclusão dos pais/responsáveis

- a) Apresentaram condições clínicas ou cognitivas desfavoráveis à participação na pesquisa no momento da realização da entrevista, e, limitaram o entendimento das questões propostas.

4.3 INSTRUMENTOS

A principal fonte de coleta foi uma entrevista semiestruturada (perguntas abertas e fechadas), cujo roteiro foi inspirado em instrumentos já existentes: Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental – SATIS-BR (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000); Questionário da Trajetória do Tratamento do Usuário de Crack – QTTUC (PEDROSO, 2014); e Escala de Gravidade de Dependência – ASI6 (KESSLER, 2007). As entrevistas foram aplicadas aos adolescentes hospitalizados (Apêndice A), assim como aos seus familiares (Apêndice B) e ocorreram individualmente.

Entrevista tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais utilizada no processo de trabalho de campo. Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador e sempre dentro de uma finalidade. (SLUZKI, 1997, p. 58).

A entrevista semiestruturada teve como propósito caracterizar os adolescentes internados e verificar o itinerário prévio à internação. Assim, a entrevista buscou dados sociodemográficos referentes ao uso de drogas, da internação, da rede de apoio e itinerário terapêutico, dos prejuízos em decorrência do uso de drogas, reflexões de riscos e prejuízos, da avaliação acerca da rede de atenção ao adolescente usuário de drogas e do projeto de vida (Apêndice A).

Durante o processo de entrevista, foi utilizado um instrumento para o mapeamento da rede de apoio (SLUZKI, 1997), a partir do qual foi possível verificar a rede que o adolescente reconhece como sua (ANEXO A). Segundo Sluzki (1997), a rede social pode se apresentar em um mapa mínimo, a partir do qual o adolescente será o protagonista na configuração de sua rede social pessoal.

O mapa mínimo pode estar estruturado por um diagrama formado por três círculos concêntricos (interno, intermediário, externo), divididos em quatro quadrantes: (a) família, (b) amigos, (c) relações de trabalho ou escolares e (d) relações

comunitárias, de serviços (exemplo, serviços de saúde). Com relação à disposição dos círculos, o interno representa as relações mais íntimas consideradas pelo indivíduo, seja da família ou amizades. O círculo intermediário às relações com menos grau de compromisso relacional, tais como relações sociais ou profissionais ou familiares, e o círculo externo registra as relações ocasionais, tais como conhecidos de escola ou trabalho, familiares mais distantes, vizinhos. (MORÉ; CREPALDI, 2012, p. 89).

Na entrevista com pais/responsáveis, foi realizada a coleta de dados sociodemográficos, de uso de drogas, da internação, da rede de apoio, itinerário terapêutico e reflexões gerais (Apêndice B). Ainda, como fonte secundária, foi realizada a análise documental e observação participante.

A observação participante permitiu que a pesquisadora estivesse à frente dos observados, de modo que não ficou aprisionada a um instrumento rígido de coleta de dados ou a hipóteses testadas antes ou após a pesquisa (MINAYO, 2010).

A observação participante pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Sua importância é de tal ordem que alguns estudos a consideram não apenas uma estratégia no conjunto das técnicas de pesquisa, mas como um método que, em si mesmo, permite a compreensão da realidade (MINAYO, 2016, p. 64).

4.4 ESTUDO PILOTO

A fim de testar, revisar e aprimorar os instrumentos e os procedimentos a serem adotados na pesquisa, bem como identificar se estes atendiam o objetivo do projeto, foi realizado estudo piloto com dois adolescentes. De maneira que, mediante autorização dos responsáveis e aceite dos participantes, eles foram avisados se tratar de uma aplicação piloto, cujo objetivo era testar o instrumento para ajustes ou melhoramentos futuros. Essa amostra não foi utilizada como *n* de pesquisa. Percebeu-se que os adolescentes foram participativos, respondendo todo o instrumento proposto, contudo, as respostas foram objetivas. Na pesquisa, ficou mais evidente esse comportamento dos adolescentes de responder sem rodeios, vislumbrando o término do instrumento, logo da entrevista.

A partir do projeto piloto, manteve-se o mesmo instrumento, porém, a forma de aplicação, bem como o questionamento de algumas perguntas foram revistas para facilitar o entendimento. Percebeu-se mais adequado aplicar o questionário ao lado do adolescente com o intuito de facilitar a sua visualização e interatividade.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa atendeu aos fundamentos éticos e científicos pertinentes por envolver seres humanos (BRASIL, 2012b). Assim, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o qual emitiu parecer consubstanciado de aprovação (CAAE: 95628418.1.0000.5327, número do Parecer: 2.925.502).

Todas as pessoas, convidadas a participar da pesquisa, receberam uma explicação sobre os objetivos e a natureza do trabalho, dentre outras informações, que constavam nos seguintes termos: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, direcionado aos responsáveis (familiares) para autorização de participação dos adolescentes (Apêndice C); Termo de Assentimento – TA, direcionado aos adolescentes (Apêndice D); outro TCLE ao familiar participante (Apêndice E). Foi utilizado, ainda, o Termo de Consentimento para Utilização de Dados – TCU (Apêndice F) que se refere às informações coletadas dos prontuários.

O uso dos dados coletados foi exclusivo para fins de pesquisa e implementação da Política de Atenção ao Adolescente usuário de drogas de Caxias do Sul, de acordo com consentimento dos participantes.

4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA

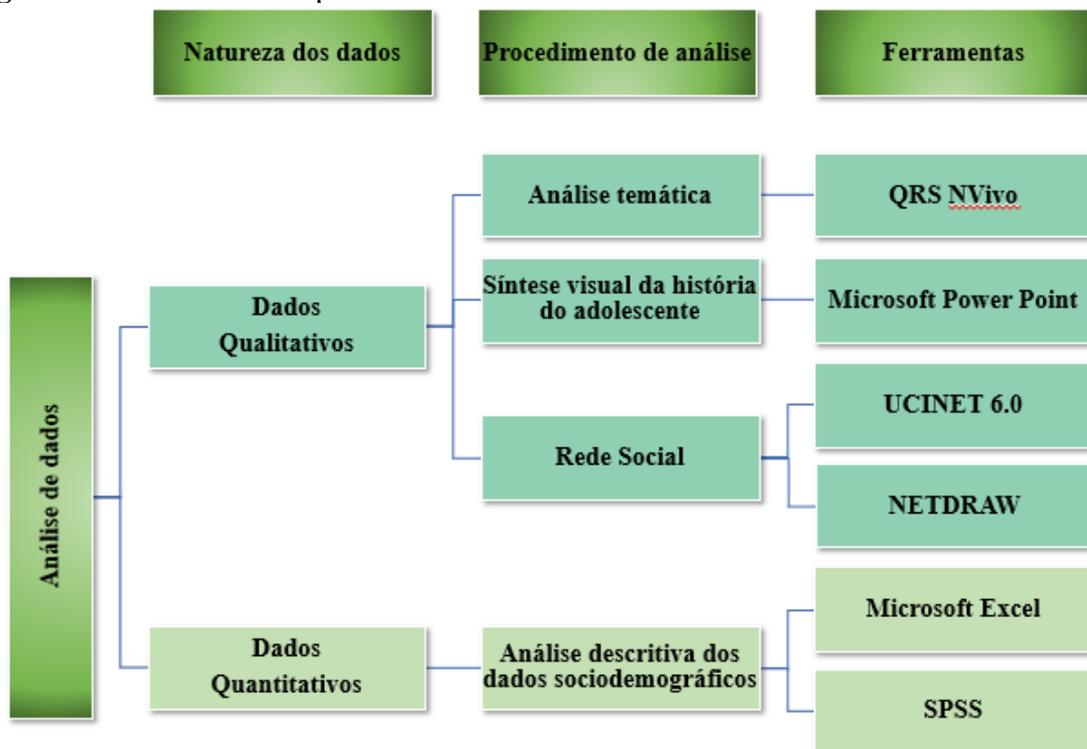
A pesquisadora era informada, pelos hospitais de referência, quando adolescentes com CID¹², referente a F10 a F19, estavam internados. Os profissionais responsáveis por essa informação convidavam o responsável a participar da pesquisa e, em caso de anuência, agendavam data para realização da pesquisa e informavam à pesquisadora. No dia da entrevista com os familiares, era verificada a possibilidade de autorização da participação dos adolescentes. Em caso de permissão, o Serviço Social ou equipe de enfermagem do hospital informava a previsão de alta para a pesquisadora para que a coleta de dados do adolescente ocorresse próxima à data de alta.

¹² A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007).

4.7 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE/ INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Todo o material coletado foi transcrito, analisado minuciosa e exaustivamente, verificando a totalidade, apreendendo as particularidades, realizando codificação/construção de indicadores qualitativos. O relatório de pesquisa foi configurado a partir de dados trabalhados com o propósito de identificar, compreender e interpretar o itinerário terapêutico do adolescente usuário de drogas. O fluxograma, na Figura 1, sintetiza os principais procedimentos adotados para análise dos dados.

Figura 1 – Procedimentos para análise de dados



Fonte: Elaborado pela autora.

Para análise dos dados qualitativos, foi realizada a análise de conteúdo temática, a qual possui as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação (MINAYO, 2016). Na fase de organização e tratamento dos dados, foi utilizado o software QSR NVivo, ferramenta de codificação e armazenamento de textos em categorias específicas, que auxiliou nas análises realizadas. Para os dados quantitativos, foram executadas análises descritivas dos dados sociodemográficos e outras variáveis de interesse, utilizando o Microsoft Excel e o software SPSS.

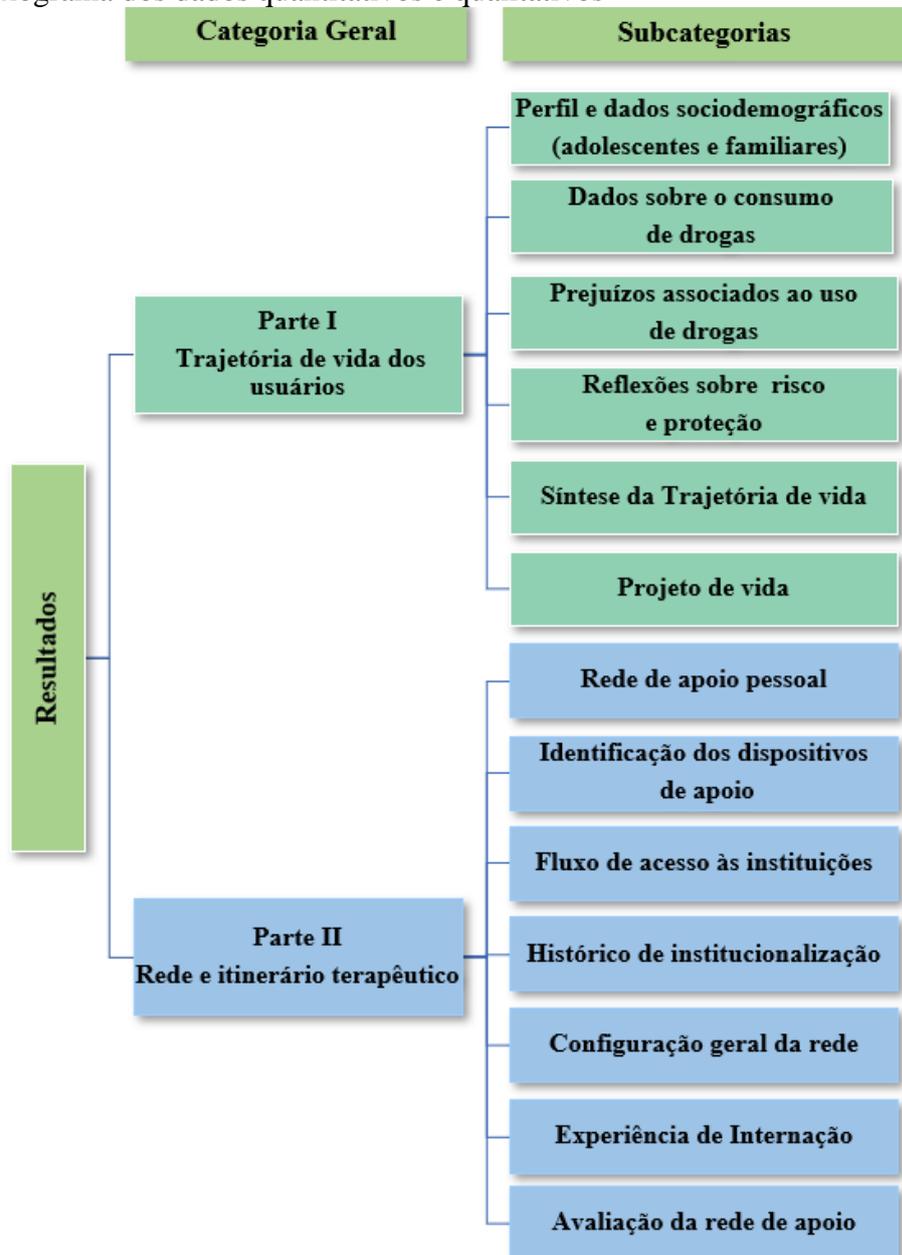
Para entender melhor a trajetória dos usuários, foi realizada uma síntese contextual de cada adolescente participante com auxílio do programa Microsoft PowerPoint. Essa ferramenta possibilitou ilustrar como estes acessaram a última internação, histórias de vida, e atendimentos na rede. Na sequência, foi elaborada uma matriz para análise de rede social a partir dos itinerários manifestados pelos adolescentes e suas famílias. Nessa etapa, *softwares* como UCINET 6.0, NETDRAW auxiliaram no processo de mapeamento de rede, através de construção de gráficos que representam atores de uma rede social e as ligações entre eles. O UCINET 6.0 contribuiu para a realização de cálculos para estudo de características dos atores, bem como das relações.

A partir do arcabouço supracitado, construíram-se os resultados da pesquisa. Por se tratar de um estudo exploratório pioneiro no município, esta dissertação apresenta os resultados praticamente de forma integral para que, posteriormente, os dados sejam reorganizados e apresentados em artigos científicos.

5 RESULTADOS

Foram entrevistados 11 adolescentes e 9 familiares. Para fins de organização e síntese deste relatório, os resultados obtidos serão apresentados em duas partes, de modo a contemplar os grandes temas abordados no projeto, os quais serão analisados em seções específicas, a partir das categorias temáticas elaboradas. As categorias, ilustradas na Figura 2, sintetizam os dados quantitativos e qualitativos.

Figura 2 – Fluxograma dos dados quantitativos e qualitativos



Fonte: Elaborado pela autora.

Em cada categoria foram agrupados, por similaridade, dados quantitativos e qualitativos que tratam do mesmo tema. Vale ressaltar que foram utilizados nomes fictícios para fazer referência a adolescentes em particular na apresentação dos resultados relacionados à trajetória de vida, itinerário terapêutico e rede de apoio.

5.1 PARTE 1 – TRAJETÓRIA DE VIDA

O IT “depende de circunstâncias e de situações biograficamente determinadas” (ALVES, 2015, p.38). Assim, a partir da caracterização do perfil dos adolescentes usuários de drogas em situação de internação no município de Caxias do Sul, das diversas percepções dos participantes e dos dados obtidos por meio de documentos, prontuários e observações, foi possível sintetizar informações relativas à trajetória de vida, e IT desses usuários. Inicialmente, serão apresentados os dados sociodemográficos referentes aos adolescentes e seus familiares; na sequência, dados acerca do uso de drogas, incluindo prejuízos e reflexões sobre risco/proteção e projeto de vida.

5.1.1 Dados sociodemográfico dos adolescentes e familiares

[...] em um dia vivo mil versões reais ou irreais de mim mesma. Maldito transtorno me fazendo duvidar de quem eu sou, hoje sou uma, amanhã já não sei. Um paradigma que nunca conseguirei decifrar, por quê logo eu? Mil vezes troco de roupa todos os dias, queria ter e saber, nesse sentido, como é ter paz. Podia até dizer tanto faz, mas por esse transtorno eu tanto faço. Tanto faço que me perco dentro e fora de mim mesma. Às vezes, quero sumir, assumir outra pessoa para não lembrar do meu passado. Maldito tempo, malditos pensamentos. Meu esforço é maior que o mundo para olhar para o meu armário e não trocar de roupa e assumir outra personalidade. É difícil te juro. Talvez eu fique louca, mas eu estou tentando, dia após dia, lutando contra mim mesma. Só eu posso me ajudar, mais ninguém. Talvez pareça besteira, mas me deixa confusa, perdida, dói não saber quem eu sou, como eu exatamente sou. Quem eu sou? Quem devo ser? Por que eu sou assim? (Maurem, 15 anos).

Conforme a Tabela 1, a idade dos 11 adolescentes entrevistados variou entre 13 e 17 anos (Média±DP = 15,2±1,6 anos). A maioria dos entrevistados (72,7%) era do sexo masculino, autodeclarada com pele parda (72,7%) e adeptos de alguma religião (72,7%). Sete adolescentes informaram ter o Ensino Fundamental incompleto (63,6%) e 4 tinham Ensino Médio incompleto (36,4%), sendo que 4 (36,36%) abandonaram os estudos.

Tabela 1 – Perfil dos adolescentes que participaram do estudo

	n	%
Sexo		
Masculino	8	72,7
Feminino	3	27,3
Cor da pele		
Branca	2	18,2
Parda	8	72,7
Negro	1	9,1
Religião		
Não	3	27,3
Sim	8	72,7
Estudando		
Não	4	36,4
Sim	7	63,6
Escolaridade		
Fundamental incompleto	7	63,6
Médio incompleto	4	36,4
Moradia		
Própria	6	54,5
Abrigo	4	36,4

Fonte: Elaborado pela autora.

Seis adolescentes (54,5%) declararam que as famílias moravam em casas próprias, enquanto 4 encontravam-se sob medida protetiva, residindo em abrigos (36,4%). Dentre os que declararam viver com a família, 5 adolescentes relataram dividir a casa com as mães (45,45%) e apenas 1 adolescente morava com o pai (9,1%). Ainda 4 entrevistados (36,4%) informaram viver com irmãos ou irmãs e 2 (18,2%) relataram viver com ambos os avós.

Já a amostra de pais/responsáveis foi composta por 9 pessoas sendo 4 avós (44,4%), 3 mães (33,3%) e 2 pais (22,2%). Seis participantes eram do sexo feminino (66,7%), autodeclarados de pele branca (77,8%) e adeptos de alguma religião (66,7%), conforme Tabela 2. Quanto à escolaridade, 6 informaram ter Ensino Fundamental incompleto (66,7%), 2 Ensino Fundamental completo (22,2%), e 1 Ensino Médio completo (11,1%). Quanto à profissão/ocupação, 3 familiares disseram estar aposentados (33,3%), 2 relatam ser “do lar” (22,2%), 1 metalúrgico (11,1%), 1 trabalha na área de limpeza (11,1%), 1 motorista (11,1%) e 1 confeitiro (11,1%). Manifestaram, ainda, que 8 residem em casa própria (88,8%) e 1 em casa cedida (11,1%).

Tabela 2 – Perfil dos pais/responsáveis pelos Adolescentes que participaram do estudo

	n	%
Gênero		
Masculino	3	33,3
Feminino	6	66,7
Cor da pele		
Branca	7	77,8
Parda	2	22,2
Escolaridade		
Fundamental incompleto	6	66,7
Fundamental completo	2	22,2
Médio completo	1	11,1
Segue religião		
Sim	6	66,7
Não	3	33,3
Profissão		
Aposentado(a)	3	33,3
Do lar	2	22,2
Outros	4	44,4

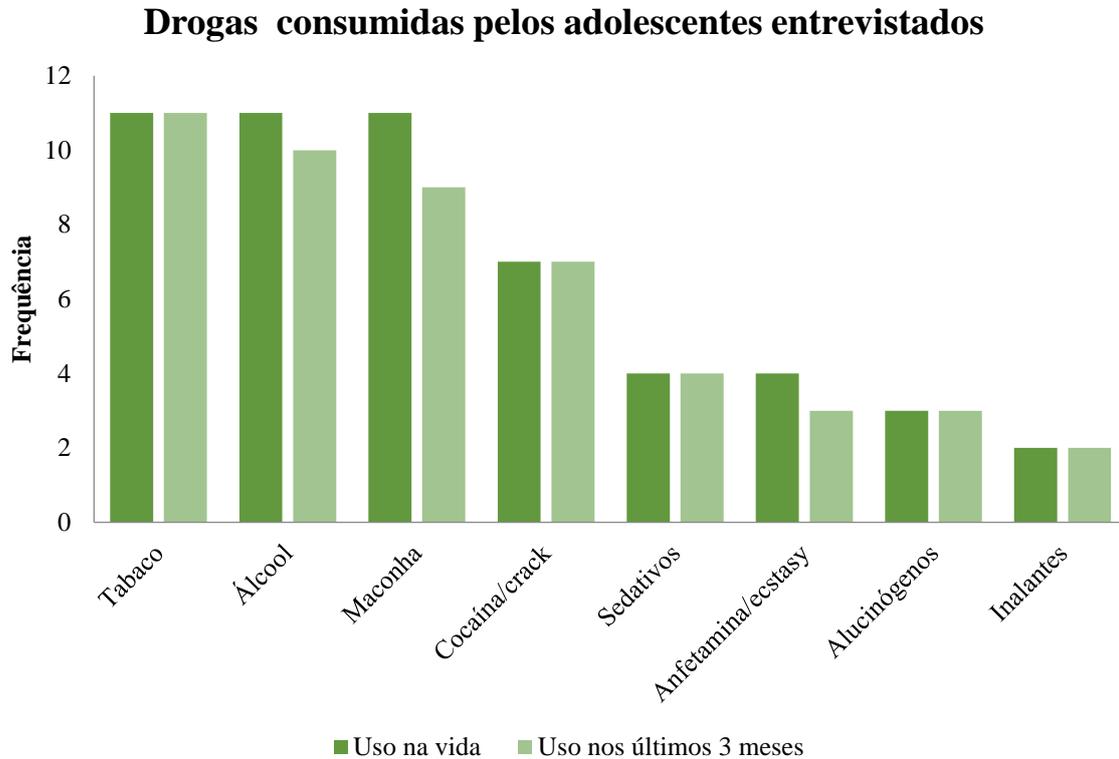
Fonte: Elaborado pela autora.

5.1.2 Dados sobre o consumo de drogas

A fissura te consome
Quando você vê, você some
Ela te consome, repito
Você nela se perde
Por mais que você tente
Você com sua força
Ela pode te deixar até inconsciente
Você treme grita e pede
Mas não caia na tentação
Mantenha os seus pés no chão
Te desejo e peço força
Não é à toa
Que a gente se sente no fundo do poço
Mas calma
Você é forte de carne e osso
E, principalmente, mente.
(Maurem, 15 anos)

A média de idade da primeira experimentação de alguma droga variou entre 11 e 15 anos (Média±DP = 11,2±2,8 anos). Seis adolescentes indicaram o cigarro (54,5%) como primeira droga utilizada na vida, 3 referiram o álcool (27,3%) e 2 disseram ter sido a maconha (18,2%). A Figura 3 traz informações referentes ao uso recente de drogas e também ao longo da vida.

Figura 3 – Número de adolescentes que utilizaram diferentes drogas alguma vez na vida ou nos 3 meses que antecederam a entrevista.



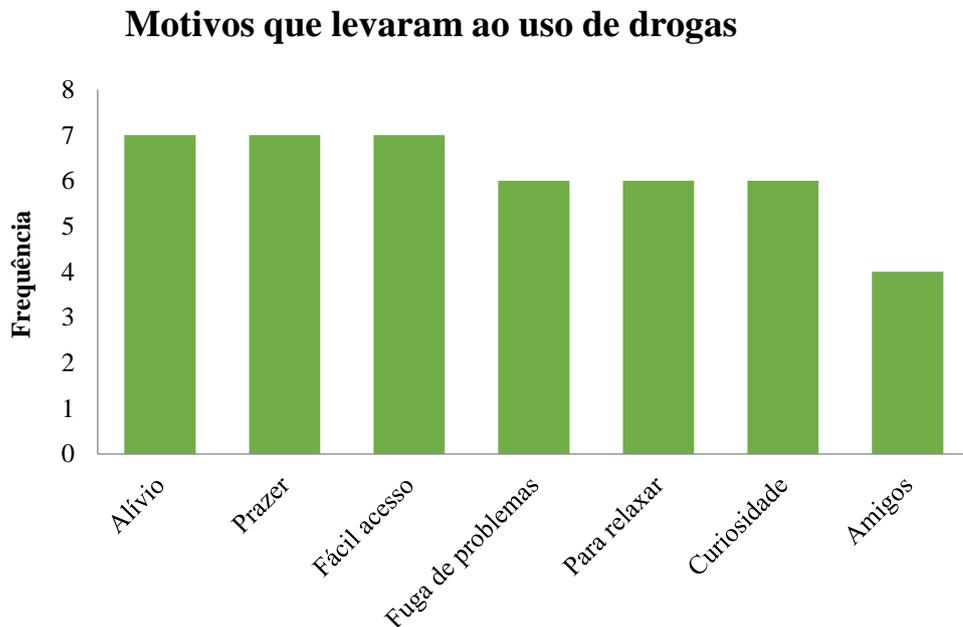
Fonte: Elaborado pela autora.

Todos os entrevistados referiram já ter consumido alguma bebida alcoólica, ter feito uso de cigarro e também de maconha alguma vez na vida. Quando questionados sobre o uso dessas substâncias nos 3 meses anteriores à entrevista, todos informaram terem usado cigarro, 10 (90,9%) consumiram bebida alcoólica e 9 (81,8%) fumaram maconha. Sete entrevistados (63,6%) informaram ter feito uso de cocaína e/ou crack nos 3 meses anteriores à entrevista. O consumo de ecstasy e de sedativos, alguma vez na vida, foi relatado por menos da metade (36,4%) da amostra. Além disso, 3 adolescentes (27,3%) referiram uso recente de alucinógenos e 2 (18,2%) informaram terem utilizado inalantes nos últimos 3 meses, conforme dados da Figura 3. Nenhum dos 11 adolescentes referiu ter feito uso de drogas injetáveis.

Sete adolescentes (63,6%) informaram que, nos 3 meses antecedentes à entrevista, tiveram algum problema de saúde, social, legal ou financeiro decorrente do uso de drogas. Desses, 3 informaram que tiveram problemas decorrentes do uso de álcool (43%), outros 3 tiveram problemas com relação ao uso de maconha (43%) e 4 manifestaram ter prejuízos por causa do uso de cocaína (57%).

Quando questionados sobre amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação referente ao uso de algum tipo de droga, todos os adolescentes informaram que, em algum momento de sua trajetória, “houve preocupação por parte de alguém”. Com exceção de um dos participantes, todos os outros informaram que essa demonstração de preocupação teria ocorrido nos últimos 3 meses.

Figura 4 – Motivos apontados com maior frequência pelos adolescentes quando questionados sobre o que os levou a usar drogas.



Fonte: Elaborado pela autora.

Quando questionados quanto aos motivos que os levaram ao uso de drogas, conforme Figura 4, a facilidade de acesso à droga, a sensação imediata de prazer e o desejo de aliviar sentimentos negativos foram apontados por 7 adolescentes (63,6%). A curiosidade, a “fuga dos problemas” e o desejo de relaxar foram elencados por 6 adolescentes (54,4%). A influência de amigos, por sua vez, foi incluída entre as razões para o uso de drogas por 4 adolescentes (36,4%).

Entre os 3 adolescentes (27,3%) que informaram haver outro motivo, um deles relatou que começou a usar drogas por “vontade própria”, enquanto outro entrevistado informou o fato de “não ter os pais” como um dos fatores que o levou a usar drogas. O fácil acesso às drogas estava, em várias entrevistas, associado a alguma pessoa próxima ao adolescente. Entre elas estavam inclusos namorados, amigos e até mesmo irmãos:

[...] foi com ele (namorado), que eu havia usado. Ele levou porque eu falei que eu queria experimentar, porque o meu irmão também tinha dito que era legal (Laura, 13 anos).

Quase todos (n=10) possuíam histórico de uso de drogas na família, sejam lícitas ou ilícitas. Em alguns casos, esse uso era realizado pelas figuras paterna e materna: “(mãe usa) *crack e bebida também. Ela mais bebe e fuma do que eu*” (Edir, 17 anos).

Mesmo identificando que, em muitas famílias, já havia histórico de uso de substâncias, constatou-se que 45,45% dos familiares souberam do uso de drogas pelos adolescentes recentemente, o que retardou ações de prevenção e identificação de possíveis problemas.

Diz ele que, ele tinha três anos atrás, uns 11, e eu não sabia (avó de Paulo, que residia com ele, procurou o CAPS pelo comportamento/atitudes do neto. A princípio não percebia que era usuário de drogas, mas o neto disse que já fazia uso há 3 anos).

Não, não sei. Como diz o outro, eu tenho a desconfiança, mas não sei, né, não posso. [...] mas disseram que sim (pai de adolescente, de 14 anos, que não residia com ele).

5.1.3 Prejuízos associados ao uso de drogas

Em relação às consequências legais em decorrência ao uso de drogas, 5 adolescentes (45,5%) afirmaram que não se envolveram em ilegalidades; 3 (27,3%) apontaram ato ilícito ligado a drogas, 1 (9,1%) referiu infração praticada por jovens (ex.: fugir de casa, violação do toque de recolher, vadiagem); 1 (9,1%) envolveu-se com brigas; e 1 (9,1%) informou que foi encaminhado para a delegacia e Conselho Tutelar, porém não especificou o ato que ocasionou tal encaminhamento. Seis adolescentes (54,5%) afirmaram que se envolveram em brigas decorrentes do uso de drogas e que, no caso de um deles, teve consequências legais.

Outros prejuízos associados ao uso de drogas foram mencionados pelos adolescentes. Uma adolescente (9,1%) referiu ter sido abusada sexualmente e outra (9,1%) referiu ter se prostituído. Em relação ao tráfico de drogas, 6 adolescentes (54,4%) manifestaram o envolvimento com essa atividade ilícita. Tentativas de suicídio em decorrência do uso de drogas foram afirmadas por 4 adolescentes (36,4%). Já no que se refere a ausências na escola, motivadas pelo consumo de substâncias, 6 adolescentes (54,5%) apresentaram esse relato,

sendo que um deles enfatizou ter abandonando a escola em decorrência de sofrer *bullying*¹³. Nenhum dos participantes relatou ter se envolvido em acidentes de carro/moto em decorrência ao uso de drogas. Constatou-se que, quando convidados a refletir acerca da forma como vivenciavam esses prejuízos e como estes afetavam o seu comportamento, os adolescentes se atinham ao relato dos fatos ocorridos sem crítica sobre os acontecimentos:

[...] penúltima vez que fugi de casa, que a minha mãe me pegou num ponto de tráfico, eu fiquei, eles deixaram ficar lá de noite, é. Tipo, eu fugi de casa e não tinha lugar pra ficar, daí eu pedi, o cara era meu amigo, eu falei assim pra ele: “deixa eu fica aqui essa noite, depois daí eu vendo pra ti, daí tu pode sair e eu tomo conta pra ti”, daí eu fiquei lá vendendo [...] (Wellington, 15 anos).

[...] num dia eu peguei um revólver do meu vô pra ver, eu daí entreguei na mão dele e ele chamou a polícia [...]; e já me algemaram e daí me levaram pra delegacia. [...] Até que meu vô perdeu o revólver [...], ele tinha medo, eu acho (Edir, 17 anos).

Ao confrontar o episódio descrito acima por Edir com o relato de seu avô sobre o mesmo fato, observa-se que a percepção de ambos é diferente, uma vez que, o avô refere ter vivenciado a situação como uma ameaça, pois o adolescente “queria os seus bens”.

Os relatos, a seguir, evidenciam a percepção dos familiares, que refletem criticamente e, de modo geral, conseguem mensurar mais os prejuízos acerca do uso de drogas:

Ele estava tendo problemas já financeiros, estava gastando bastante por dia. [...] Ele ficou debilitado, não comia, não dormia de noite. Cheio de feridas assim no corpo, não sei o que que é aquilo [...] Se não conseguisse a droga, ele ficava violento, quebrava tudo e te avançava, avançava até no irmão mais velho. Bom, ele quebrou uma televisão de 43, me estourou a televisão, duas vezes [...], por causa de briga com o irmão. [...] Ele perdeu todos os documentos agora, eles roubaram [...] todos os documentos, celular, tudo, quando ele desembarcou do ônibus, assaltaram ele e levaram [...]. Não falta nada pra eles, eu dei cinco bicicletas, eles destruíram, eu dei notebook, eu dei celular, tem internet. [...] Eles têm de tudo, eu não sei porque a droga foi atrás de nós, culpa da sua mãe (avô de adolescente de Edir).

Agora estavam cobrando ele, né? Tava só cobrando ele o que ele tinha que pagar. [...] É, ele disse que o cara entregava e depois ele

¹³ O termo *bullying*, conhecido também como violência escolar ou intimidação sistemática, é caracterizado por um desequilíbrio de forças, no qual existe a intenção de prejudicar e humilhar, de modo repetitivo e constante (CAMPOS *et al.*, 2018).

vendia, e depois ele consumia, sei lá eu, e ele começou a mentir, mentir, mentir (avó de Paulo).

Várias. Perdeu muito. Perdeu o emprego, perdeu a namorada, perdeu o colégio, já faz três anos que tá na mesma série, não anda. Perdeu o pai, que o pai não apoia ele, não quer mais saber dele. As irmãs, uma delas, não tá nem aí. Uma ainda briga, briga, mas está sempre junto, que é a mais velha, mas também disse, “não me peça para visitar” (mãe de Adriano).

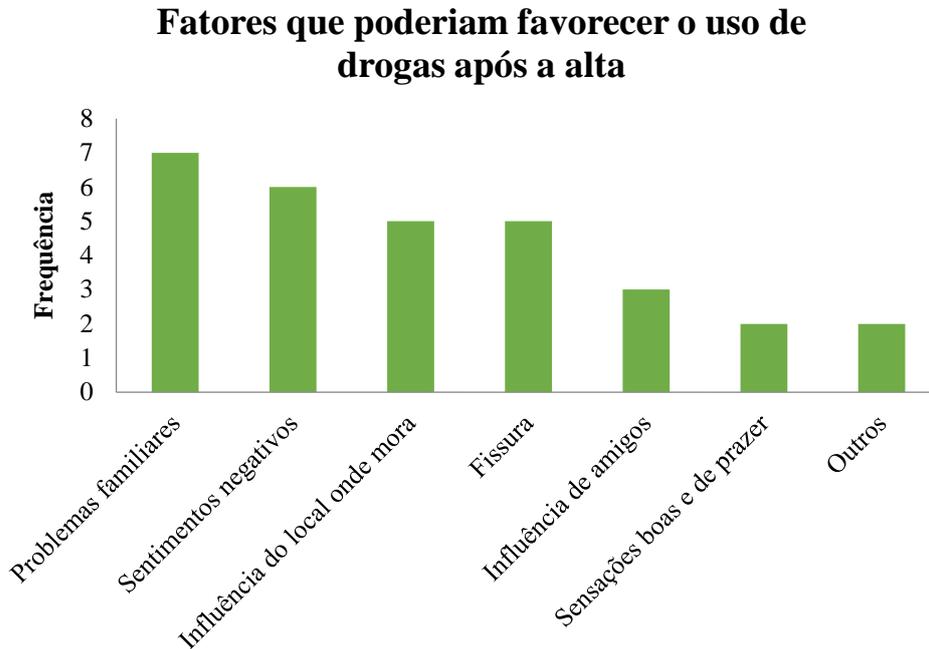
[...] ele foi ameaçado de morte. Então eu tenho medo que ele saia daqui e volte. Porque como ele conseguia dinheiro fácil, as pessoas, né, que não interessa quem são, as pessoas, porque ele conseguia fácil, a pessoa ameaçava ele pra poder pegar o dinheiro para consumir. Então eles foram até lá em casa me ameaçar e ameaçar ele. Então eu tenho medo de que ele [...] perdemos quatro familiares em um ano e meio (mãe de Carlos).

Observa-se, no relato dos familiares, a ocorrência de prejuízos financeiros, no desempenho escolar, na saúde e relacionais que afetam, não apenas o adolescente, mas todo o sistema familiar (conflitos, afastamentos e rupturas de vínculos). Da mesma forma, fica evidente a vulnerabilidade e a exposição a situações violentas, que estão, em alguns casos, relacionadas ao envolvimento com o tráfico de drogas.

5.1.4 Reflexões sobre risco e proteção

Após a alta hospitalar, os adolescentes mencionaram alguns fatores que poderiam influenciar a retomada do consumo de drogas (Fig. 5). Sentimentos negativos (ex.: ansiedade/tristeza) foram elencados por 6 adolescentes (54,4%), enquanto que sentimento positivos (ex.: prazer/alegria) foram considerados por 2 adolescentes (18,2%). A influência de amigos e/ou companheiros de uso foi considerada por 8 adolescentes (72,7%) e a influência do local em que residem e a fissura foram destacadas por 6 participantes (54,5%). Problemas familiares foram mencionados por 7 adolescentes (63,6%).

Figura 5 – Fatores que poderiam contribuir para que os adolescentes voltassem a usar drogas após a alta hospitalar



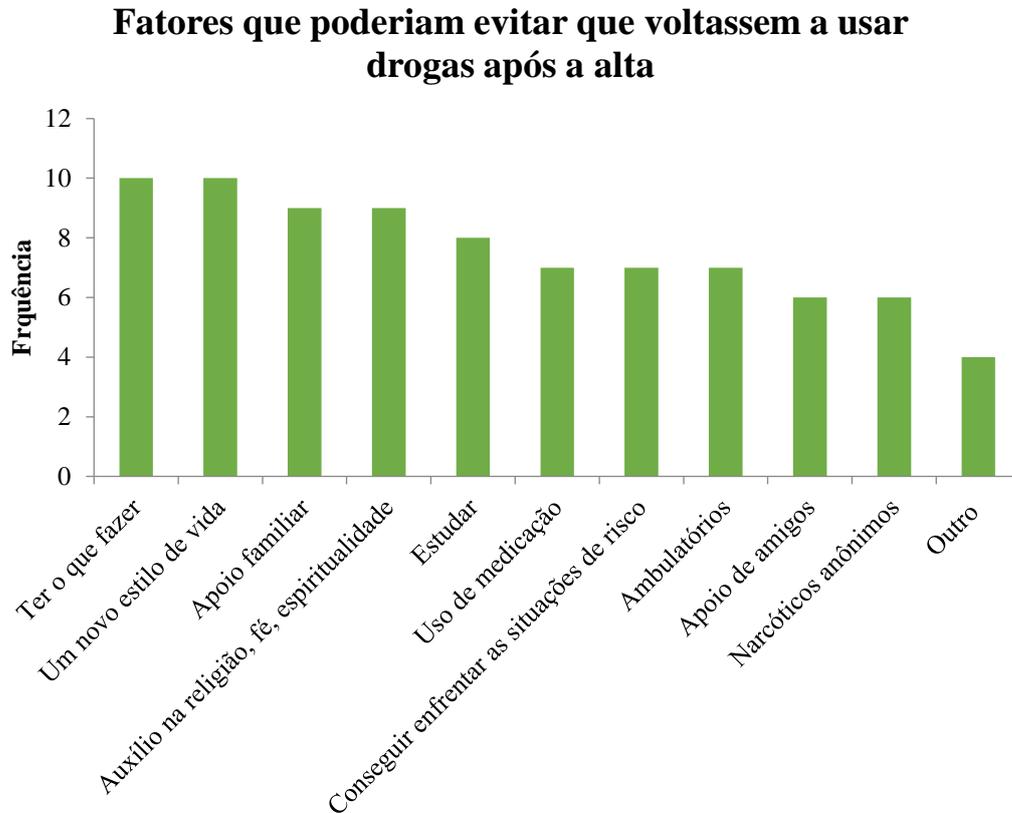
Fonte: Elaborado pela autora.

Nenhum dos participantes considerou problemas ocupacionais (perder emprego, por exemplo) ou problemas legais, como motivos para voltar a consumir drogas. Quando questionados sobre outros fatores que pudessem contribuir para que voltassem a usar drogas 1 (9,1%) adolescente respondeu positivamente, mas não explicitou o que seria, outro (9,1%) enfatizou que não pretendia deixar de usar drogas.

Quanto aos fatores que ajudariam a não retomar o uso de drogas, após a alta hospitalar, 9 adolescentes (81,8%) destacaram o apoio da família; 6 (54,5%) o apoio de amigos; 6 (54,5%) mencionaram o NA (Narcóticos Anônimos); e 7 (63,6%) o tratamento em ambulatórios/CAPS.

Um dos adolescentes (9,1%) destacou que nada contribuiria para evitar o uso de drogas, assim como ninguém influenciaria para que realizasse tratamento. Nesse contexto, as pessoas que mais influenciam no tratamento, elencadas pelos adolescentes, foram as mães (mencionadas por 45,5% dos adolescentes), os avôs (18,2%), os tios (18,2%), os irmãos (18,2%), os abrigos (18,2%), o pai (9,1%), o noivo (9,1%), o CAPS (9,1%), e o diretor da escola (9,1%) (Fig. 6).

Figura 6 – Fatores que poderiam evitar que os adolescentes voltassem a usar drogas após a alta hospitalar



Fonte: Elaborado pela autora.

Aos familiares também foi questionado sobre fatores que consideram de risco e proteção ao uso de drogas. Assim, alguns riscos considerados incluem as companhias, os problemas de relacionamento familiar e a falta de ocupação (escola/ trabalho).

[...]ele falou com o psicólogo que ele não gosta do padrasto. O meu medo é que aconteça alguma coisa em casa, que brigue e que ele fuja e volte. Até eu falei para ele que, se ele quiser ficar uns tempos comigo, ele pode ir, né? [...] Só que, como a assistente social disse que o problema é na casa, então o meu medo é esse, né? Que na primeira situação, ele fuja de novo, né? (avó de Welington)

Eu acho que os amigos. Segundo lugar, ele ficar sozinho em casa, ele não tem trabalho, ele não tem motivação pra ir procurar. (mãe de Adriano)

Estar mal acompanhada, né? Faz pouco tempo que a gente conhece ele. Não se sabe nada (se referindo ao namorado que levou drogas para a adolescente - pais de Laura).

É possível observar os fatores de risco, presentes nas próprias relações familiares, exemplificados nesta fala:

[...] Hoje ele já me disse que é pra mim guardar um dinheiro [...], porque ele quer fazer um churrasco, não para os amigos dele, porque ele não tem amigo, mas pra família dele. E aí a família dele é o quê? Se o próprio cunhado dele queria matar ele por causa das drogas. [...] Daí eu disse pra ele, “cara, tu vai reunir quem? Se teu próprio cunhado quis te matar. Teu pai não tá nem aí pra ti. Vai reunir tuas irmãs e tuas sobrinhas?” Só. Então, vai reunir? [...] Ela me perguntou, “o que que tu vai fazer no Natal?” Nada. [...] Vai puxar bebida, puxa droga, puxa o cigarro, já vem a desavença. Não, prefiro ficar sozinha. Sabe? (mãe de Adriano).

Na vinheta a seguir, é possível observar que a familiar estabelece, como fator de risco, uma ligação entre a facilidade de acesso a drogas e o pouco tempo de internação. Ou seja, destaca que, a possibilidade de uma internação de longo prazo (modelo comunidade terapêutica), seria uma maneira de manter o adolescente comprometido com o tratamento e distante de fatores de exposição em sua própria comunidade, os quais podem desencadear uma recaída:

[...] com o perdão da palavra, essas porcarias, esses lugares (cenas de uso) são muito pertinho da minha casa. [...] Porque é a segunda vez que ele tá aqui, né? E 15 dias eu acho pouco na clínica. Porque 15 dias ele tá aqui, ele tem ajuda, ele tá fazendo o tratamento direitinho. Eu penso assim, no sair dele, entendeu? [...] Tivesse alguma atividade para cada pessoa fazer. Porque como ele é de menor... ele fez 15 ontem, né? Como ele é de menor, é mais complicado botar num lugar assim, fazenda, sabe? [...] ele tá sem estudar (mãe de Carlos).

[...] Queria botar ele numa fazenda, mas como não tem. Isso que precisa aqui, né? (avô de Edir).

Conversei com a enfermeira dele, do CAPS, que eu pedi pra ela, pedi ajuda, né? Botar ele numa chácara, numa fazenda, que tem essa opção. Porque lá ele vai ficar mais, ele vai ter atividades, né? Eu não conheço esse local, mas diz que é muito bom para as pessoas que tão assim, se ajudar, eles ajudam, tem acompanhamento de psicólogo, psiquiatra, enfermeira, tem todo um apoio nesse local (mãe de Carlos).

Quanto aos fatores de proteção contra o uso de drogas, o fato do adolescente estar inserido na escola foi manifestado por 4 familiares (44,4%). Também foram destacados a importância de estar próximo ao adolescente e monitorá-lo além do estabelecimento de relações consideradas “boas companhias”.

Tô de mão amarrada. Se ele morasse comigo, eu podia ter um garantia (pai de Lúcio).

Ter alguém que fique com ele, não 24 horas, mas uma pessoa que pudesse conversar com ele, que ele gostasse, que tivesse do lado dele. Porque ninguém consegue ficar 24 horas com uma pessoa... Às vezes eu fico final de semana, mas eu fico em casa, ele sai. (mãe de Adriano)

[...] A companhia. Que eu mais cuido, que nunca cuido que chega. Ah, eu tô sempre em cima, né? Estou sempre cuidando, sempre proibindo, sempre chamando o tio dele para proteger ele, pra tirar dessa vida. (avó de Paulo)

Se eu pudesse ter condições eu me mudaria de lugar. [...] Aí se eu pudesse tirar ele daqui, levar pra um lugar mais, sabe? Mais mato, mais sítio, um lugar mais calmo. [...] Ajudar ele. Ajudar de todas as formas, de um lado, do outro, para ele não voltar... que a vida dele só tem duas opções se ele ficar nessa, a morte ou ser preso. Porque nessa vida não só ele, mas todas as pessoas não têm... não ajuda, né? Não sei dizer (mãe de Carlos).

O fato de o familiar ter conhecimento acerca dos efeitos que o uso de drogas pode causar durante o período da adolescência também é mencionado.

Eu procurei assim entender um pouco, né? Porque como ele tá na fase de crescimento, primeira coisa que vai atingir é o cérebro, ele vai ficar mais lento. Tem pessoas que eu conheci de pequeno, já ficaram meio vegetais por causa da droga (mãe de Carlos).

Outros destaques como fatores protetivos se referem à importância da oferta de atividades que mantenham o adolescente ocupado.

Ele tem que se ocupar eu acho, né? Que nem agora, ele [...] vai fazer um curso... faz o curso um tempo, depois ele vai trabalhar,

naquilo que ele tá aprendendo, e ele passou no curso, né? Então em fevereiro ele começa, né? Na parte da tarde fazer isso ali, né?

E como ele não tem idade pra trabalhar, mercado, coisa assim, se ele tivesse trabalhando, ele se ocupava, ganhava o dinheirinho dele, né? (avó de Welington).

Que nem, ele sabe fazer malabarismo, eu disse pra ele, “vai pra rua, vai ganhar uns troquinhos. Bota a mochila nas costas e vai procurar um emprego”. Não. [...] ele tem que ter um emprego (mãe de Adriano).

Os familiares expressam que, após a alta do adolescente, pretendem estar presentes, apoiando/incentivando e mesmo monitorando a trajetória.

Combinei com ele que eu vou viajar, vou levar ele junto. Que eu fico mais segura, porque daí se eu tô longe [...], é quase um dia de viagem, né? Aí eu não vou ficar tranquila. [...] Até eu combinei com a minha filha, ela disse “mãe, tu tem que me ajudar, ele fica um pouco contigo, um pouco comigo. A minha filha disse: “não posso dizer assim tu vai morar com a tua vó, senão ele vai achar que eu tô abandonando ele”. Ela disse pra mim (avó de Welington).

Aí é uma pergunta boa. Ela tá fazendo curso, tem que trazer no curso e depois levar de volta, né? Ficar esperando pra levar de volta. [...] Eu acho que vai ser isso aí, dar mais atenção pra ela e cuidar mais dela, né? E não deixar ela chegar perto daquele cara mais (mãe de Laura).

[...] Então, agora ele disse assim, “vô, eu quero ir pra casa, eu quero começar a estudar de novo, eu quero trabalhar”, então eu disse pra ele, “tudo bem, mas se tu fizer isso aí, tu vai ficar comigo, senão, quando tu completar 18 anos, tu pega a tua sacolinha aí e vai embora”, é que nem eu disse pro mais velho ali... (avô de Edir).

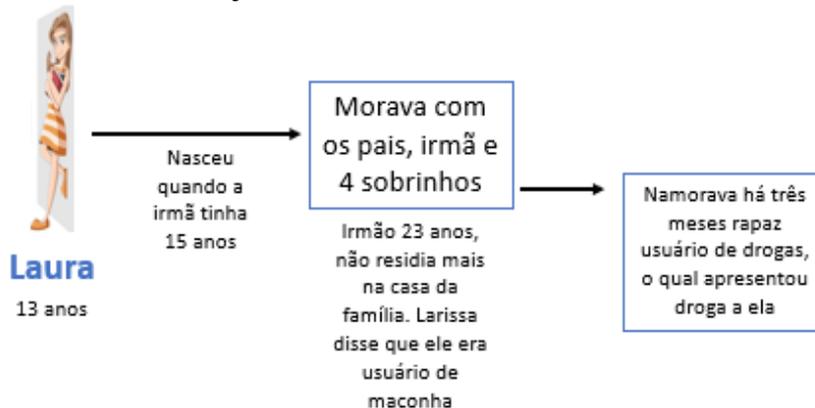
5.1.5 Síntese da trajetória de vida

A partir da entrevista com adolescentes e pais/responsáveis, foi possível elaborar ilustrações de trajetórias que retratam brevemente as histórias de vida dos 11 adolescentes. As histórias podem não ter sido retratadas em sua totalidade ou podem ter partes, possivelmente, suprimidas pelos participantes. De qualquer forma, foi possível identificar alguns aspectos emergentes centrais que se referem ao perfil das famílias e dos adolescentes.

Como já descrito, mais da metade dos adolescentes (45,45%) não residia com pai ou mãe, sendo que 4 viviam em abrigos. Quase todos (n=10) não residiam com o pai e, destes, apenas um mantinha contatos mensais ou bimestrais com o genitor, que mora a

aproximadamente 115km de Caxias do Sul. Dois adolescentes referiram que os pais foram assassinados durante a sua infância; um disse que o pai estava cumprindo pena em presídio por tráfico de drogas e os demais não tinham informações acerca dos pais. Em relação ao responsável legal, 8 adolescentes (73%) relataram mudanças de responsáveis durante a sua trajetória de vida e 2 (18%) possuíam padrastos, com os quais não tinham um bom relacionamento.

Figura 7 – Síntese da trajetória de vida de Laura

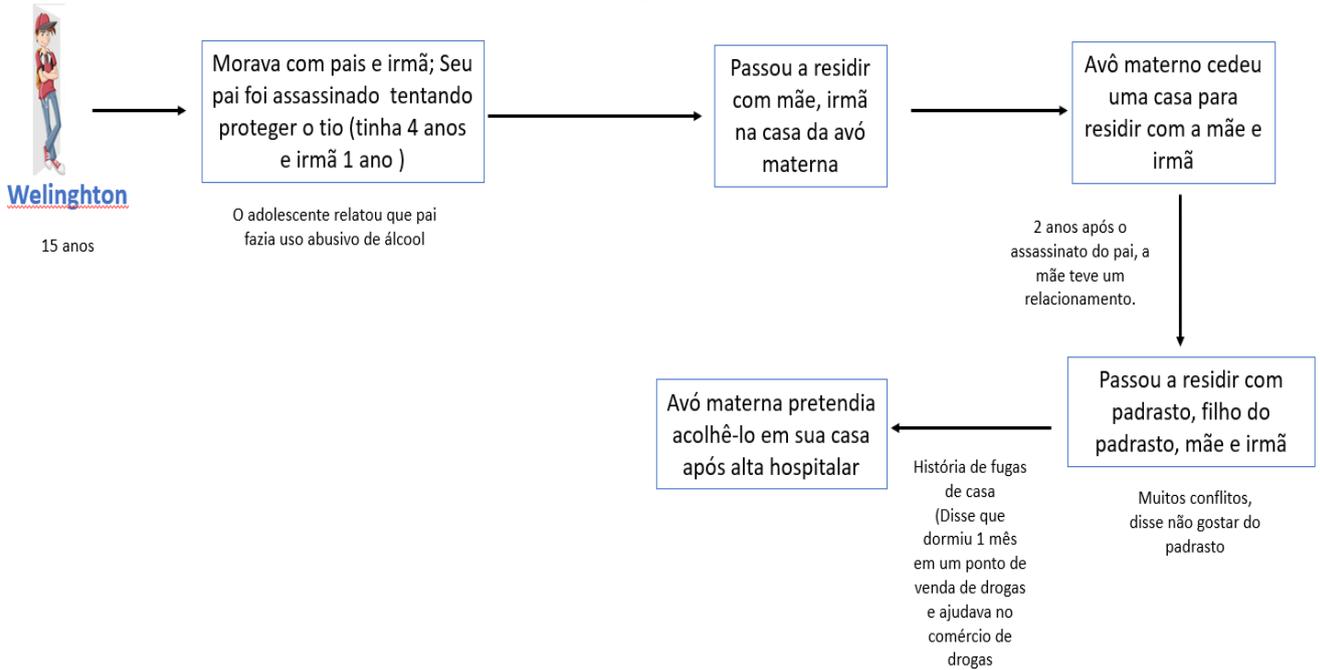


Fonte: Elaborado pela autora.

Na amostra, é perceptível apenas um modelo de família que pode ser classificada como nuclear, constituída por pai, mãe e filhos(as) (SILVA, 2005; SZYMANSKI, 1994), conforme a Figura 7. No mesmo contexto familiar, residiam ainda 4 sobrinhas da adolescente, filhas de sua irmã. Durante a entrevista, constatou-se pais com baixa escolaridade e limitações cognitivas, evidenciadas pelas dificuldades apresentadas ao responder a idade das filhas e sobrinhas. Os pais relataram ainda que, apesar de saberem que a filha namorava um rapaz há 3 meses, o qual frequentava a casa da família, relataram desconhecer a história de vida e da família dele, assim como o uso de drogas por parte dele.

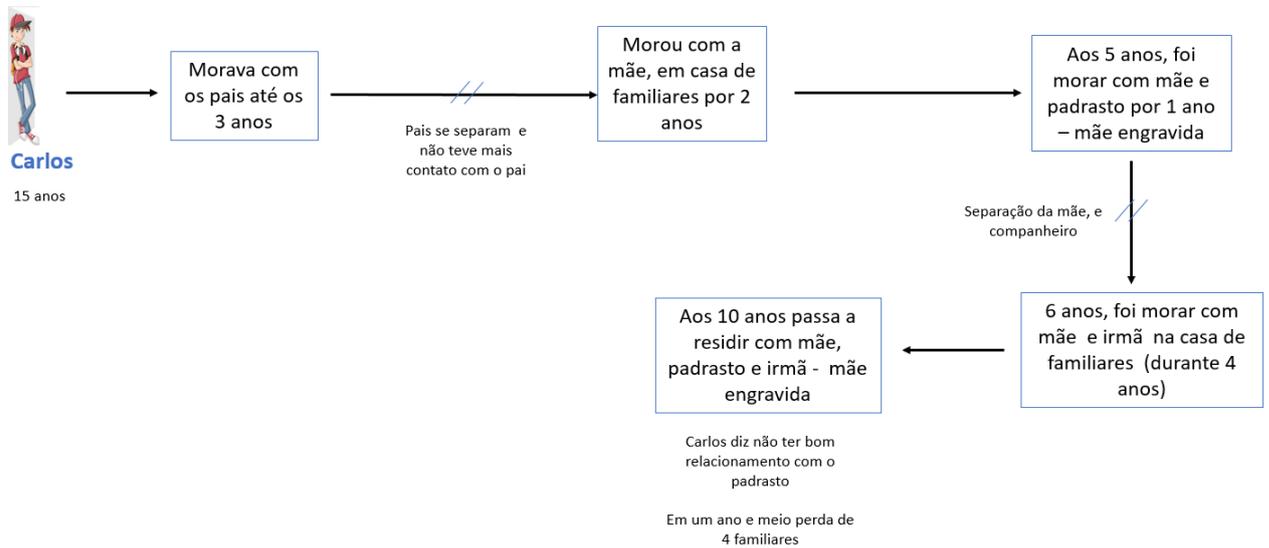
Identificaram-se também trajetórias em que as figuras paternas, por diversos motivos, saíram de cena precocemente, seja por separação ou morte (Fig. 8, 9 e 10).

Figura 8 – Síntese da trajetória de vida de Wellington

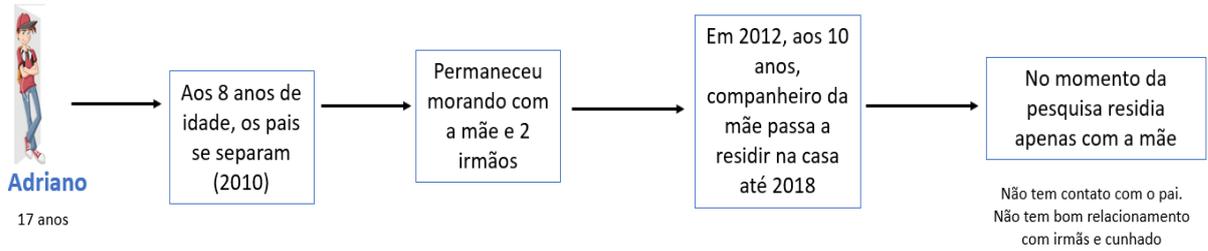


Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 9 – Síntese da trajetória de vida de Carlos

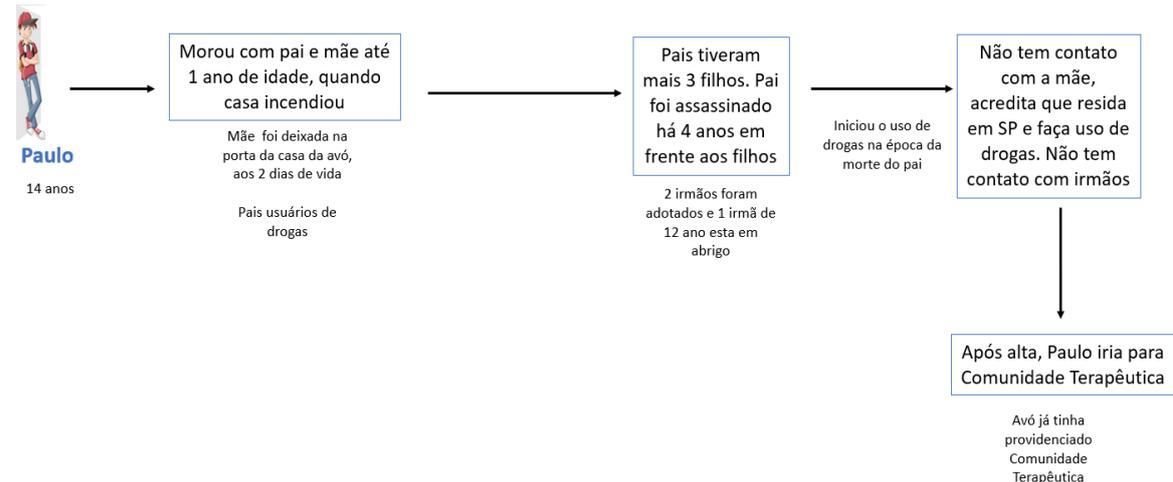


Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 10 – Síntese da trajetória de vida de Adriano

Fonte: Elaborado pela autora.

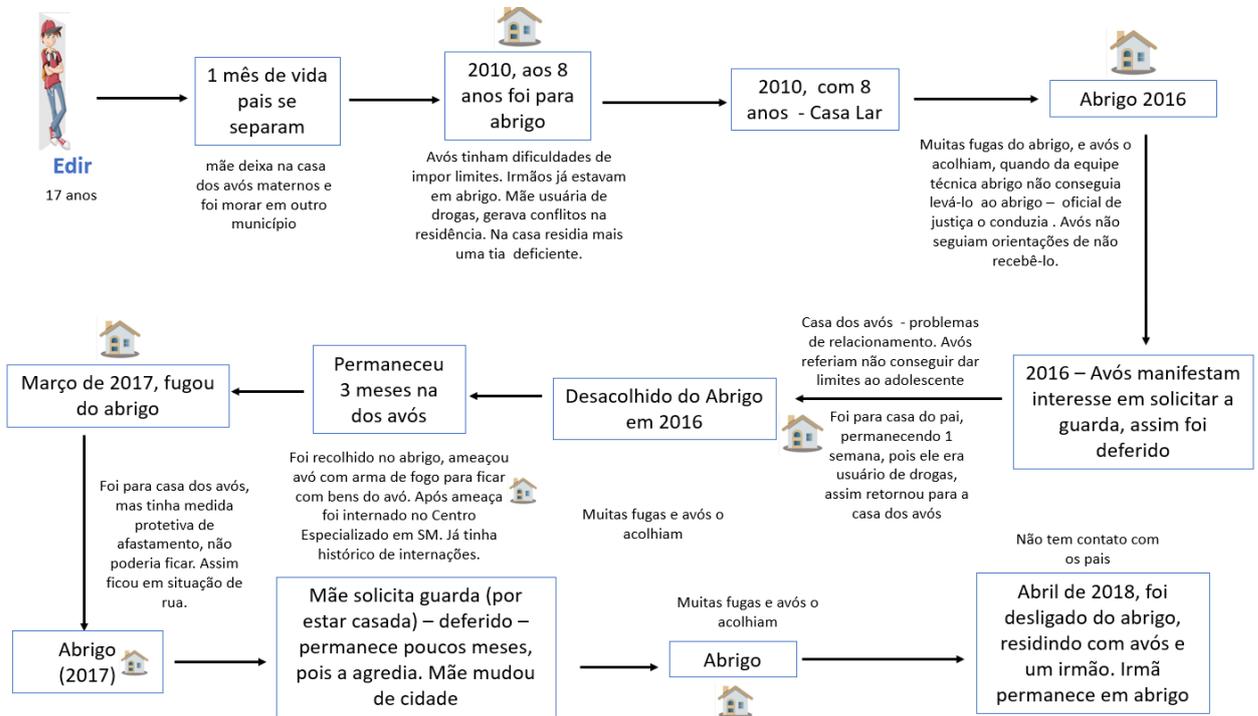
Percebe-se, na Figura 8, a perda do pai por assassinato ainda na primeira infância. Na Figura 9, a perda do pai também ocorreu na primeira infância, porém, através da separação dos genitores, situação que se repete na Figura 10. Nessa última, o adolescente refere não ter tido mais contato com o pai desde os 8 anos, época em que ocorreu a separação dos genitores. Em ambos os casos, apesar de as mães assumirem a responsabilidade pelos cuidados, padrastos passam a integrar o núcleo familiar. Os adolescentes (Fig. 8 e 9) manifestaram, em entrevista, não ter bom relacionamento com os padrastos, o que pode ter contribuído para a manifestação de alguns comportamentos, como fugas, consumo de drogas ou envolvimento com o tráfico.

Figura 11 – Síntese da trajetória de vida de Paulo

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 12 – Síntese da trajetória de vida de Edir

Fonte: Elaborado pela autora.



A ausência da mãe também é relatada, situação em que os avós assumem a responsabilidade pelos cuidados. Nas Figuras 11 e 12, observa-se que, com menos de um ano de vida, os adolescentes foram deixados sob responsabilidade dos avós. Fica evidenciado na fala de um avô o seu papel enquanto esteio da família.

[...] Eu tenho... olha, eu tenho uma cruz, se eu fosse contar para você, uma cruz que acho que nem Deus pode carregar e eu tô carregando. [...] Essa aqui está com uma depressão do último tipo, olha para cara dela (referindo-se à esposa). [...] eu só tenho um problema nas pernas, que eu tenho problemas de varizes das pernas, estou esperando especialista, mas graças a Deus, a cabecinha aqui tá firme ainda. Porque **se não fosse eu o que que seria de nós aí?** (avô de adolescente de Edir).

De acordo com as Figuras 11 e 12, os avós demonstraram afeto, porém manifestaram dificuldades de estabelecer limites, de forma que um dos adolescentes disse ter sido institucionalizado dos 8 aos 17 anos e ter tentado retornar à família sem sucesso. Ambas as Figuras 11 e 12 ilustram casos em que os genitores eram usuários de drogas, especificamente, na Figura 11, o pai foi assassinado e desconhece-se o paradeiro da mãe. Em contrapartida,

na Figura 12, o adolescente referiu nunca ter mantido relacionamento com os pais por conta do uso abusivo de drogas destes.

No entanto, a despeito do alto grau de vulnerabilidade, destaca-se a visão idealizada que o adolescente Edir tem em relação à sua infância antes da primeira institucionalização, aos 8 anos de idade.

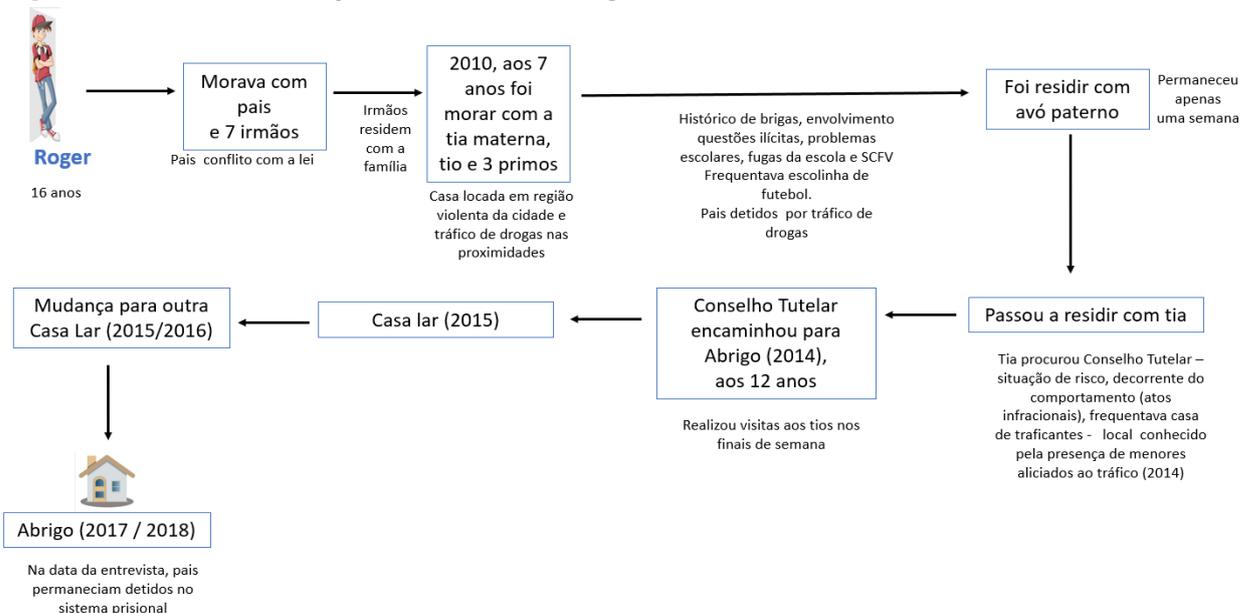
Voltar uma vida feliz. Até os oito, nossa, eu era muito feliz. [...] andava a cavalo e tudo. [...] Ia pro rio com os amigos, meu pai levava.

Ao mesmo tempo, o abandono precoce é referido como uma das causas da sensação de “não ser mais feliz”.

[...] meu pai separou da minha mãe [...] eu era bebezinho, tinha um mês e pouco, daí a mãe me largou com meus avós. Ainda mamava, [...] minha avó tinha que ir num lado e meu avô do outro se não me esmagava. [...] depois eu passei por abrigo. [...] Só que um dia ela (mãe), quando eu era bebê, fugiu, me largou. [...] daí isso que eu tenho trauma.

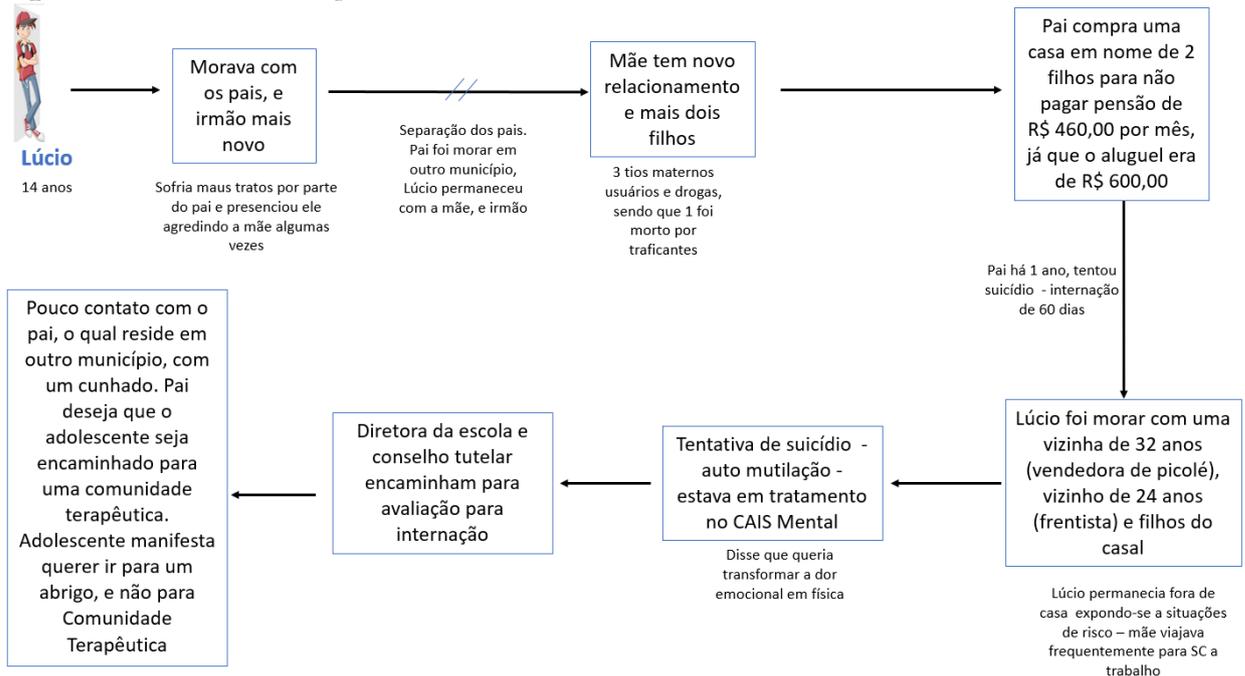
A amostra revelou uma rede de apoio mais próxima com fragilidades, na qual a responsabilidade pelos cuidados foi repassada não apenas a mães e avós, mas também a tios (Fig. 13) e até mesmo vizinhos (Fig. 14).

Figura 13 – Síntese da trajetória de vida de Roger



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 14 – Síntese da trajetória de vida de Lúcio



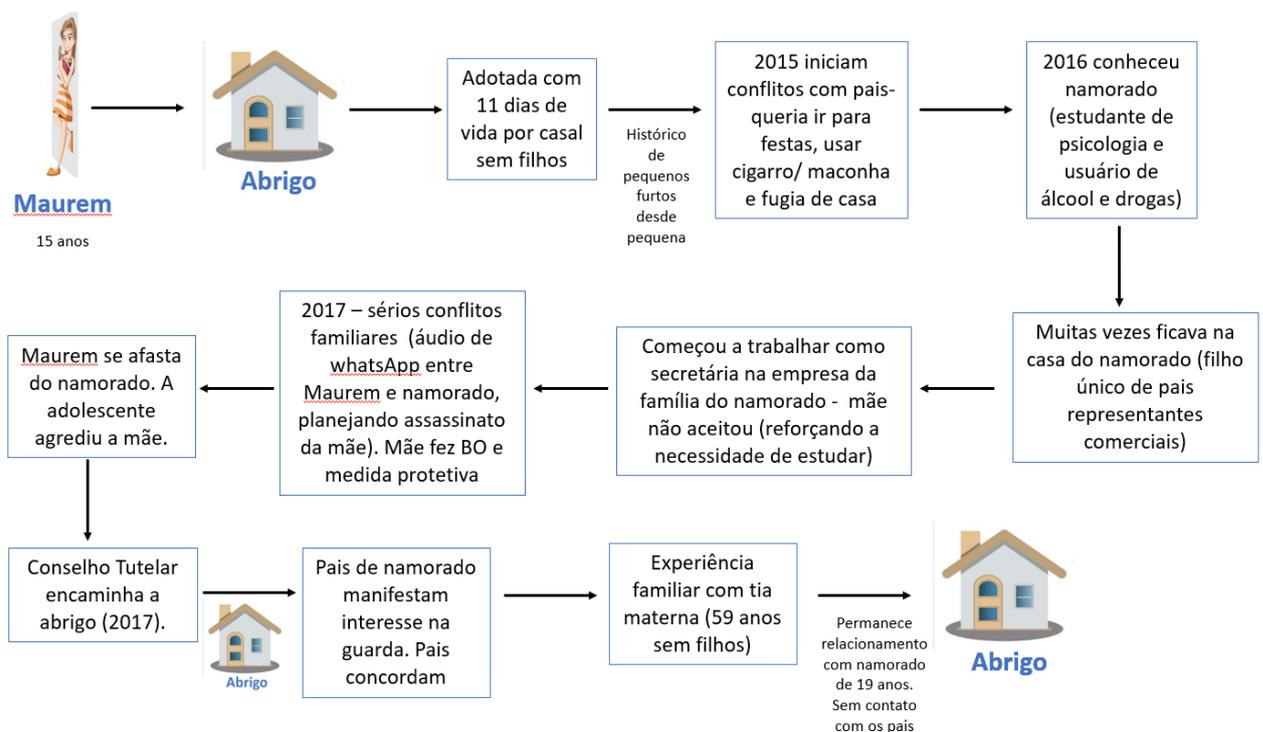
Fonte: Elaborado pela autora.

Na Figura 13, os genitores, além de usuários de drogas, envolveram-se com o tráfico e foram detidos no sistema prisional. Ambos estão aprisionados há dez anos. A mãe saiu por um curto período e retornou. Os cuidados foram passados aos tios maternos, os quais não conseguiram ser continentos diante do comportamento disruptivo do sobrinho, por isso, requisitaram auxílio do Conselho Tutelar, quando o menino chegou à adolescência. Daí em diante, o adolescente foi encaminhado para abrigos e casas lares até a data da entrevista. A Figura 14 apresenta relato de pais separados, histórico de violência intrafamiliar e um genitor com quadro depressivo, permaneceu por um ano internado por tentativa de suicídio. Esse último, praticamente, não tem contato com o menino e atribui isso ao fato de residir em outro município. A mãe, por sua vez, teve outros três filhos e delegou os cuidados do adolescente a vizinhos.

Em decorrência da vulnerabilidade familiar, os cuidados foram assumidos por avós, tios, vizinhos e instituições (abrigos e casas lares), retratado nas Figuras 16 e 17.

familiares. A família fragilizada que não foi protetora, a situação de rua e a exposição a riscos desencadearam a institucionalização do adolescente em abrigos e casas lares. Na Figura 16, também estão presentes abrigos e casas lares, pais usuários de drogas que se separaram e fizeram com que a mãe passasse a se prostituir. A adolescente em questão chegou a residir com a mãe, com o pai, com tios paternos, comadre do pai, abrigos e casas lares situados em três cidades. Fazem parte da trajetória um histórico de fuga de abrigos e casas lares, dificuldades de adesão a tratamentos, assim como baixa assiduidade na escola e cursos.

Figura 17 – Síntese da trajetória de vida de Maurem



Fonte: Elaborado pela autora.

A Figura 17 ilustra a destituição de pátrio poder com processo de adoção, efetivado com poucos dias de vida. Outro ponto, a ser destacado na Figura 16, é o plano de assassinato da mãe por parte da filha em conjunto com seu noivo. Tal crime teria como objetivo a obtenção dos bens da vítima, mesma motivação que levou um dos adolescentes a ameaçar o avô com um revólver (Fig. 12). Ambos os adolescentes foram abrigados após esses acontecimentos.

A partir das trajetórias de vida, destacaram-se três eixos: famílias, adolescentes e instituições com alguns elementos respectivos.

Tabela 3 – Eixos e seus respectivos elementos

Eixo	Elementos
Famílias	<ul style="list-style-type: none"> - Uso e tráfico de drogas por parte dos familiares; - Presença e exposição à violência, conflito e maus-tratos; - Mortes violentas; - Negligência; - Possível presença de outros transtornos mentais (tentativa de suicídio, depressão); - Outros elos da família (tios, avós) ou amigos assumindo o acolhimento/responsabilidade pelo adolescente; - Separação dos pais como elemento desagregador da família.
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades de vincular-se a programas de educação ou formação profissional; - Fugas de casa/ abrigos/casas lares; - Uso de drogas e envolvimento com o tráfico; - Agressão e ameaça a familiares.
Instituições	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição a inúmeras vulnerabilidades que, muitas vezes, fazem com que as instituições formais (escola, Conselho Tutelar, abrigo) supram a lacuna da rede familiar fragilizada.

Fonte: Elaborado pela autora.

Nessas trajetórias de vida, é perceptível que alguns elementos podem ter contribuído para o uso problemático de substâncias por esses adolescentes, a exemplo da experimentação de drogas realizada por Leonardo justamente na época da separação dos pais.

5.1.6 Projeto de Vida

Você tem paz?
 Você tem serenidade?
 Serenidade não é escolhida
 Serenidade é para ser colhida
 Quem possui serenidade
 Por você será acolhida
 Serenidade não é fácil
 Com ela não se brinca
 Serenidade se soma
 Ao longo de uma vida.

(Maurem, 15 anos)

No que tange ao projeto de vida, os participantes foram questionados sobre o que os levou a buscar tratamento. Entre os motivos, foram mencionados tanto o desejo de interromper o uso de drogas, ficar bem de saúde e realizar projetos (“ficar bem para poder estar estudando, fazendo cursos” – Laura, 13 anos), assim como a percepção de estar em situação risco (“eu estar me matando” – Paulo, 14 anos). Outra motivação identificada são vínculos estabelecidos com diferentes figuras de referência, sejam familiares (“minha mãe” – Wellington, 15 anos; “meu vô” – Edir, 17 anos) ou de sua rede mais ampla (“diretora da escola” e “Marlon” – amigo descrito como um “tipo pai” – Lúcio, 14 anos).

Quando questionados se pretendiam dar continuidade ao tratamento após a alta hospitalar, 8 adolescentes (72,7%) manifestaram que sim. Em relação ao local que pretendiam realizar o tratamento: 5 (45,5%) mencionaram um CAPSs (“Mudar de vida e não voltar mais a usar drogas com a ajuda do CAPS” – Carlos, 15 anos); 1 (9,1%) via plano de saúde; 1 (9,1%) não soube informar e 1 (9,1%) não respondeu.

Quase todos os adolescentes manifestaram ter projetos de vida após a alta hospitalar, que podem ser considerados de curto, médio e longo prazo. O retorno à escola foi elencado por 6 participantes (54,5%) como um projeto imediato, mas também foram referidos a busca por uma inserção profissional e o desejo de interromper o uso de drogas.

Primeiro de tudo é ir lá para a escola ver como é que está a minha situação, depois procurar um lugar para mim morar e tentar refazer a minha vida de novo. [...] eu quero trabalhar, quero ter uma família, quero largar das drogas, tirar o pensamento de suicídio da cabeça e ficar bem. (Adriano, 17 anos).

Começar a trabalhar. Fazer primeiro meu documento, depois começar, pensar em trabalhar [...] chapeador, que nem meu pai. Ou também pedreiro, que faz casa. [...] ir na minha antiga escola ainda. [...] depois vou pensar em ir no CAPS I . [...] voltar a ter uma vida feliz. [...] Ele (pai) trabalha numa chapeadora, ele é dono. Se eu morar com meu pai, vou pedir pro meu avô dar um terreno pra ele abrir uma chapeação. Isso que eu quero fazer na minha vida. Quero seguir o caminho do meu pai (Edir, 17anos).

Aos dezesseis anos, vou me emancipar, casar com o meu noivo, Frederico, e a gente vai, a gente vai pra Europa. A gente vai se virar lá. Agora é fazer francês. Quero fazer moda e estilo (Maurem, 15 anos, estudante do Ensino Médio).

Fazer faculdade de mecânica na FSG (Faculdade da Serra Gaúcha). Ir para casa jogar meu videogame, deitar, assistir TV, curtir com a

minha família e ir pro parque das águas. E ver minhas irmãs (Paulo, 14 anos, estudante do Ensino Fundamental).

Um adolescente, no entanto, afirmou convicto que o uso de drogas fazia parte de seu projeto de vida.

Sim, de cheirar cocaína. Só isso (Quando questionado se tinha projeto de vida, após a alta hospitalar) (Leonardo, 16 anos).

Identifica-se também, na visão dos familiares, a expectativa de uma alteração de trajetória do adolescente que precisa ocorrer de forma articulada a um projeto de mudança de vida e engajamento no estudo ou trabalho.

[...] tem que caminhar dentro da linha. Se ele tiver um trabalho, uma coisa, eu, para mim, ele vai largar isso aí, porque ele vai começar a guardar o dinheiro. Sempre apoiei, sempre apoiei. [...] Eu disse, “daí quando tu trabalhar, tu vai ganhar teu dinheirinho...”, ele quer comprar uma moto, eu digo, “tu te compra, eu vou, te ajudo também”, mas tu tem que entrar na linha, como o teu avô...”, [...] até tem um cara ali que é pedreiro de mão cheia lá [...], ele disse, “eu pago bem pra ele me ajudar a fazer os arranjos, tudo aí” [...] (avô de Edir).

Eu? A minha vida tá complicada. Se eu tivesse dinheiro, tivesse trabalhando, tivesse condições, ia ser mais rápido para ele se encaixar numa atividade, para ele voltar a estudar. Porque ele faz dois anos que está sem estudar (mãe de Carlos).

5.2 PARTE II – REDE DE APOIO E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

A rede de apoio e o itinerário terapêutico serão apresentados a partir da rede de apoio pessoal, identificação dos dispositivos de apoio, fluxo de acesso a diferentes instituições, acesso a serviços de acordo com a institucionalização, e análise da configuração geral da rede.

5.2.1 Rede de apoio pessoal

Rede de apoio pessoal pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas (ALMEIDA, 2015). Durante o processo de entrevista, foi utilizado um instrumento para o mapeamento da rede de apoio (SLUZKI, 1997) (ANEXO A), no qual os adolescentes deveriam indicar sujeitos ou instituições – dentro de 4 categorias

(família; trabalho/estudo; amizades; relações comunitárias) – que consideravam mais ou menos próximos de si. Os resultados compilados dos 11 adolescentes estão representados na Figura 18, que reflete o número de vezes em que as categorias foram mencionadas no tamanho das bolhas e o quão próximas estavam do entrevistado no eixo horizontal. A rede dos adolescentes foi sendo configurada por eles de forma que, no quadrante família, foram citados membros da família nuclear (pai, mãe, irmãos), mas também da família extensa (avós, tios, primos) e família recomposta (padrasto). Esses familiares nem sempre aparecem no círculo mais próximo ao adolescente e, em alguns casos, foram alocados fora do mapa de rede.

Constatou-se que nenhum adolescente apontou a figura paterna no círculo interno, o qual representava as relações íntimas – as pessoas que considerava importante – com que poderia contar no cuidado; já a figura da mãe foi elencada como próxima por 6 adolescentes (54,5%). No contexto das relações de trabalho/escola, alguns adolescentes mencionaram a escola ou componentes desta (colega, diretora) como fonte de apoio importante e, para 6 deles, a escola estava situada no círculo intermediário ou mesmo distante. Isso mostra que, apesar da maioria deles manter o vínculo com a escola, a relação com essa instituição precisa ser fortalecida. Cumpre mencionar ainda que dentre as relações comunitárias, mencionadas como próximas, destacam-se o CAPS, Igreja, Abrigo, UBS, Centro Educativo e Polícia.

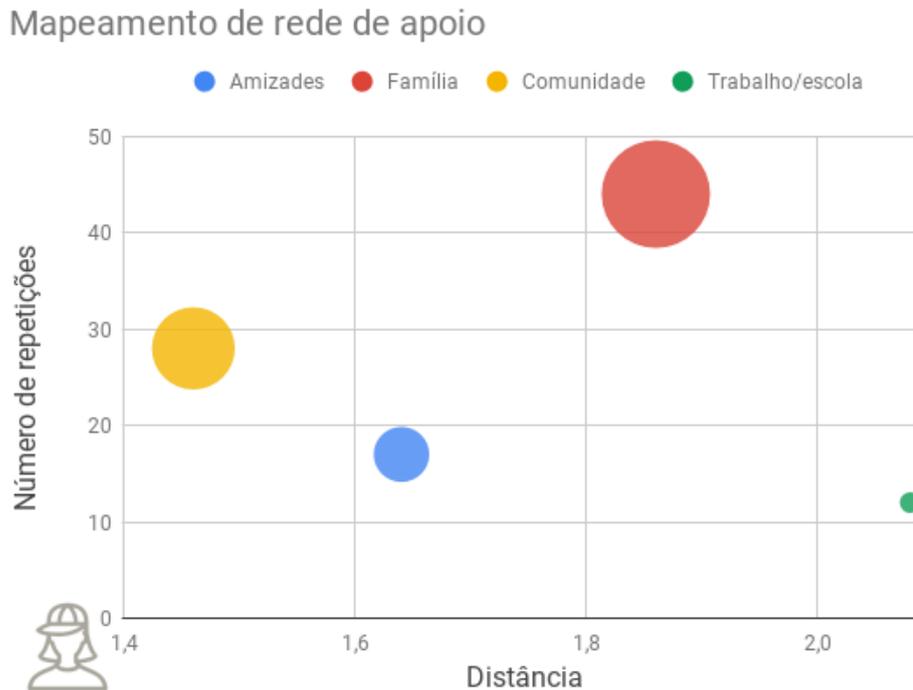
Os dados nos mostram que, apesar dos familiares serem lembrados com mais frequência pelos adolescentes, estes normalmente estão afastados deles, aparecendo mais distante que outras instituições. Corroborando com a percepção dos adolescentes, quatro familiares manifestaram o não engajamento no tratamento dos adolescentes. “Eu moro em outra cidade, dá cento e poucos quilômetros daqui, então eu não posso (pai de adolescente de 14 anos). E cinco familiares verbalizaram a participação, mas com limitações.

[...] eu só posso levar ele, e largo no portão, e depois vou buscar. Eu não posso ficar com ele lá (referindo-se a dificuldade de acompanhar o filho no CAPS, em decorrência de seu trabalho). Mas ele vai uma ou duas vezes depois não vai mais, e não tem ninguém que obrigue a ir (mãe de adolescente de 17 anos).

[...] eu queria ajudar mais, eu não consigo, porque eu tô sem serviço. Se eu tivesse... o que falta pra mim é dinheiro. Se eu tivesse dinheiro eu tinha procurado mais, tinha insistido mais, entendeu? (mãe de adolescente, 15 anos).

Os sujeitos/instituições referentes à comunidade constituíram o grupo mais próximo dos adolescentes.

Figura 18 – Compilação dos dados oriundos dos instrumentos de mapeamento de rede dos 11 adolescentes da amostra¹⁴



Fonte: Elaborado pela autora.

Ainda, o mapa de rede (ANEXO A) foi utilizado para análise do tamanho da rede de cada jovem e proximidade com os componentes, a qual incluiu também elementos mencionados nas falas dos adolescentes e dos pais/responsáveis. No que esse refere ao tamanho, é considerada adequada uma rede média com aproximadamente, oito membros (MORÉ; CREPALDI, 2012; SLUZKI, 1997). A rede média é mais efetiva em relação às menores ou numerosas, haja vista que uma rede pequena sobrecarrega seus membros, e uma rede numerosa pode ficar inativa, visto que os membros podem acreditar que outros estariam a prestar cuidados a quem necessita Sluzki (1997). Nessa pesquisa, constatou-se que menos da metade dos adolescentes (27,3%) apresentou uma rede média, tendo em torno de 8 membros, considerada como ideal; (18,2%) uma rede pequena, aproximadamente de 5

¹⁴ O tamanho das bolhas representa o número de vezes em que as entidades/indivíduos de diferentes círculos sociais foram mencionadas pelos adolescentes, indicados no eixo vertical. O eixo horizontal mostra o quão próximas estão as entidades/indivíduos dos adolescentes, que estariam no ponto de cruzamento entre os dois eixos.

membros; e (54,5%) com rede grande, sendo a média de 12 membros. Cabe ressaltar que, a média geral de membros da rede dos adolescentes foi 10, o que pode ser definida enquanto uma rede grande.

5.2.2 Identificação dos dispositivos de apoio

Quando questionados sobre serviços que ofertam tratamento para o uso de álcool e outras drogas dos quais tinham conhecimento, a UPA e o PA foram mencionados por 5 participantes (45,4%). Além disso, o mesmo número de adolescentes (45,5%) informou já ter realizado tratamentos para o uso de drogas anteriores à internação vigente.

No que se refere ao serviço/dispositivo/ONG (rede formal/informal), que consideravam importante, mais da metade dos participantes (n=6) não indicou acesso - ou não lembrava algum local dessa natureza em que tivessem recebido apoio. O CAPS foi mencionado por apenas dois participantes, assim como foram citados o Centro Especializado em Saúde Mental, AA/NA, Empresa Marcopolo, Abrigo e Centro Educativo. Os adolescentes foram questionados acerca de serviços/dispositivos, ONG (rede informal/formal) que consideravam importante, que já haviam recebido apoio, assim apenas 2 (18,2%) manifestaram ter recebido apoio da associação de bairros.

[...] Apoio psicológico. é, porque tipo, eu fazia numa instituição lá, que era pela LEFAN, tipo, a Casa do Adolescente, tipo um centro de recreação, aí eles, tipo, quando eu me sentia mal, aí tipo, eu ligava pras professora e marcavam um dia pra mim lá, pra mim falar com as psicóloga. [...] passava o turno no circo, dança, música, teatro. [...] era a uma quadra da minha casa. [...] saí porque eu fiz 15 anos. (Adriano, 17 anos)

Somente 3 (27,3 %) adolescentes referiram já terem recebido visita domiciliar realizada por algum serviço, considerando positiva essa ação e 2 (18,2%) já haviam acessado comunidades terapêuticas, as quais não se localizavam no município de Caxias do Sul. Foi solicitado aos adolescentes que informassem quais instituições, pessoas ou outras entidades que teriam lhes oferecido ajuda quando eles precisaram. Nove adolescentes (81,8%) relataram ter sido ajudados por familiares, 8 adolescentes (72,7%) disseram que receberam apoio da sua comunidade, 8 participantes, que foram ajudados por pessoas ou instituições ligadas à rede de proteção/assistência/segurança/educação e 7 adolescentes (63,6%) informaram ter recebido apoio de instituições ou profissionais de saúde. Entre as respostas

vinculadas à comunidade, merecem destaque os amigos, que ajudaram 9 adolescentes (81,8%). A escola e o Centro Educativo, incluídos na rede de proteção/assistência/segurança/educação, foram mencionados por 8 (72,7%) e 7 adolescentes (63,6%), respectivamente. Quanto à rede de saúde, os CAPSs auxiliaram 6 participantes (54,5%) e o familiar que mais ajudou os adolescentes foram as avós, mencionadas por 5 deles (45,5%).

No que se refere à rede de apoio ao adolescente usuário de drogas, os familiares foram questionados se já haviam procurado tratamento em algum serviço, 4 manifestaram que não e 5 referiram-se aos CAPSs e um a casa da criança (Centro Educativo).

Sim, os CAPSs são muito bons, eu tenho um conhecimento ali do Reviver, do Infantil, do Novo Amanhã. [...] Desde pequeno, eles têm tudo, pode ligar pra lá, eles têm toda a referência dele lá. (avô de adolescente de 17 anos, que tem outros dois netos e filha que frequentam os CAPSs).

Três, dos quatro pais/responsáveis que informaram não ter procurado tratamento para familiares, desconheciam os serviços para tratamento a adolescentes usuários de drogas e só mencionaram locais voltados à internação.

No que tange ao acesso/ localização, os familiares que pontuaram conhecer os CAPSs apontaram aspectos positivos do serviço.

Novo Amanhã. [...] Lá é tudo positivo, perto, o tratamento das pessoas de lá, como médico, enfermeiro, até o porteiro, é muito bom (mãe de adolescente, 15 anos).

5.2.3 Fluxo de acesso às instituições

O itinerário terapêutico compreende as experiências vividas pelos sujeitos em sua trajetória por busca de cuidado, retratando as possibilidades, bem como escolhas possíveis em face da gama de serviços ofertados/disponíveis. A partir da fala dos adolescentes e de seus pais/responsáveis, foram configurados fluxos de acesso às redes de saúde, assistência social e educação, os quais estão representados graficamente nessa seção, com auxílio dos *softwares* UCINET6 e NetDraw. Para tal, foi construída uma matriz que incluía todas as instituições citadas pelo adolescente, as quais eram listadas na mesma ordem tanto nas linhas quanto nas colunas da matriz. Tomando como referência as instituições das linhas, cada uma

era cruzada com aquelas instituições das colunas e as células foram preenchidas com “0” quando não havia relação entre elas ou “1” quando havia relação. Na Tabela 4 podemos visualizar a matriz de rede de Adriano, como exemplo.

Tabela 4 – Matriz de rede de Adriano

	Adriano	CAPS NA	PA	Comunidade terapêutica	Hospital Pompeia	Hospital Virvi Ramos	Casa do Adolescente	Florescer	Escola
Adriano	0	1	1	0	0	0	1	1	1
CAPS NA	0	0	0	1	0	0	0	0	0
PA	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Comunidade terapêutica	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital Pompeia	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Hospital Virvi Ramos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casa do Adolescente	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Florescer	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Escola	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir dessa matriz, o *software* realizou a análise que gerou os gráficos referentes à rede de serviços acessados pelos adolescentes, de forma que é possível visualizar um conjunto de nós (atores/instituições), e a relação entre eles. Tal relação é percebida através da direção do vínculo, que se representa com uma seta apontando o sentido, podendo ser fluxos unidirecionais (um sentido único), ou fluxos bidirecionais (interação entre dois nós) dentro da rede (ALEJANDRO, VELÁZQUES O.; NORMAN, 2006). Como exemplos pode-se citar a relação entre Adriano e o CAPS, a qual foi referida pelo adolescente como resposta a alguma das perguntas da entrevista, e a relação entre o PA e o Hospital Pompeia, que foi inferida a partir de respostas ou comentários dos adolescentes ou pais/responsáveis.

Para se vislumbrar o fluxo de acesso às instituições, o olhar recaí, inicialmente, nos serviços extra-hospitalares acessados, tendo o CAPS como ponto de referência. Assim, foram categorizados usuários que: 1) não haviam acessado nenhum CAPS; 2) os que acessaram algum CAPS recentemente; e 3) os que acessaram CAPS ainda na infância. Destacam-se quatro adolescentes que não sabiam que os CAPSs poderiam atender demandas envolvendo álcool e drogas. As Figuras 16, 17, 18 e 19 ilustram trajetórias, nas quais nenhum CAPS foi acessado, casos em que os adolescentes foram encaminhados diretamente para internação através de serviço de urgência/emergência.

A adolescente Laura (Figura 19), por exemplo, não acessou nenhum serviço extra-hospitalar para tratamento do uso de drogas antes da internação, estando inserida apenas na rede de educação, ou seja, frequentando a escola.

Figura 19 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Laura
Fonte: Elaborado pela autora.

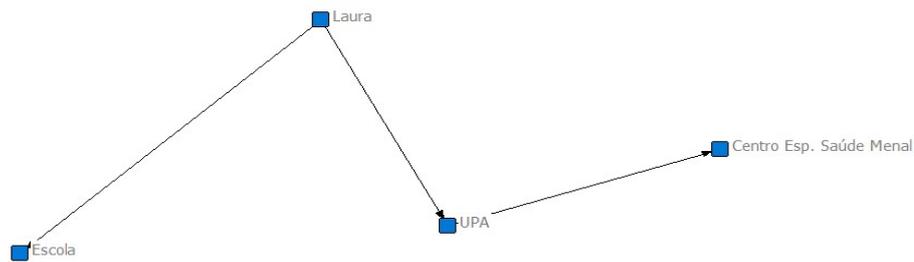
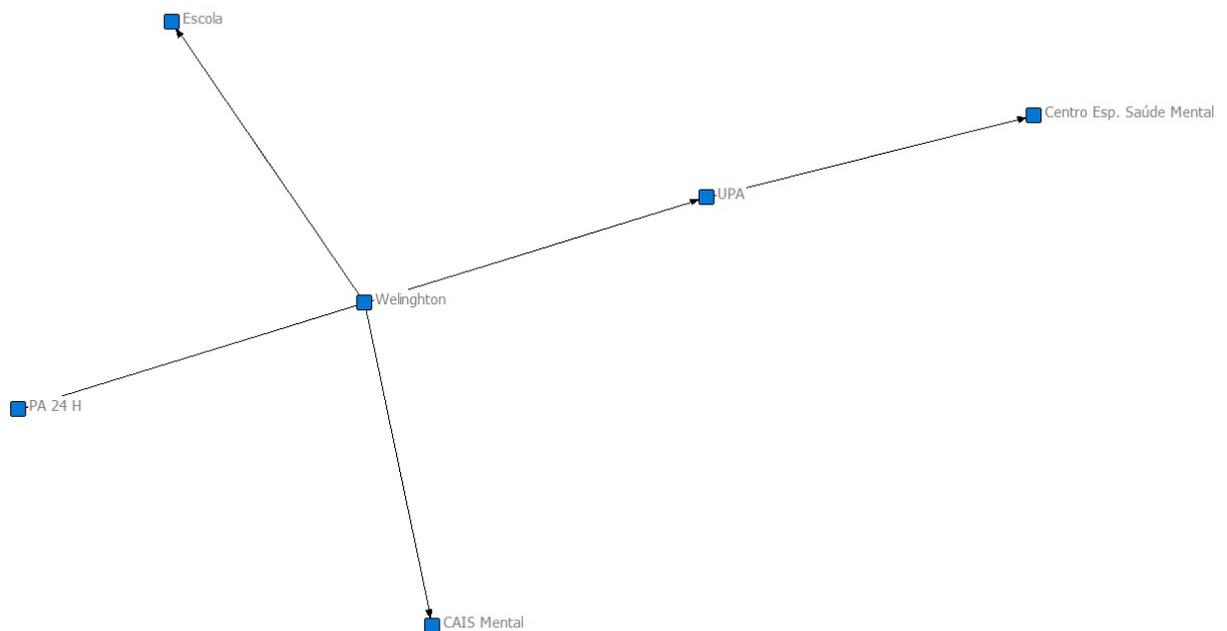


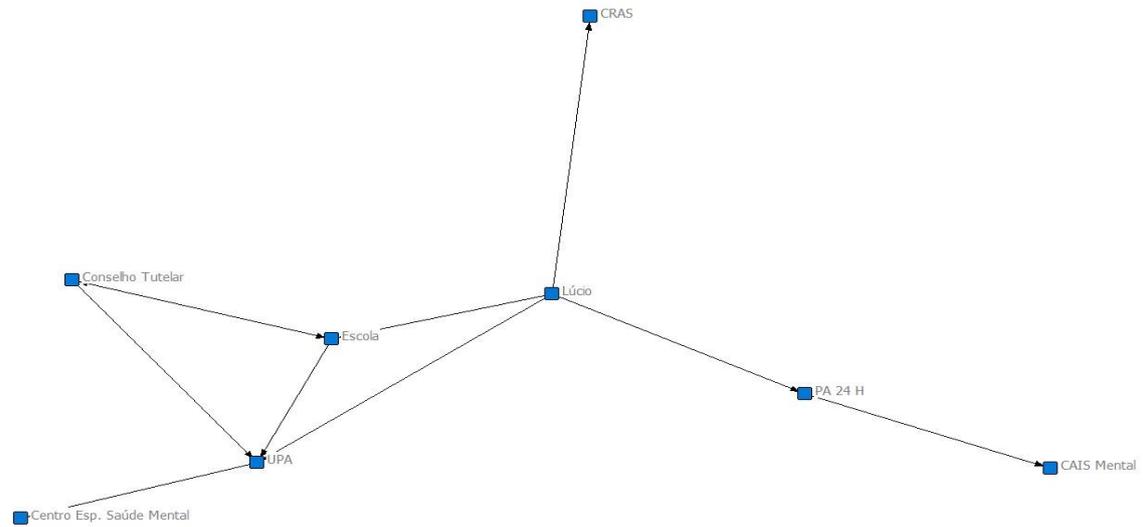
Figura 20 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Wellington



Fonte: Elaborado pela autora.

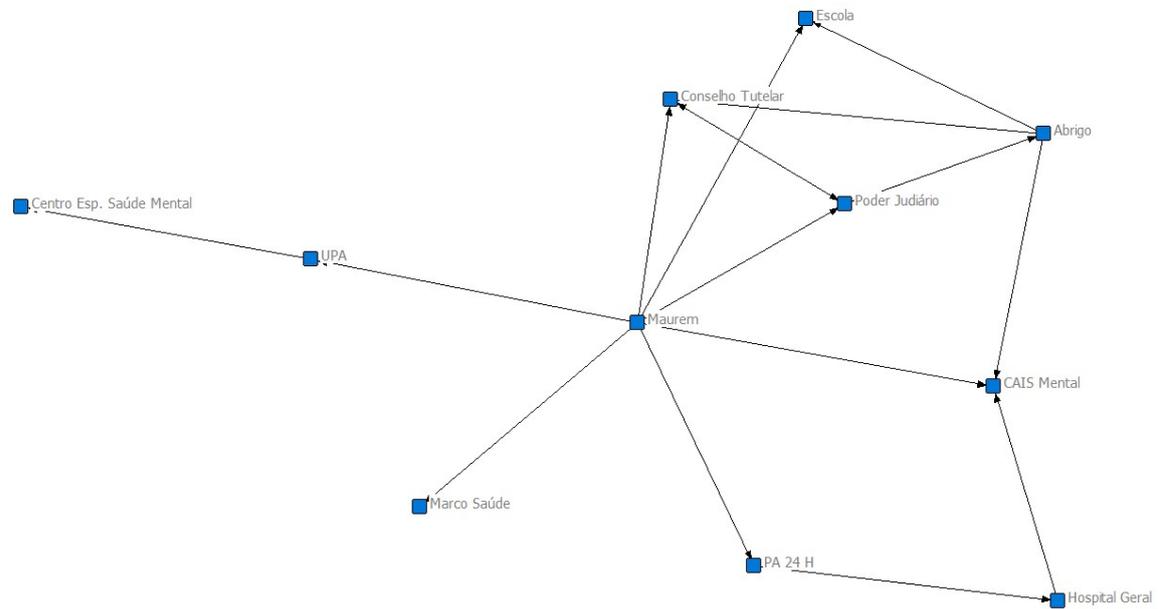
Constata-se, por intermédio das figuras 20 e 21, que os adolescentes haviam acessado, em apenas uma ocasião, um ambulatório para atendimento psiquiátrico (CAIS Mental). Ambos não deram continuidade ao tratamento, os dois estavam inseridos no sistema de ensino e um deles já havia acessado o CRAS.

Figura 21 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Lúcio



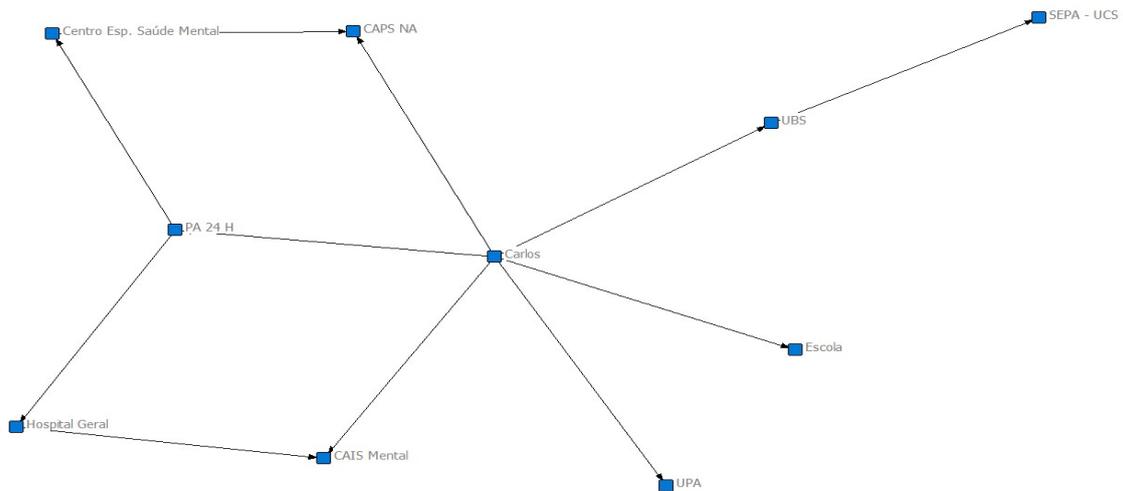
Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 22 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Maurem.



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 23 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Carlos

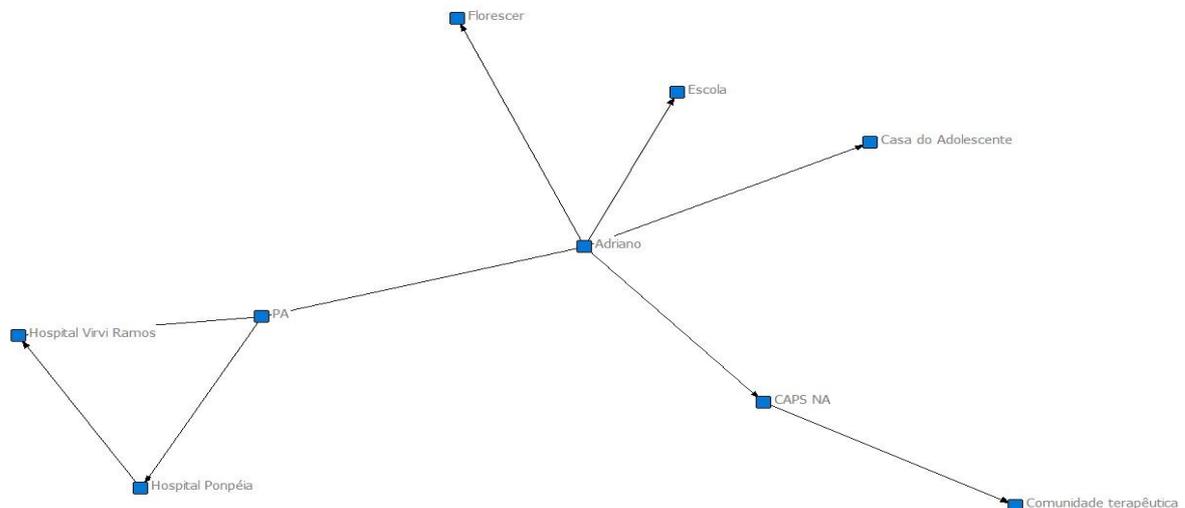


Fonte: Elaborado pela autora.

Já Maurem (Figura 22) não estava em sua primeira internação, uma vez que tinha passado por essa experiência há, aproximadamente, um ano no hospital geral. A adolescente também mencionou ter acessado o CAIS Mental para atendimento psiquiátrico e ter recebido acompanhamento psicológico e psiquiátrico através do plano de saúde (Marco Saúde). Inserida no sistema de educação, a jovem tinha ainda histórico de institucionalização, tendo passado seus primeiros 11 dias em um abrigo, foi adotada e retornou para um abrigo em 2017.

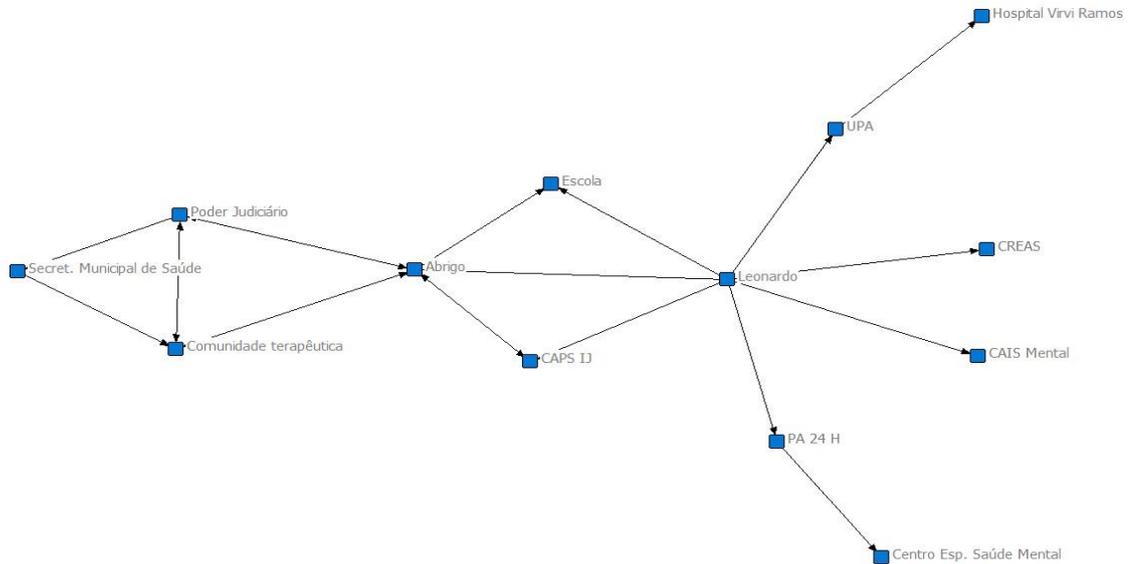
À época, 5 adolescentes haviam acessado algum CAPS recentemente, porém, com dificuldade de adesão. Conforme as Figuras 24, 25, 26 e 27.

Figura 24 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Adriano



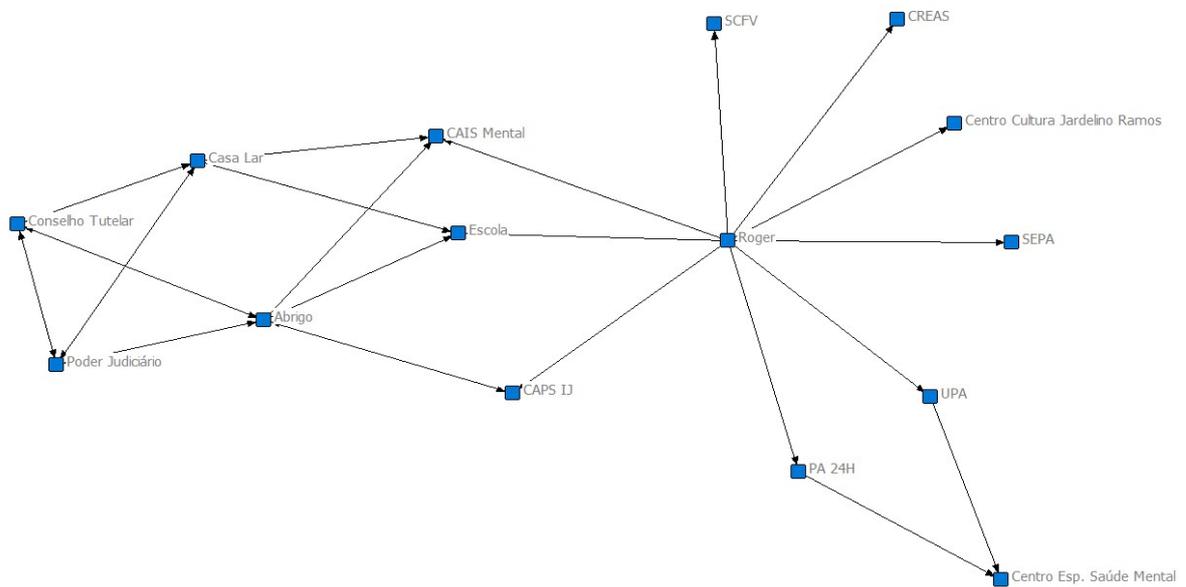
Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 25 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Leonardo



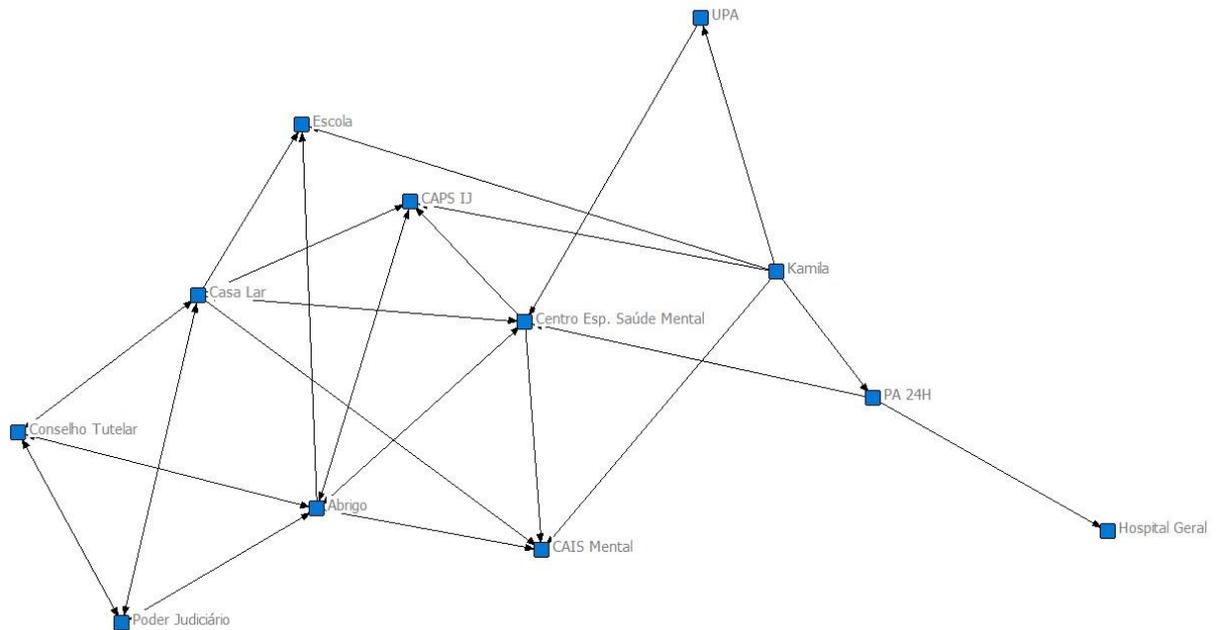
Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 26 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Roger.



Fonte: Elaborado pela autora.

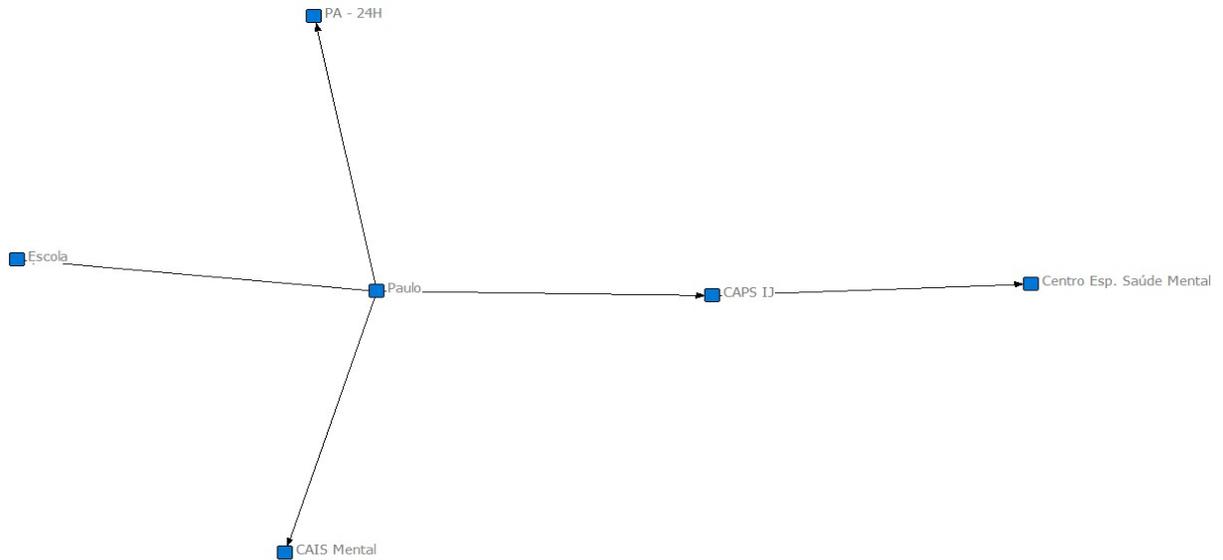
Figura 27 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Kamila



Fonte: Elaborado pela autora.

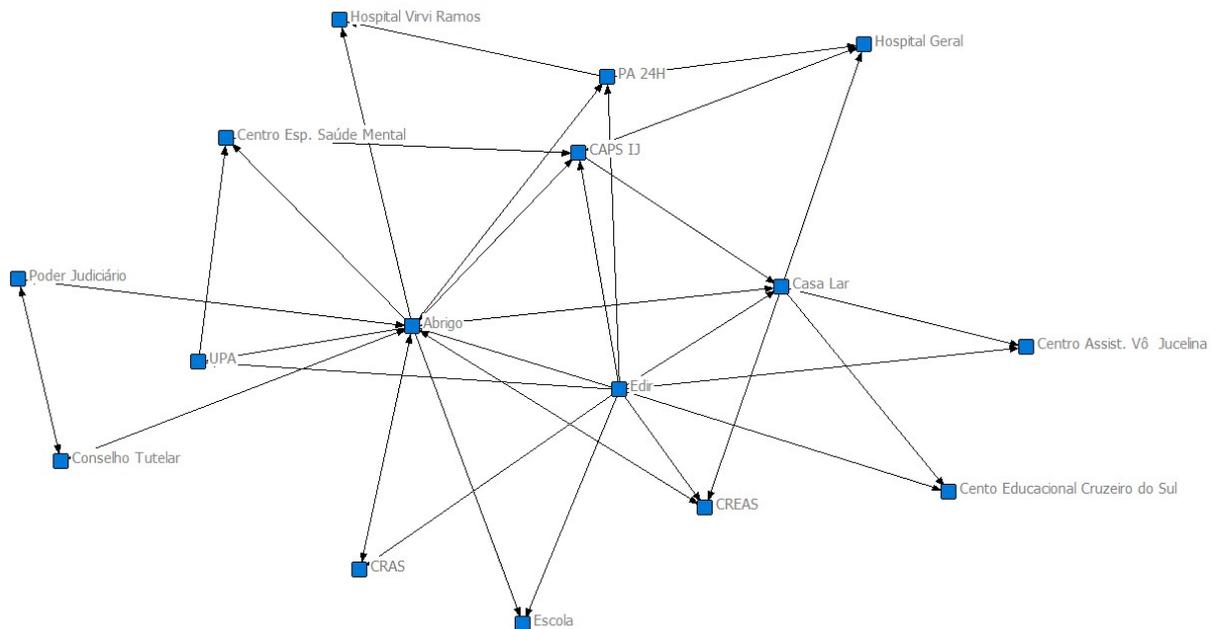
Carlos e Kamila (Figuras 23 e 27) acessaram CAPS há menos de 4 meses antes da entrevista, anteriormente, realizavam tratamento psiquiátrico no CAIS Mental. Carlos realizou também atendimento psicológico no SEPA – UCS. Receberam acompanhamento psiquiátrico no CAIS Mental, também Leonardo e Roger (Figuras 25 e 26), os quais acessaram CAPS (menos de três vezes), ambos já acessaram CREAS. Carlos, Leonardo e Kamila (Figuras 23, 25 e 27) abandonaram os estudos. Roger (Figura 26) estava estudando, contudo, já havia sido expulso de três escolas. Os centros educativos foram acessados por Adriano e Roger (Figuras 24 e 26). Abrigos/casas lares foram a moradia de Leonardo, Roger e Kamila (Figuras 25, 26 e 27).

Figura 28 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Paulo



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 29 – Itinerário de acesso a instituições de saúde e assistência social de Edir



Fonte: Elaborado pela autora.

As Figuras 28 e 29 referem-se a Paulo e Edir, os quais foram acolhidos no CAPS infante-juvenil ainda na infância, por outras demandas não relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, entretanto, houve dificuldade de adesão ao tratamento. Ressalta-se que Paulo (Figura 28) não tinha conhecimento que o CAPS realizava tratamento para

mesmo, subtraindo o número (um) (ALEJANDRO, VELÁZQUES O.; NORMAN, 2006) [RP= $38 \times (38-1) = 38 \times 37 = 1406$].

A partir do número de relações existentes (126), dividindo pelas relações possíveis (1406), e multiplicando por (100), é possível calcular a densidade da rede, e verificar a alta ou baixa conectividade da mesma (ALEJANDRO, VELÁZQUES O.; NORMAN, 2006). A densidade da rede foi determinada em 7,11% [$D = 126/1406 \times 100 = 7,11\%$], a qual é considerada de baixa conectividade entre os diferentes atores. Nesse sentido, percebe-se que, apesar do potencial de articulação entre diferentes pontos da rede do município, as conexões necessitam de maior fortalecimento.

Tabela 5 – Matriz de Rede de Interações

Parâmetro	Valor
Amplitude (nós)	38
Densidade	7,11%
Laços existentes	126
Laços possíveis	1406

Fonte: Elaborado pela autora.

O Grau de Centralidade da Rede identifica o número de atores aos quais um dos componentes da rede está diretamente ligado. Os resultados da Tabela 6 mostram o Grau de centralidade entre os nós.

Tabela 6 – Grau de centralidade entre os nós

Atores	Degree	NrmDegree %
Escola	14.000	37,8
CAIS Mental	12.000	32,4
PA 24h	11.000	29,7
UPA	11.000	29,7
Abrigo	10.000	27
CAPS IJ	9.000	24,3
Centro Esp. Saúde Mental	6.000	16,2
Poder Judiciário	6.000	16,2
Casa Lar	6.000	16,2
Conselho Tutelar	5.000	13,5
CREAS	5.000	13,5
Hospital Virvi Ramos	4.000	10,8
Comunidade Terapêutica	4.000	10,8
Hospital Geral	3.000	8,1
CRAS	3.000	8,1
CAPS NA	3.000	8,1
Centro Assist. Vó Juscelina	2.000	5,4
Centro Educacional Cruzeiro do Sul	2.000	5,4
SEPA	2.000	5,4
Centro Cultura Jardelino	1.000	2,7
SCFV	1.000	2,7
Secretaria Municipal de Saúde	1.000	2,7
Marco Saúde	1.000	2,7
UBS	1.000	2,7
Casa do Adolescente	1.000	2,7
Florescer	1.000	2,7
Hospital Pompeia	1.000	2,7
Edir	0.000	0
Roger	0.000	0
Leonardo	0.000	0
Kamila	0.000	0
Maurem	0.000	0
Laura	0.000	0
Carlos	0.000	0
Lúcio	0.000	0
Paulo	0.000	0
Wellinghton	0.000	0
Adriano	0.000	0

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 7 – Grau de Intermediação

	Betweenness	nBetweenness %
Abrigo	168.263	12,63
Centro Esp. Saúde Mental	107.140	8,04
Casa Lar	83.425	6,26
PA 24h	60.960	4,58
CAPS IJ	48.767	3,66
Poder Judiciário	38.619	2,90
Conselho Tutelar	37.194	2,79
CAPS NA	35.812	2,69
UPA	33.198	2,49
Escola	30.575	2,30
Comunidade Terapêutica	28.321	2,13
CRAS	5.000	0,00
Hospital Geral	2.060	0,00
CREAS	0.667	0,00
Centro Assist. Vó Juscelina	0.000	0,00
Edir	0.000	0,00
Roger	0.000	0,00
SEPA	0.000	0,00
CAIS Mental	0.000	0,00
Centro Cultura Jardelino Ramos	0.000	0,00
SCFV	0.000	0,00
Leonardo	0.000	0,00
Hospital Virvi Ramos	0.000	0,00
Secretaria Municipal de Saúde	0.000	0,00
Kamila	0.000	0,00
Maurem	0.000	0,00
Marco Saúde	0.000	0,00
Laura	0.000	0,00
Carlos	0.000	0,00
UBS	0.000	0,00
Cento Educacional Cruzeiro do Sul	0.000	0,00
Lúcio	0.000	0,00
Paulo	0.000	0,00
Welinghton	0.000	0,00
Adriano	0.000	0,00
Casa do Adolescente	0.000	0,00
Florescer	0.000	0,00
Hospital Pompeia	0.000	0,00

Fonte: Elaborado pela autora.

Quando se avaliam as interações recebidas, é possível afirmar que o ator central dessa rede é a Escola, pois apresenta um grau de entrada de 14 e um grau de entrada normalizado (percentual) de 37,8%. Ou seja, mesmo considerando o fato de 4 adolescentes estarem fora do sistema educacional naquele momento, a Escola é a instituição de referência entre todos os serviços acessados. Na sequência, em relação ao itinerário terapêutico, destacam-se o Cais Mental (32,4%), o PA 24h e a UPA (ambos com 29,7%) e o Abrigo (27%). O CAPS II aparece na sexta posição (24,3%) e, mesmo tendo sido acessado por 45,4 % dos adolescentes, não está ocupando o lugar de ator central nesse processo. Tal diluição pode estar relacionada à baixa densidade da rede, que implica em experiências muito diferentes nesta trajetória.

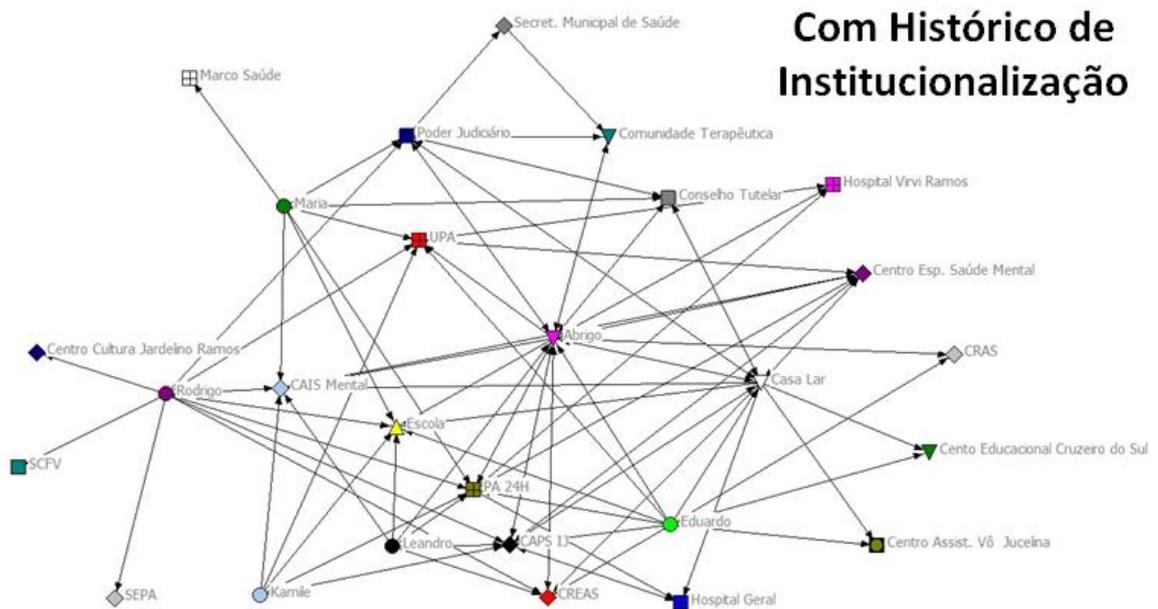
Outro aspecto importante a ser analisado é o grau de intermediação, que é interpretado como a capacidade que alguns atores da rede têm de intermediar a comunicação, em maior ou menor grau, entre os pares de nós que integram a rede. Essa medida é obtida a partir da contagem das vezes em que um mesmo ator aparece nos caminhos (geodésicos) que ligam todos os pontos da rede (nós) (ALEJANDRO, VELÁZQUES O.; NORMAN, 2006).

No caso aqui analisado e apresentado na Tabela 7, destaca-se que o abrigo aparece com maior poder de intermediação (12, 63%), seguido do Centro Especializado em Saúde Mental (8,04%) e da Casa Lar (6,26%). Outros atores aparecem com graus menores de intermediação como PA 24h (4,6%), CAPS II (3,7%), Poder Judiciário (2,9%), Conselho Tutelar (2,8%), CAPS AD Novo Amanhã (2,7%), UPA (2,5%), Escola (2,3%) e Comunidade Terapêutica (2,1%). Os demais componentes não aparecem com nenhum grau. Chama a atenção que, entre os componentes com grau de intermediação igual a zero, aparece o CAIS Mental, o qual apresenta um grau elevado de centralidade, porém sem intermediação.

5.2.5 Comparação das redes gerais

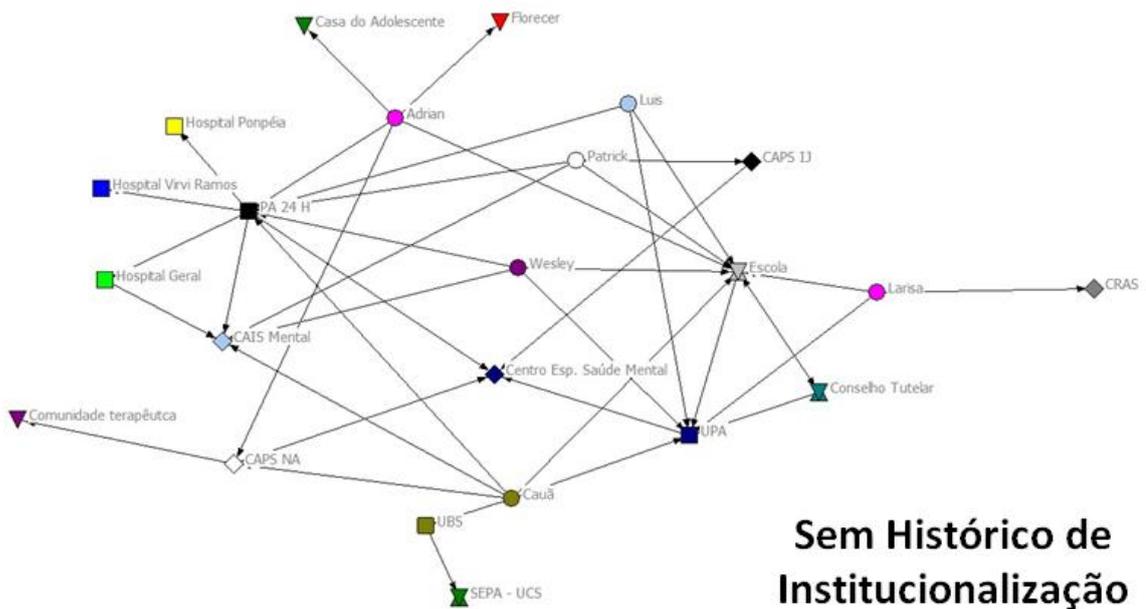
A análise desses casos permite constatar a existência de uma rede de serviços maior e mais articulada, quando se refere a adolescentes com histórico de institucionalização, seja em abrigos ou casas lares (Figura 31), se comparado com adolescentes que não foram institucionalizados (Figura 32). Não era a primeira internação de nenhum adolescente com histórico de institucionalização.

Figura 31 – Adolescentes com Histórico de Institucionalização



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 32 – Adolescentes sem Histórico de Institucionalização



Fonte: Elaborado pela autora

5.2.6 Experiência de internação

A pesquisa foi realizada em dois locais que são referência para internação de adolescentes usuários de drogas no município de Caxias do Sul (Hospital Virvi Ramos e Centro Especializado em Saúde Mental). Quase todos os adolescentes (n=8), ou seja, 73% estiveram internados no Centro Especializado em Saúde Mental e (n=4) 36% no Hospital Virvi Ramos e somente um dos familiares dos adolescentes deste segundo grupo participou da pesquisa.

Dez (90,9%) dos 11 adolescentes entrevistados foram internados através do Sistema Único de Saúde (SUS) e somente um usuário foi internado por convênio, entretanto, foi encaminhado por um CAPS. Dentre os entrevistados, somente 4 (36,4%) informaram ser aquela ocasião sua primeira internação. Entre 8 casos (72,7%) em que foi apontada internação do tipo voluntária, 6 adolescentes informaram que optaram pela internação, uma vez que, na maioria das vezes (54,5%), a solicitação ocorreu diretamente por um médico. Foram referidos ainda outras instituições realizando encaminhamentos.

[...] CAPS, Hospital Virvi Ramos e no Rimon eu fui sete, oito vezes internado. Uma vez fiquei 2 meses internado. Acho que essa é a 13ª internação (Leonardo, 17 anos).

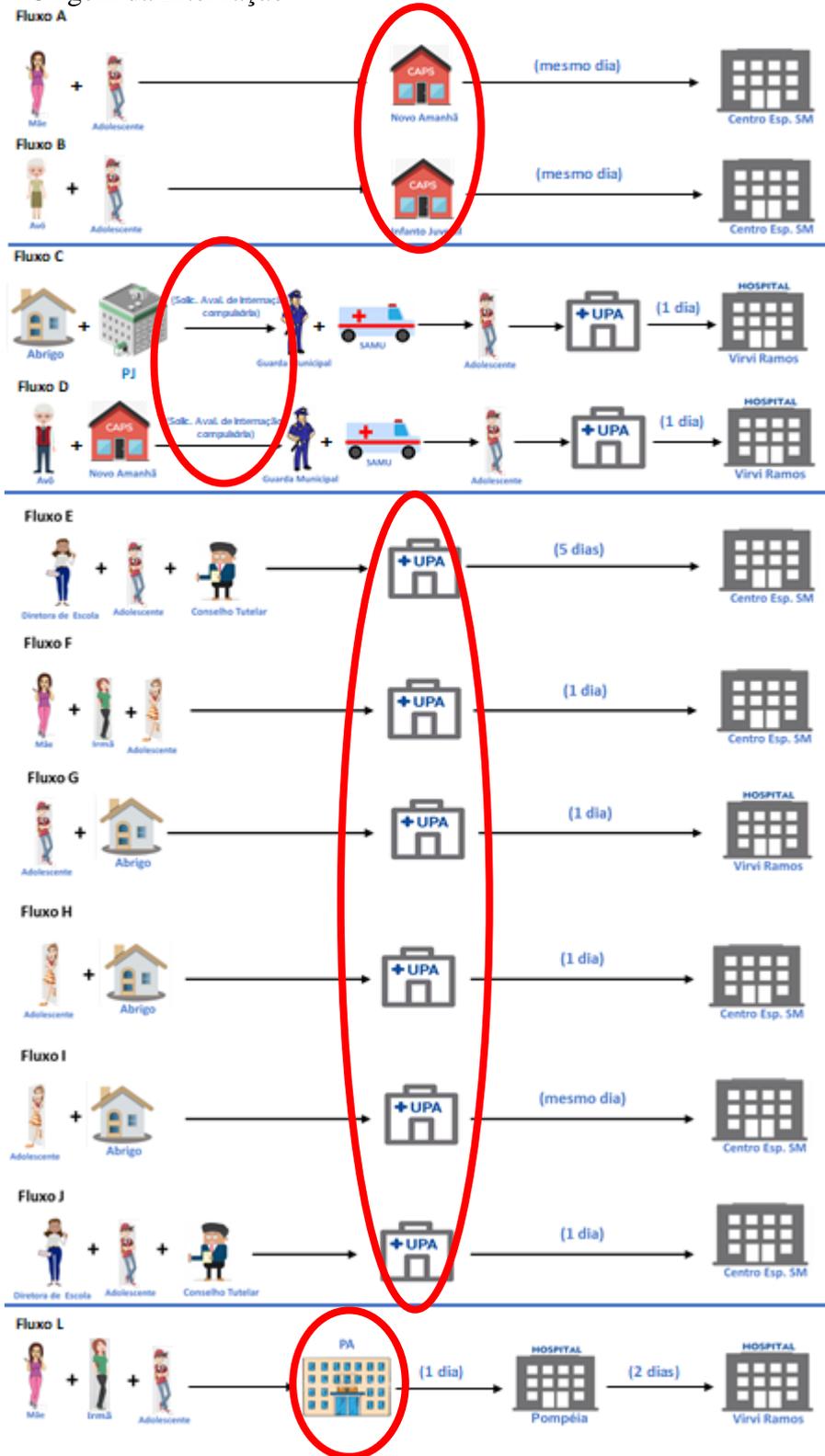
Quando os participantes foram questionados sobre a droga que era motivo do tratamento, 6 adolescentes (54%) mencionaram o crack/cocaína, 2 adolescentes (18,2%) elencaram álcool e maconha e 1 adolescente (9,1%) indicou alucinógenos. Ainda, 3 entrevistados manifestaram que, apesar de fazerem uso de drogas, não era aquele o motivo de estarem realizando tratamento.

A partir de dados coletados na entrevista, foram construídos os fluxos que levaram cada usuário à internação quando foram entrevistados. Tais fluxos estão ilustrados a seguir e têm a origem da internação em destaque (Fig. 33).

Pôde-se identificar 4 processos resultando em internações. O primeiro (fluxos A e B) refere-se a dois adolescentes que acessaram o CAPS, foram avaliados e encaminhados para internação. O segundo (fluxos C e D) ilustra processos de avaliação de internações de forma compulsória, sendo que uma família procurou o CAPS para tal encaminhamento e outro foi o abrigo, que solicitou do Poder Judiciário. O terceiro processo (fluxos E, F, G, H, I e J), que representa mais da metade dos participantes, mostra que estes acessaram a UPA, que os encaminhou para internação. No último processo (fluxo L), o PA foi acessado por um adolescente, o qual foi avaliado e encaminhado para o Hospital Pompeia devido a uma situação clínica e, em seguida, foi transferido para o hospital Virvi Ramos. É perceptível a presença pouco expressiva dos CAPS nesses processos. Apenas dois adolescentes e um familiar acessaram

CAPS, sendo que o último participante o fez para solicitar avaliação de internação compulsória devido à oposição do adolescente em realizar o tratamento.

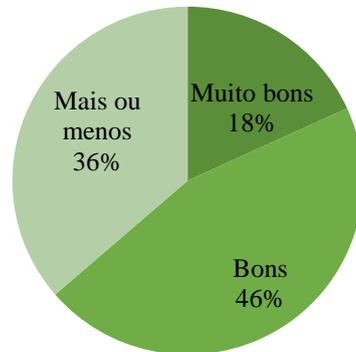
Figura 33 – Origem da Internação



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 34 – Opinião dos adolescentes sobre a habilidade dos profissionais que o atenderam no hospital, para escutar e entender os seus problemas

Habilidades dos profissionais que atenderam o adolescente no hospital



Fonte: Elaborado pela autora

A opinião dos adolescentes em relação aos serviços e aos profissionais aos quais tiveram acesso foi avaliada. Os serviços de urgência/emergência, conforme exemplificado abaixo, são bem vistos pelos adolescentes.

[...] achei que as enfermeiras são tipo, bem ligeiras, sabe? Elas não enrolam, fazem tudo rápido. Elas são muito educadas, coisas assim, tipo, elas não te enrolam vinte e quatro horas que ficam com a cara de nojo, elas não, elas (Adolescente, 14 anos, sobre o PA 24h).

A habilidade dos profissionais que atendem no regime de internação em escutar e entender os problemas dos adolescentes foi avaliada como “muito boa” por 2 adolescentes (18,2%), como “boa” por 5 adolescentes (45,5%) e foi considerada “mais ou menos” por 4 deles (36,4%) (Fig. 34).

[...] porque eles têm calma para falar com nós e eles escutam quando nós estamos falando com eles, eles dão conselhos (Wellington, 15 anos).

[] porque eles dialogam bem com a gente, eles se preocupam, eles às vezes falam o que a gente precisa ouvir, confortam a gente, quando a gente está meio mal, mais ou menos isso (Adriano, 17 anos).

O efeito do serviço em aliviar sintomas/sofrimento ou reduzir problemas, foi avaliado por 10 adolescentes e visto como “muito bom” por 4 deles (40%), “bom” por outros 4, “mais ou menos” por 1 (10%) e foi avaliado como sendo “ruim” por outro (10%) (Fig. 35).

Figura 35 – Opinião dos adolescentes sobre o efeito do serviço em aliviar sintomas/sofrimento ou reduzir problemas

Avaliação sobre os efeitos do serviço



Fonte: Elaborado pela autora.

Os participantes foram questionados quanto à possibilidade de melhora do serviço em questão e, entre os 10 respondentes, 5 (50%) afirmaram que sim e 4 (40%) não sabiam.

[..] para mim está bom, para mim assim está tudo bom, é só uma questão de eu querer mudar. [...] a única coisa que têm que melhorar sou eu. (Wellinghton, 15 anos).

Quando houve sugestões, dois elencaram “ter a possibilidade de ir para casa nos finais de semana”, e um deles disse ainda que seria importante a “permissão de uso de telefone no ambiente de internação”. Um adolescente queria que ocorressem passeios, outro gostaria de ingerir menos medicação e outro sugeriu melhor organização na administração de medicações. No que tange à experiência de internação, 7 adolescentes (64%) declararam como sendo boa, 2 (18%) como ruim, 2 (18%) não manifestaram opinião. Entre as experiências avaliadas como boas, destacam-se:

Bom, mas eu acho que deveria ser avaliado melhor e deixar mais tempo internado. Ajuda, a ficar melhor, a gente acaba tendo uma

família aqui, sem igual (Maurem, 15 anos, estava internada há 16 dias, teria alta naquele dia).

[...] tratamento bom comparado com o que eu tinha em casa (Adriano, 17 anos).

Eu avalio nota 10. Aqui é muito bom. [...] Só que tão me dando muito remédio (Paulo, 14 anos).

Quando as experiências eram consideradas negativas, estas aparecem ligadas às restrições impostas pelo modelo de tratamento e a falta de adesão à proposta.

[..] é a coisa mais ruim. Não dá pra fazer que a gente quer. No meu quarto tinha tevê, tinha videogame, tinha tudo, em casa (Edir, 17 anos, internado de forma compulsória).

[...] Só esperando o dia de sair. Eu não quero me tratar. Se eu quisesse me tratar eu ia achar bom (Leonardo, 16 anos, internado de forma compulsória).

Enquanto os adolescentes estavam internados, realizaram algumas atividades e descreveram o que consideraram positivo e negativo em cada uma delas.

Escrevi todos os dias no caderno, participei de grupo de mulheres, NA, AA (semanalmente segundas, terças e quartas-feiras), fiz artesanato. [...] alongamento e futebol no pátio. Negativo que, durante as atividades, não se pode sair para fumar (Maurem, 15 anos).

Pintura, futebol, jogos de carta, alongamento [...] gostei das palestras AA e NA. Ah, negativo eu não achei nada de negativo, eu gostei daqui (Wellinghton, 16 anos).

Aqui elas fazem exercício de manhã, eu gosto. [...] e eu, tipo acho ruim que eles dão muito remédio, só isso (Lúcio, 14 anos).

[...] eu desenho, eu pinto, tenho umas atividades com as estagiárias, jogo carta, durmo, não deixa de ser uma atividade, né. Na verdade não tem o que não gosto, porque tipo, as atividades é por nós mesmo, tu tipo, ah, jogar carta é uma coisa que eu gosto, é tipo, eu faço o que eu gosto aqui, tá ligado? O que eu não gosto, não faço (Adriano, 17 anos).

Percebeu-se que nove dos adolescentes elencaram aspectos positivos das atividades ofertadas, destacando as atividades físicas e coletivas (grupos, jogos, e atividades de artes). Dois adolescentes, os quais internaram compulsoriamente, não participaram das atividades ofertadas, o que pode explicar a falta de motivação para o engajamento.

[...] todas eu não gostei. [...] nenhuma reunião fui. Eu dormia. Isso vai ser passado para o juiz? (Edir, 17 anos).

[...] é que eu não fiz nenhuma (Leonardo, 16 anos).

Já os familiares, quando questionados acerca de atividades que participaram no hospital/clínica, manifestaram que apenas conversaram com o médico, não sendo convidados a participar de grupos ou outras atividades. Realizaram considerações acerca dos aspectos positivos e negativos do local em que estavam internados os adolescentes.

Para mim não acho nada de negativo [...] Tudo positivo, porque mudou tudo aqui pra melhor... porque olha, quando ele teve aqui, já era outra coisa, agora eu tô vendo que... todo mundo que teve aqui [...]disse, “olha, ele tá bom no caminho lá” (avô de Edir).

Aqui o hospital é bom. É bom, porque assim, eles tratam bem, eles cuidam bem. A avaliação aqui no hospital pra mim, é mil, tanto nas enfermeiras como o pessoal. Tudo. Não tenho queixa (mãe de Adriano).

[...] eu achei um ambiente muito bom, né? Porque o pessoal até diz, “não, vai internar pelo SUS, num lugar que é uma porcaria, que é não sei o quê”. Não. Tudo bem, olhe, de primeiro mundo aqui. [...] Até que quem não conhece, nem sabe, pensa que é tudo particular. No chegar aqui já vão dizer, “tudo particular.”. Né? Porque o pessoal tem aquela má fama de, se é uma coisa pelo SUS já vai ser uma coisa meio desleixada, mas não, aqui é uma coisa bem... (pai de Lúcio).

Entre os pontos considerados positivos pelos familiares estão incluídas as regras rígidas da instituição.

Ah, que eu acho tudo certo, sabe? [...] uma vez não tinha guardas, agora tem, tu não entra com nada, nada na mão, nem telefone, tu não entra com roupa de cadarço, eles verificam tudo as bolsas pra entrar. Olha, eu achei um lugar bom, até ele disse que segunda-feira ia começar a piscina, ele estava faceiro. [...] Um lugar muito bom, muito bonito, mas tem que ser rígido, né? Por que se não for rígido como é que vai ficar (avó de Paulo).

Mudou muita coisa, de setembro para cá. Antes não tinha segurança, agora tem segurança. Tem armário individual pros familiares guardarem as coisas que são proibidas, né, usar celular, essas coisas. É um ponto positivo. [...] a alimentação, ele... como ele me conta o que acontece e o que não acontece, ele diz que a alimentação é muito

boa aqui. As pessoas, tratam ele muito bem. [...] negativo, só porque é longe (mãe de Carlos).

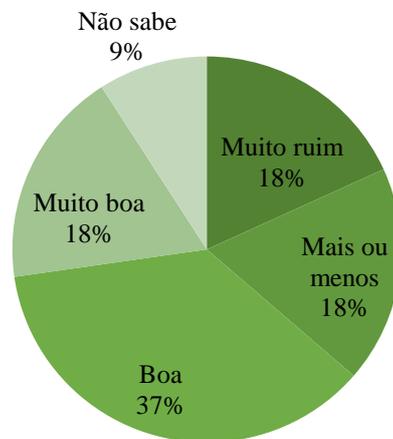
O que eu acho, o que eu acho, no meu pensamento, que nem isso, né, dele tentar fugir ali. Se eles deram um castigo pra ele, está certo, eu concordo. Que nem ontem de noite também que ele se queixou pra mim que amarraram. Como eu disse para ele, “é porque tu fez alguma coisa errada”, aí eu pedi pra ele, ele disse, “é, eu tava meio alterado”. Então tá aí ó, tu tá dizendo. Por que, pensa na tua cabeça que tu já errou lá fora, tu veio ficar aqui, e aqui tu vai ter que obedecer.”[...] se veio pra cá pra se recuperar de alguma coisa, como é que vai deixar um paciente se governar fazer o que quer? Não, né? (pai de Lúcio).

5.2.7 Avaliação da rede de apoio

Apenas 1 adolescente disse desconhecer a rede (9,1%) mas enfatizou que não tinha condições de expressar uma avaliação da mesma (Fig. 36).

Figura 36 – Opinião dos adolescentes sobre a rede de apoio ao adolescente usuário de drogas, em Caxias do Sul

Qualidade da rede de apoio em Caxias do Sul



Fonte: Elaborado pela autora.

Na percepção dos demais, a rede de apoio ao adolescente usuário de drogas em Caxias do Sul foi considerada boa por 4 adolescentes (36,4%), (“Boa, porque o atendimento é imediato” – Carlos, 15 anos); muito boa por 2 (18,2%), (“muito boa porque eles ajudam”); mais ou menos por 2 (18,2%) (“Regular, porque eles não têm muito centro de apoio ao adolescente” – Adriano, 17 anos); muito ruim por 2 (18,2%), (“Muito ruim, porque tem muita gente usando, tem acesso muito fácil” - Laura, 13 anos).

Muito ruim. Você tem muitos jovens. Muitos jovens perdidos por aí. Tem que dar um jeito já, e tentar interagir com eles de um jeito que eles entendam, porque o jovem tem uma cabeça, e pra gente conseguir tem que tentar entrar um pouco na cabeça dele, pra poder entrar na cabeça deles e fazer (eles ter a nossa) cabeça. O nosso pensamento, entendeu? Seria uma forma de conseguir resgatar muitos, porque muitos jovens estão por aí. Eu fui uma que tava perdida, mas, graças a Deus, me achei (Maurem, 15 anos).

A maioria dos familiares avaliou a rede de apoio ao adolescente usuário de drogas como boa e apenas um familiar como ruim.

Boa, no sentido que eu consegui rápido, mas tem pessoas que não... o acesso dos Caps. Porque eu conheci pessoas que conviveram comigo no Postão, que moram longe do acesso ao CAPS. Tem CAPS só do outro lado cidade para esse pessoal acessar. Então isso é ponto negativo (mãe de Carlos).

Eu acho que tá ruim, porque assim, não tem muitas opções. Que nem um lugar onde podia se ficar mais vezes. [...] Se eu tiver que mandar ele pra uma fazenda, vai ter que sair daqui, ele vai ter que frequentar o CAPS, do CAPS, ele vai ter que fazer um acolhimento, fazer uns exames para depois ir pra uma fazenda. Isso demora praticamente uns 15 dias, e nesses 15 dias, ele vaza, ele não vai. Eu fui tentar falar com a psicóloga para tirar ele daqui e já arrumar uma fazenda e levar ele. Daí ela me disse, “se você tiver dinheiro para pagar uma fazenda tu pode levar ele direito”, aí ela, “senão, tu vai ter que fazer todo o processo” (mãe de Adriano).

Menos da metade dos adolescentes (n=4) manifestou que não tinha experiência em buscar atendimento na rede. Já mais da metade dos adolescentes (n=7) disse já ter buscado atendimento na rede. Destes (n=3) buscam auxílio frente a fissura. “Eu fui buscar ajuda na UPA só. Então, é que eu estava com muita fissura, daí eu quebrei dois vidros da porta”. (adolescente, 16 anos). Outros (n=2) buscaram auxílio em situações que denominaram como extremo/fundo do poço.

quando eu estava, tipo no extremo. pensando que eu não ia, não fazer mais nada da vida a não ser usar drogas, e aí procurava ajuda (Adriano, 17 anos).

Já, já busquei. [...] quando estava no fundo do poço. [...] Mal, quando estava muito mal. [...] Cocaína. Eu só uso cocaína. Eu gosto. [...] É caro, mas eu gosto (Leonardo, 16 anos).

Mais da metade dos familiares 66,7% nunca participou de tratamento ofertados pela rede a familiares. Enquanto, 33,3% disseram já ter participado.

Sim, umas quantas vezes, nos CAPS (avôs de Edir)

Sim, participo de tudo. Ele fazia oficina há muito tempo, no CAPS, seis anos, e depois eu falei pras menina que ele não era menino especial, pra ele poder sair e pra dar lugar pra outros que precisam mais do que ele, e elas concordaram, mas como ele tem uso dos remédio, não podia largar, ia só no médico do plano (avó de Paulo).

Dois adolescentes relataram que já estiveram em comunidades terapêuticas, todavia ambos solicitaram a saída antes do prazo previsto.

Eu fugi... eu fugi da comunidade. Tudo era ruim. Eu fugi, peguei dois ônibus e vim pra Caxias (Leonardo, 16 anos).

Ah, de positivo é que, tu aprende a fazer tuas coisas, tu aprende a cozinhar, tu aprende a trabalhar, arrumar tua cama, fazer tuas coisa, né. E o negativo foi que me aconteceu uma situação que eu estava querendo muito ir embora, aí eles começaram a me medicar. Aí no caso, tipo, se eu fosse precisar de medicamento eu viria pra cá de graça no caso, né. Eu não precisaria tá pagando pra fazer . Aí foi isso que aconteceu, falei pra minha mãe que, não adianta estar pagando o bagulho, se eles tão me dando medicamento que eu recebo aqui de graça. Aí tipo, só foi essa situação (Adriano, 17 anos).

Tendo como foco a qualificação da rede de atenção ao adolescente, usuário de drogas, foram mencionadas sugestões pelos adolescentes de tipos de serviços ou atividades que os deixariam interessados a buscar a rede, como atividades físicas, artesanato, grupos, cursos.

[..] as atividades, bom nunca cheguei a participar, mas as atividades que eu gostaria de participar são as atividades que interagem mais com grupos socialmente. Que têm bastante interajo social. [...] as atividades de educação física (Carlos, 15 anos).

[...] tipo aqueles alcoólicos anônimos. [...] de vez em quando, ou uma semana sim, e uma semana não (Edir, 17 anos).

[...] acho que esporte, alguma coisa assim. [...] futebol, vôlei. [...] natação (Laura, 13 anos).

Capoeira, futebol, pode ser cursos. [...] de manutenção, de arrumar coisas, de desenho (Welinghton, 15 anos).

[...] como recreação, como tipo, internamento, tipo diretamente, especificada para o adolescente, para tipo, para eles ter, tipo outra perspectiva de vida. [...] atendimento para a saúde mental. [...] acompanhamento com psicólogo, psiquiatra, sem muito uso de medicamento, tipo mais para ajudar a cabeça mesmo, todos os dias (Adriano, 17 anos).

[...] ter piscina. [...] profissionais educados (Lúcio, 14 anos).

Interessante? Eu acho que..., eu acho que seria uma coisa legal, uma coisa bem diferente, um grupo de jovens, batalha de rima, poemas, grupos que fale da vida, para acessar eles (Maurem, 15 anos).

Já os familiares destacaram ser necessário para qualificar a rede, tempo maior de internação com oferta de um tratamento mais aprofundado, tentando entender.

Olha, para melhorar teria que ter mais tempo de internação, né? Eu acho pouco tempo para... porque eles não conseguem com esse tempo se desintoxicar, né? [...] O resto tá tudo ok[...] (avô de Edir).

Ah, eu acho que tinha que focalizar mais na psicóloga e no psiquiatra, né? Na pessoa para tentar entender o que que é , por que, o que que acontece, qual o real motivo. Porque eu sendo mãe, eu converso, mas eu até hoje eu não entendo por que, se todos eles, se todos os meus filhos tiveram as mesmas oportunidades. Eu dei as mesmas oportunidades para eles, tanto pro guri como pras gurias. Minhas gurias viviam no meio das pessoas, tinham amigos assim, mas nunca usaram (mãe de Adriano).

Nesse sentido, as instituições que ofertam tratamentos de longo prazo, nos moldes de comunidades terapêuticas, parecem ser vistos como uma solução ao enfrentamento dos problemas, ou seja, um contexto que dará a proteção que a família não conseguiu dar.

E ele se criou [...] conhece cada beco, cada esquina, cada pessoa. Eu saio de manhã, às seis horas para trabalhar, chego sete, oito horas, é dentro da minha casa que eu fico. [...] necessário fazendas. Tipo, tem gente que não tem todo esse dinheiro, que é pobre e não tem esse dinheiro, eu acho que eles deveriam melhorar isso e não demorar tanto tempo assim pros adolescentes poderem ir pra essa fazenda. (mãe de Adriano)

Ai. O que que eu vou te falar? Essa pergunta não sei (avó de Paulo).

Não tem como dizer porque daí a gente não conhece, né? (avó de Welington).

Não. Não, não tem, porque eu não tô a par disso aí, né? (pai de Lúcio).

6 DISCUSSÃO

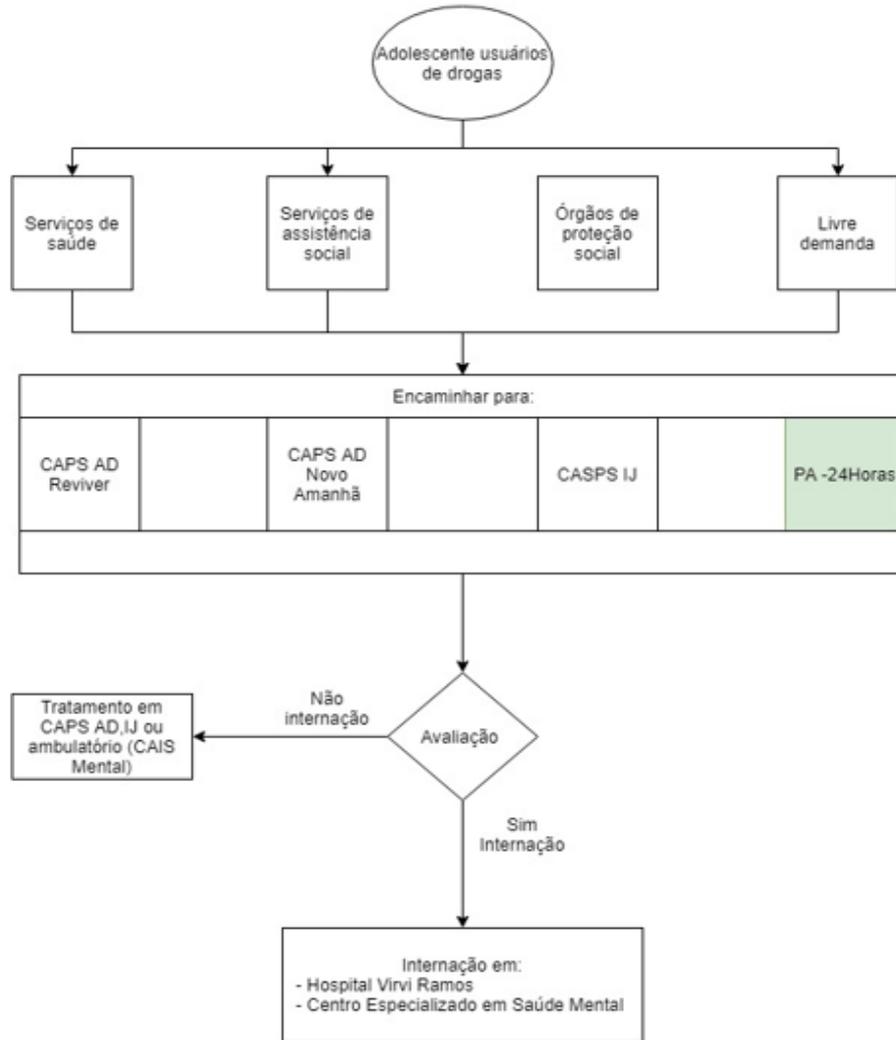
Antes de explorar os principais resultados do estudo, cabe mencionar aqui alguns aspectos relacionados ao contexto do município, sobre os quais são necessárias algumas considerações/reflexões. Vivemos um momento de intensas transformações sociais, as quais atingem todas as esferas do cotidiano, sobretudo, por meio das novas formas de pensar, agir, comunicar e relacionar-se, embora tal realidade, segundo Bauman (2001), seja líquida. O município de Caxias do Sul não está à margem de tais transformações, o que foi ratificado pelas mudanças que ocorreram entre o cenário original, dentro do qual se configurou o projeto de pesquisa, e o atual, que foi se constituindo durante a execução do estudo.

O cenário da Rede de Atenção de Caxias do Sul, no momento em que o projeto de pesquisa foi concluído, incluía o Pronto Atendimento – PA 24h como serviço de referência em urgência e emergência no município. Com o passar do tempo – e no decorrer do trabalho - mudanças nos fluxos de atendimento do município fizeram com que o PA 24h, com localização central, fosse fechado em 17 de outubro de 2018 (“Fechamento do PA 24h”, 2018; Fig. 37). A partir daí uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA, a qual estava localizada na Zona Norte da cidade, passou a ser a referência como serviço de urgência e emergência.

Tal mudança impactou na redução do número de adolescentes internados pelo uso de drogas na rede de saúde do município. De acordo com consulta realizada no BI (Business Intelligence), SIH (Sistema de Informações Hospitalares), o número de internações de adolescentes com demandas de saúde mental de Caxias do Sul, reduziu 41,98% ao comparar janeiro a junho de 2018 e igual período em 2019. Por conseguinte, é necessário considerar algumas variáveis como: 1) equipe técnica da UPA que, assessorada por profissionais da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, passou a considerar os CAPSs em suas avaliações/encaminhamentos; 2) foi estabelecido grupo de *WhatsApp* entre equipe da UPA e diretoria/coordenadores dos serviços que compõem a RAPS, de forma a facilitar a comunicação e a localização do serviço de urgência/emergência, que passou a ser na periferia da cidade. Uma adolescente, 15 anos, manifestou:

A UPA é do outro lado do mundo, né? Nossa, muito longe. Mas o tratamento bom. [...] PA lá foi bom, o tratamento, e localização.

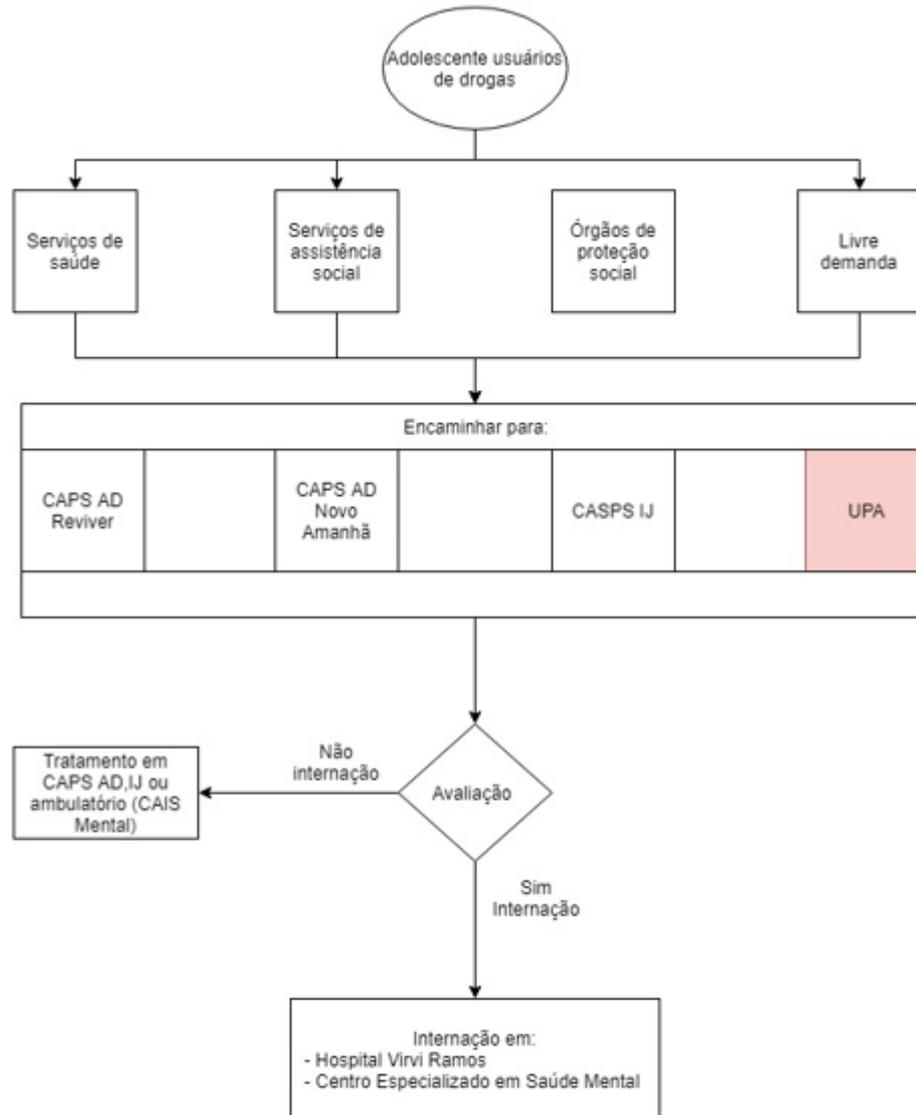
Figura 37 – Fluxo de atendimento aos adolescentes usuários de drogas em Caxias do Sul durante a elaboração do Projeto de Pesquisa



Adolescentes não acessavam os CAPS's, dirigindo-se ao PA - 24 horas e eram encaminhados para internação. Após internação, não acontecia a continuidade de tratamento em CAPS's.

Fonte: Elabora pela autora.

Figura 38 – Fluxo de atendimento aos adolescentes usuários de drogas em Caxias do Sul durante a coleta de dados.



Adolescentes acessavam UPA (serviço urgência/emergência) que encaminham para tratamento nos CAPS's. Percebe-se que poucos casos são encaminhados para internação.

Fonte: Elabora pela autora.

Mediante a esse cenário, os adolescentes passaram a acessar os CAPSs, o que não acontecia quando da constituição do projeto de pesquisa. À época era possível observar que muitos adolescentes chegavam a internação sem ter passado por outros serviços, fato este que motivou esta pesquisa. Ainda, a RAPS passou a considerar o CAPS AD Novo Amanhã

como serviço de referência a adolescentes com necessidades em decorrência do uso de drogas para ter a possibilidade de ofertar atividades específicas para esse público.

É por meio do relacionamento com outras pessoas com a mesma problemática, por vezes no espaço terapêutico, que se dá o intercâmbio de dificuldades e de soluções de problemas, num verdadeiro efeito de rede (SOARES; KOCHENBORGER, 2010, p.267)

Embora exista um CAPS de referência para os adolescentes usuários de drogas, a problemática de dificuldade de adesão permanecia. Assim, mesmo com a mudança de fluxo ao atendimento, a pesquisa ainda se justificava, haja vista a necessidade de dar voz a adolescentes e seus pais/responsáveis para alcançar os objetivos propostos no projeto. A partir de manifestações de adolescentes e pais/responsáveis e da pesquisa documental, buscou-se apreender realidades que lançassem luz acerca das trajetórias de vida, bem como o itinerário terapêutico de cuidado na rede de atenção percorrido por adolescentes usuários de drogas no município, para compreender sua rede de apoio, com vistas a entender a dificuldade de acesso/adesão a tratamento em serviço extra-hospitalar. Destarte que, a rede “não está já dada feito um arcabouço a ser preenchido de forma protocolar, pois vão em acontecimentos sendo tecidas” (MERHY *et al.*, 2014, p. 157). A rede de atenção refere-se à rede social do adolescente usuário de drogas

Ao refletir sobre rede social, referimo-nos a todos os vínculos interpessoais de um sujeito: sua família nuclear, sua família extensa, as relações de trabalho, de estudo, de vínculos com serviços de saúde, de alguma inserção comunitária e práticas sociais. Sendo assim, a rede social é uma instância necessária para desenvolver um trabalho no campo da saúde mental (SOARES; KOCHENBORGER, 2010, p. 266).

Além de considerar a rede social em seu conceito amplo, é mister observar que os transtornos decorrentes de uso de álcool e outras drogas são considerados doenças multifatoriais, envolvendo fatores biológicos, psicológicos e socioculturais (VOLKOW; BALER, 2014). Integrando todos esses elementos, constitui-se o itinerário terapêutico, podendo ser definido como:

[...] trajetórias de busca, produção e gerenciamento do cuidado para saúde, empreendidas por pessoas e famílias seguindo uma lógica própria, tecida nas múltiplas redes para o cuidado em saúde, de sustentação e de apoio, que possam lhes dar certa sustentabilidade na experiência de adoecimento. Comporta, também, como os serviços de saúde produzem e disponibilizam cuidados, segundo sua própria lógica, e atendem, em certo modo e medida, às necessidades de saúde dessas pessoas e famílias (MARTINS; PINHEIRO, 2009, p. 188)

Em relação aos resultados, serão abordados os achados vinculados à Parte 1, ou seja, as experiências individuais/trajetórias de vida dos adolescentes, dos quais três eixos merecem destaque: as famílias, os adolescentes e as instituições. A seguir, serão analisados aspectos referentes à Parte 2 dos resultados: itinerário terapêutico e a rede.

Nas análises relativas à trajetória de vida, especificamente, no que se refere a fatores de risco no contexto familiar, ficou evidente que todos os participantes passaram por situações de negligência ao longo da vida, seja abandono ou falta de cuidados adequados. A negligência infantil é uma das formas maus-tratos, que impactam no funcionamento da saúde mental em adultos, tais como o uso de drogas, bem como o desenvolvimento de outros transtornos psiquiátricos (BRADY; BACK, 2012). As trajetórias de vida apresentaram violação de direitos, bem como fatores estressores. Podem ser considerados estressores doenças ou acidentes entre membros da família/amigos, mortes, separação ou novos casamentos dos pais, problemas financeiros vivenciados pela família, os quais podem ser um risco para o uso de drogas (HOFFMANN; CERBONE, 2002). Pode-se dizer que maus-tratos também estavam presentes nessas trajetórias. Esses resultados alinham-se a questões já consolidadas na literatura, tais como uma metanálise, realizada com estudos longitudinais que avaliou a associação entre histórico de maus-tratos e uso de drogas na vida adulta, dado que os resultados evidenciaram que as pessoas sofreram abuso físico na infância tinham 74% maior risco de abuso de substâncias psicoativas na vida adulta, assim como pessoas que sofreram abuso sexual, tinham 73% maior risco para o uso de drogas (HALPERN *et al.*, 2018).

As histórias/trajetórias de vida dos adolescentes apresentaram-se permeadas de estressores e, por ora, acarretaram traumas. Estudos clínicos demonstram uma estreita relação entre a exposição ao trauma nos primeiros anos de vida e um risco aumentado de problemas de saúde (WU, NANCY; SCHAIRER, LAURA; DELLOR, ELINAM; GRELLA, 2010; SIMMONS SHANNON, 2016). Isso pode ser corroborado por alguns relatos dos adolescentes, que acessaram os serviços de saúde mental já na infância, por transtornos mentais que ainda não eram em decorrência do uso de álcool e outras drogas. Destaca-se que, em alguns encaminhamentos de internação dos adolescentes, o CID principal não era o transtorno pelo uso de drogas, mas sim, transtorno depressivo, tentativa de suicídio, transtorno de humor, entre outros. Por outro lado, também alguns familiares referiram ter transtornos mentais, inclusive, com a ocorrência de tentativa de suicídio.

No que se refere ao uso de drogas, chama a atenção que 10 adolescentes tinham histórico de uso de drogas na família, em alguns casos, por parte das figuras paterna e materna, resultado semelhante à pesquisa realizada com adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba (ALVES; KOSSOBUDZKY, 2002). Encontra-se na literatura que a família pode contribuir para o uso, abuso e dependência de drogas (HOFFMANN; CERBONE, 2002; SELEGHIM *et al.*, 2011; SCHENKER; MINAYO, 2004; SCHENKER; MINAYO, 2005), sendo que esse comportamento dos genitores pode ser copiado pelos filhos (SCHENKER; MINAYO, 2004). Os adolescentes que fazem parte de famílias, que os pais são mais tolerantes e favoráveis ao uso de drogas, têm maiores probabilidades de consumirem drogas do que aqueles que recebem orientação acerca do uso (MILLER; PLANT, 2010) e “os estilos materno e paterno dos usuários de drogas, em sua maioria, foram negligentes” (BENCHAYA *et al.*, 2011).

Através da trajetória de vida, bem como na análise do mapa de rede, constatou-se a ausência da figura paterna em quase todos (n=9), apenas uma adolescente residia com o pai e a mãe. Ainda com o mapa de rede (SLUZKI, 1997), nenhum adolescente apontou a figura paterna, no círculo interno, que representava as relações íntimas, as pessoas que considerava importante, que poderia contar no cuidado. Ao longo da trajetória de vida, ocorreram mudanças de responsáveis legais (73%), dos quais, na data da entrevista, apenas 45,45% residia com mãe, pai ou pais. De modo que “[...] a ausência da figura materna e/ou paterna no ambiente familiar é um fator relevante, com consequências diretas sobre as relações e o desenvolvimento comportamental/educacional dos filhos que são usuários ou não” (HENRIQUES *et al.*, 2016, p.7).

Com a saída de cena da figura paterna, outros elos da família (mãe, tios, avós), ou até amigos, assumiram o acolhimento/responsabilidade pelo adolescente. De maneira que “[...] os adolescentes que residem apenas com o pai ou a mãe, ou aqueles que moram com familiares como avós, tios e outros têm prevalência de iniciação do tabagismo 143% e 77% maior, respectivamente, em relação àqueles que moram com os pais e irmãos (p<0,001)” (TEIXEIRA; GUIMARÃES; ECHER, 2017, p. 4).

Em relação ao tamanho da rede dos adolescentes, constata-se que mais da metade dos adolescentes possui uma rede pessoal composta por vários membros da família, podendo ser classificada como grande, o que não é considerado adequado, visto que acaba sendo inativa, haja vista que os membros podem acreditar que outros estariam prestando cuidados a quem necessita (MORÉ; CREPALDI, 2012; SLUZKY, 1997). Resultado semelhante aos achados em estudo realizado em CAPS AD, no Sul do Brasil, que se destacaram redes numerosas (BORGES;

SCHNEIDER, 2017). As redes ideais são consideradas as médias, compostas por aproximadamente oito membros (MORÉ; CREPALDI, 2012; SLUZKY, 1997) e apenas (36,36%) dos adolescentes apresentaram essa formatação.

No tocante ao histórico do uso de substâncias, a média de idade da primeira experimentação de alguma droga variou de 11 a 15, embora haja registros entre os 12 e 15 anos (ARAUJO *et al.*, 2012) e até entre 6 e 10 anos de idade (ALVES; KOSSOBUDZKY, 2002). A busca pelo prazer, a facilidade de acesso e a sensação de alívio de problemas foram os principais motivos para o uso de drogas para mais de 60% dos usuários. Esses motivos foram semelhantes àqueles apontados por pesquisa realizada em Recife (ALMEIDA, 2011) onde, no entanto, a “facilidade de acesso” não foi elencada.

É recorrente o uso de drogas entre adolescentes, sobretudo, se considerado este ciclo de vida como um período de muitas experimentações pessoais e socioculturais. Pondera-se que as pessoas podem fazer uso de drogas como uma forma de lidar com situações muito adversas (falta de moradia e de acesso à escola, situações diversas de violência, frustrações pessoais, entre outros motivos) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

Alguns pais/responsáveis, por sua vez, disseram que ficaram sabendo sobre o uso de drogas por parte dos adolescentes pouco tempo antes da entrevista, o impediu-os de atuar no sentido de prevenir e identificar possíveis problemas. Nesse contexto, sabe-se que a ausência de supervisão dos pais/responsáveis aumenta a probabilidade dos adolescentes se envolverem com o tabaco, a qual é uma droga considerada como porta de entrada para o uso das demais (MAGALHÃES; FONTES, 2007).

No tocante aos prejuízos associados ao uso de substâncias psicoativas, identificou-se que estas acarretam uma série de dificuldades e sintomas, podendo ser destacados os sintomas depressivos, agressivos e delinquentes (TORNOEN *et al.*, 2014). Sintomas delinquentes, agressões a familiares, envolvimento em brigas, roubos e tráfico de drogas emergiram na amostra, os quais foram manifestados por 6 adolescentes (54,4%) sem pudor. “É sabido que o cometimento de atos ilícitos está relacionado à busca de uma identidade social” (PAULA, 2013). Tal identidade pode ser construída como uma reação frente à invisibilidade social, e através do tráfico alcançar um *status*, ser acolhido, e assim ser pertencente a um grupo, o que foi corroborado pelo envolvimento de alguns adolescentes com o tráfico para conseguir acesso a drogas para consumo próprio.

Em relação aos dados sociodemográficos, a amostra apresentou um predomínio de baixa escolaridade de acordo com a faixa etária, 7 adolescentes informaram ter o Ensino

Fundamental incompleto (63,6%) e 4 tinham Ensino Médio incompleto (36,4%). Outros estudos apontam dados semelhantes de baixa escolaridade de adolescentes, de acordo com a faixa etária (ANDRADE; ALVES; BASSANI, 2018), o que mostra a importância de fortalecer a escola enquanto um contexto de proteção. No momento da entrevista, 4 adolescentes manifestaram ter abandonado os estudos e 6 adolescentes relataram ausência a escola por conta do uso de drogas. Para Strefling (2018), “[...] a interrupção do processo de escolarização é comum entre os adolescentes usuários de drogas, aumentando sua vulnerabilidade ao uso de substância psicoativa aumenta, já que o adolescente aparta-se de um ambiente saudável”.

A dificuldade de vinculação com a escola também se estende a cursos de formação profissional ou a tratamentos ofertados na rede, mesmo assim, os adolescentes realizam fugas de casa/ abrigos/casas lares. Constatou-se também a dificuldade de adesão dos familiares a tratamentos ofertados na rede de atenção ao adolescente usuário de drogas no município. Mais da metade dos pais/responsáveis não tinha acessado serviços que ofertassem tratamento a familiares.

A dificuldade de muitos pais de se perceberem na dinâmica da relação “adolescente-uso de drogas” acarreta dificuldades também para as intervenções terapêuticas e, possivelmente, para a adesão daqueles ao tratamento. Desta forma, influência também na adesão dos adolescentes ao tratamento. Os pais são modelos de comportamento para eles, e sua participação no tratamento também é uma demonstração de afeto e cuidado (JUAN, 2018).

É evidente que uma família fragilizada repercute nas trajetórias de vida dos adolescentes, os quais foram expostos a inúmeras vulnerabilidades que, muitas vezes, as instituições formais tais como a escola, o Conselho Tutelar, o abrigo suprem a lacuna da rede familiar. Através do mapa de rede, os dados mostram que, apesar dos familiares serem lembrados com mais frequência pelos adolescentes, normalmente, estão afastados deles, aparecendo mais distante que outras instituições. Já a comunidade foi destacada como o grupo mais próximo dos adolescentes. Isso demonstra a importância dos serviços/dispositivos de saúde, assistência, educação e outros para sujeitos em vulnerabilidade social que, amiúde, ocupam outras relações fragilizadas.

Martins e Pinheiro (2009, p. 22) afirmam: “[...] parece-nos evidente **a insuficiência dos modelos ideais** como um modo de organização capaz de responder às demandas sociais por saúde, tendo em vista o caráter complexo e plural das sociedades modernas. O pensamento complexo corrobora incitando as novas formas de pensar e agir. Na

contemporaneidade, é necessário que os conceitos estejam entrelaçados, mas nunca concluídos.

O método da complexidade pede para pensarmos nos conceitos, sem nunca dá-los por concluídos, para quebrarmos as esferas fechadas, para tentarmos compreender a multidimensionalidade, para pensarmos na singularidade com a localidade, com a temporalidade, para nunca esquecermos as totalidades integradoras (MORIN, 1996, p. 192)

As totalidades integradoras, não sendo visualizadas a partir da intersectorialidade com instituições de diferentes setores, com a comunidade e com os usuários que complementam suas ações e unem-se com o objetivo comum de aumentar a qualidade de vida da população (ALMEIDA, 2015). As intervenções podem ocorrer no próprio território¹⁵ do usuário, de forma que esse tipo de ação é muito potente (MILANESE, 2018). As intervenções no domicílio, constituem-se em estratégia de vinculação do adolescente ao serviço e, de acordo com esse estudo, aqueles que haviam recebido visita domiciliar consideraram como positiva a ação. É a partir da vinculação que poderá ocorrer a adesão ao tratamento. No momento em que os sujeitos passam a conhecer a rede, assumem o papel de protagonistas, partícipes do seu processo de cuidado.

Em nossa amostra, menos da metade dos adolescentes (45,4%) já havia tido experiência em CAPS.

No cenário nacional, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) emergem como protagonistas do novo modelo, sustentando um conjunto de ações teórico-práticas e político-ideológicas que visam promover novas formas de laço de seus usuários com a cidade, em diálogo permanente com sua comunidade e território de referência (FIOCRUZ; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 14).

Os CAPSs são tidos como articuladores da rede, reduzindo situações de crise e internações psiquiátricas dos sujeitos (CAMATTA *et al.*, 2011). Apenas 2 adolescentes foram encaminhados pelos CAPSs para internação, dos quais 1 adolescente foi encaminhado através do CAPS e da família para solicitação de avaliação de internação compulsória, visto que se colocou em situação de risco, bem como colocando outrem, negando-se a realizar tratamento.

¹⁵ O conceito de território na saúde mental diz respeito ao *locus* da ação clínica e psicossocial. O território não é apenas o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura do seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo (DELGADO, 1999, p. 117).

Em relação aos serviços de urgência/emergência, estes são bem vistos pelos adolescentes. Cinco (45,4%) adolescentes consideram os serviços de urgência/emergência (UPA e PA 24h) como referência de serviços que ofertam tratamento em decorrência do uso de álcool e outras drogas, o que contribuiu para esclarecer ao serviço que está sendo a porta de entrada do adolescente usuário de drogas. Os serviços de emergência psiquiátrica são geralmente o primeiro acesso adolescente ao sistema de saúde, podendo se constituir em um serviço de referência, implicando em outros atendimentos (LINDSEY, JOE, MUROFF, 2010). Por outro lado, os CAPS foram pouco lembrados pelos adolescentes, apenas 2 participantes o mencionaram quando foram questionados acerca de serviço/dispositivo/ ONG (rede formal/informal) que consideravam importante. Menos da metade dos adolescentes (n=4) manifestou não ter experiência em buscar atendimento na rede. Os que já haviam acessado a rede justificaram o acesso em situações que denominaram como extremas: fissura, fundo do poço, entre outras. Todavia, a adesão ao tratamento é um grande desafio. Estudos indicam que o abandono do tratamento agrava a possibilidade dos sujeitos se recuperarem (OLIVEIRA; SZUPSZYNSKI; DICLEMENTE, 2010; FRANCO *et al.*, 2003).

Sabe-se que as famílias são muito importantes no processo de tratamento do uso de drogas (SCHENKER; MINAYO, 2004). A família tem necessidades que precisam ser escutadas (EDWARDS, GRIFFITH; DARE; CHRISTOPHER; VERONESE, 1997). Destaca-se que quatro familiares expressaram que não procuraram tratamento com os familiares, 3 desses desconheciam os serviços extra-hospitalares para tratamento de adolescentes usuários de drogas, referindo-se apenas a hospitais/clínicas como referência. Percebe-se a necessidade de publicizar a RAPS para a comunidade.

O usuário podem acessar a rede de serviços de saúde, por qualquer porta, além da atenção básica, conforme proposição do modelo circular (CECÍLIO, 1997), o que implica que todos acolham o usuário, e que se estabeleça a gestão do cuidado, inserindo na rede, estabelecendo conexões com os diversos pontos dessa rede. O autor explicita que, um círculo, não tem pontas, não tem hierarquia e funciona de forma horizontal.

A rede de atenção aos adolescentes, que participaram do estudo, foi considerada de baixa conectividade entre os diversos atores, sendo necessário o fortalecimento das conexões/laços, apesar do potencial de articulação dos diversos pontos da rede do município. De acordo com as interações recebidas, a escola pode ser considerada como ator central, mesmo considerando que 4 adolescentes manifestaram que não estavam frequentando o sistema escolar. A escola é a instituição de referência entre todos os serviços acessados. A escola é um ambiente de grande

influência na formação do indivíduo, cuja vivência é crucial para o desenvolvimento cognitivo, social e emocional (IBGE, 2016, p. 12). Como ator secundário, apresentou-se o CAIS Mental, porém sem grau de intermediação que, pela sua configuração de ambulatório, opera de forma divergente de um CAPS. Vislumbraram-se os abrigos em quarto lugar no que se refere à centralidade, e destacaram-se com maior poder de intermediação. Quando avaliados os adolescentes com histórico de institucionalização, seja em abrigos ou casas lares, evidenciou-se uma rede de serviços maior e mais articulada quando comparados aos adolescentes que não foram institucionalizados. Isso deve ser devido à atuação na perspectiva de rede que já é prática na equipe técnica desses serviços. Tal atuação pode ser entendida pelo fato de terem parâmetros/orientações técnicas para os serviços de acolhimento para crianças e adolescentes, o qual prevê o trabalho em rede para promover a reparação das violações de direito (FARIAS, 2013). Não era a primeira internação de nenhum adolescente com histórico de institucionalização.

O alto número de internações anteriores para dependência química indica a dificuldade que os dependentes químicos possuem em manterem-se abstinentes após a internação. Tal fato está relacionado à baixa adesão dos pacientes aos serviços extra-hospitalares. Por conseguinte, a falta de acompanhamento após a internação favorece a recaída. Com isso, salienta-se a necessidade de os órgãos governamentais instituírem mais serviços extra-hospitalares que atendam a demanda populacional, fornecendo uma assistência de qualidade, para que haja o aumento de adesão dos dependentes químicos a eles (FERREIRA *et al.*, 2012, p. 450).

A experiência de internação foi mencionada pela maioria dos adolescentes como positiva, sendo que 9 participantes elencaram aspectos positivos das atividades ofertadas, destacando as atividades físicas e coletivas (grupos, jogos e atividades de artes). Apenas dois adolescentes não participaram das atividades ofertadas, o que possivelmente tem relação ao fato de terem sido internados de forma compulsória. Salienta-se que, durante a entrevista, foi possível constatar que os referidos jovens não apresentavam crítica acerca dos prejuízos com o uso de drogas, bem como não demonstraram motivação para mudança.

Já os pais/responsáveis, em relação à experiência de internação, destacaram como positivas as regras rígidas empregadas em hospitais e clínicas. Paradoxalmente, perceberam-se as dificuldades dos familiares em estabelecer regras/limites na relação estabelecida com os adolescentes. No estudo de Selegim e Oliveira (2013, p. 265), foi manifestada “[...] a existência de regras familiares permissivas, representadas por pais, avós ou tias que não conseguiam estabelecer controle ou dar limites aos usuários”.

Na percepção dos entrevistados, a rede de atenção ao adolescente usuário de drogas do município foi considerada boa por 4 adolescentes (36,4%), muito boa por 2 (18,2%), mais ou menos por 2 (18,2%), muito ruim 2 (18,2%) e 1 disse desconhecer a rede (9,1%). No que se refere à qualificação da rede de atenção ao adolescente usuário de drogas, foram mencionadas sugestões pelos adolescentes, de tipos de serviços ou atividades que deixaria interessado a buscar a rede, como atividades físicas, artesanato, grupos, cursos. É imprescindível que os diversos serviços da rede sempre deem voz aos usuários, de forma que sejam ofertadas atividades que despertem o interesse. No CAPS, o projeto terapêutico singular – PTS¹⁶ precisa ser atrativo, para garantir a adesão ao tratamento.

A maioria dos pais/responsáveis elencou a rede de apoio como boa, salvo um que manifestou ser ruim. Ainda os pais/responsáveis destacaram ser necessário maior tempo de internação, e a inserção dos adolescentes em comunidades terapêuticas, entre outros, para que assim a rede fosse qualificada. Apenas 2 adolescentes (18,2%) já haviam acessado comunidades terapêuticas, as quais não se localizavam no município de Caxias do Sul.

Além da mudança de fluxo de atendimento, que impactou na amostra do trabalho, deve-se considerar que apesar de todos os adolescentes aceitarem participar da pesquisa, realizavam as suas manifestações de forma muito objetiva e limitada. Para Oliveira, Szpyszynski e Diclemente (2010, p. 41), “Os adolescentes são considerados pacientes difíceis de serem trabalhados no ambiente terapêutico, uma vez que demonstram mais hostilidade, maior desconfiança entre outras formas de resistência, além de baixa motivação para tratamento”.

Pode-se entender que a adolescência constitui-se como um processo de desenvolvimento de novas habilidades, atitudes e comportamentos (LOUREIRO; FREDERICO-FERREIRA; SANTOS, 2013). Mas também, deve-se considerar ainda que o acesso aos familiares ocorreu com dificuldades. Para entrevistar os adolescentes, primeiramente, foi preciso entrevistar os familiares, assim como foi aplicado o TCLE. A assistente social, que atuava tanto no Hospital Virvi Ramos, quanto no Centro Especializado em Saúde Mental, apresentava a proposta de pesquisa aos familiares e/ou responsáveis e, mediante a anuência, agendava encontro com a pesquisadora. Foram 29 agendamentos com pais/responsáveis para a realização de entrevista a 11 adolescentes. Para exemplificar a dificuldade de acessar as famílias, apresento o caso que mais demandou idas ao Centro Especializado em Saúde Mental, que totalizaram quatro. Na primeira

¹⁶ O PTS é 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. Geralmente é dedicado a situações mais complexas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 14).

e na segunda vez, a mãe do adolescente de 15 anos agendou datas e horários, de acordo com a sua disponibilidade, entanto não compareceu. Por outro lado, demonstrou interesse em participar da pesquisa, por isso agendou com a pesquisadora o encontro na data do aniversário do filho, porém, mais uma vez, não compareceu, alegando estar sem dinheiro para a passagem de ônibus. A mãe solicitou à assistente social, do Centro Especializado em Saúde Mental, novo agendamento, data em que levaria roupas para o filho, e assim o fez, sendo realizada a entrevista. Assim como esse caso, outros pais, ou familiares/responsáveis, agendavam dia/horário, mas não compareciam. Tal expectativa de comparecimento da família atingia não apenas o pesquisador, mas também era percebida na entrevista com os adolescentes, que ficavam aguardando seus familiares. Sabe-se que esse comportamento dos pais impacta os filhos. Há estudos que apresentam o impacto que os pais exercem no desenvolvimento sociocognitivo dos filhos (BAUMRIND, 1971; DARLING; STEINBERG, 1993; ALVARENGA, PATRÍCIA; PICCININI, 2001; DE PAIVA; RONZANI, 2009).

As limitações dos resultados do estudo são inerentes ao método. A pesquisa qualitativa, utilizando-se de amostra intencional, limita os achados na população investigada, não permitindo generalização na população global ou nas inferências a outras populações (SELEGHIM; OLIVEIRA, 2013).

A análise dos itinerários terapêuticos contribui para a tomada de decisões políticas e para a construção da rede de assistência mais sensível às escolhas e às necessidades dos usuários do sistema de saúde (ALMEIDA; PINHEIRO; 2010; PINHEIRO; MARTINS, 2011; GERHARDT, 2017). Nesse processo, é necessário reconhecer o contexto (social, cultural, entre outros), bem como os atores para que ocorra um processo de empoderamento destes.

[...] quando realçamos a avaliação na perspectiva do direito, conferindo centralidade no usuário como mais um avaliador legítimo, as práticas avaliativas tornam-se amplificadoras desse direito, influenciando de modo crítico a oferta cuidados, possibilitando maior qualidade e resolutividade ao conjunto da população. São práticas que incluem a ótica do usuário, como portador de direitos, no sentido de envolvê-lo na corresponsabilização inerente aos diferentes implicados na produção do direito à saúde (MARTINS; PINHEIRO, 2009, p. 39).

Não basta ter redes, estas precisam estar conectadas/articuladas para ser atrativa aos adolescentes, implicando na integralidade do cuidado. De acordo com Mângia e Muramoto (2007), diversos autores apresentam dados que, quando um sujeito está inserido em uma rede forte, de troca e suporte, tem mais possibilidade de sucesso no tratamento. Como a realidade social se constrói na interação, podemos estimular a formação de redes (SOARES; KOCHENBORGER, 2010, p. 266).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A única coisa que podemos tomar como certeza é que tudo muda. A taxa de mudança aumenta. Se você quer acompanhar, melhor se apressar. Esta é a mensagem dos dias atuais. Porém, é útil lembrar a todos que nossas necessidades básicas não mudam. A necessidade de ser considerado e querido! A necessidade de pertencer. A necessidade de estar próximo e de ser cuidado, e de um pouco de amor! E isso é conseguido apenas pela desaceleração das relações humanas. Para ganharmos controle das mudanças, devemos recuperar a lentidão, a reflexão e a capacidade de estarmos juntos. Então encontraremos a verdadeira renovação (FLOISTAD, 2012).

Na certeza de que tudo muda, na necessidade de ser cuidado, é explícita a complexidade da temática abordada, já que o uso de drogas na adolescência tem sido um grande desafio.

Vislumbrando as totalidades integradoras, pode-se dizer que os resultados, obtidos no estudo, mostram que a partir da análise de itinerário terapêutico, das trajetórias de vida dos adolescentes, de suas redes, vários fatores influenciam na produção e/ou manutenção do abuso de drogas. Constatou-se que o município possui uma rede de apoio ao adolescente usuário de drogas, todavia, é necessário o fortalecimento dessa rede. Tal fortalecimento implica na conexão entre as diferentes políticas (saúde, educação, assistência social e outras), bem como a órgãos não governamentais presentes no território, de forma a responder às necessidades dos usuários e de seus familiares, promovendo assim qualidade de vida e, conseqüentemente, um futuro melhor para adolescentes usuários de drogas.

Considerando a singularidade dos sujeitos, faz-se necessário constantemente o compartilhamento de responsabilidades entre os diferentes atores em um processo terapêutico. Destarte que a intersetorialidade e a interdisciplinaridade precisam estar presentes para alçar a integralidade de cuidado do adolescente e de sua família. No processo de cuidado, é mister catalisar as conexões, bem como o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado. O empoderamento das famílias depende de uma rede que oferte um suporte eficiente, sendo mobilizadoras de recursos para exercerem o cuidado. Está evidenciada a importância da participação da família no tratamento relacionado ao uso de drogas.

A abordagem em redes sociais tem sido ponto de apoio para o planejamento, execução e gestão de políticas públicas. Assim, a divulgação dos resultados desta pesquisa será por meio de publicação de dois artigos científicos em periódico especializado da área, sendo um acerca da trajetória de vida e outro da análise de rede, no que se refere à rede pessoal e de serviços dos usuários, como forma de contribuição com a pesquisa científica no campo da saúde pública e saúde do adolescente.

REFERÊNCIAS

- ALEJANDRO VELÁZQUES, O.; NORMAN, A. G. **Manual Introductório à Análise de Redes Sociais Topology Proceedings**. México, 2006.
- ALMEIDA, N. D. Uso de álcool, tabaco e drogas por jovens e adultos da cidade de Recife. **Psicol. Argum.**, v. 29, n. 66, p. 295-302, 2011.
- ALMEIDA, M. M. **A Rede em Ação Intersetorial como Espaço de Formação ao Usuário de drogas**. Brasília: Universidade de Brasília, 2015.
- ALVARENGA, P.; PICCININI, C. **Práticas Educativas maternas e Problemas de comportamento pré-escolares**. v. 14, n. 3, p. 449-460, 2001.
- ALVES, P. C. Itinerário terapêutico e os *nexus* de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais**, v. 5901, n. 42, p. 29-43, 2015.
- AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. PESQUISA Capsad do Município de Natal-RN. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, p. 56-63, 2010.
- BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Escala de avaliação da satisfação dos usuários em serviços de saúde mental: SATIS-BR. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 8, p. 293-300, 2000.
- BARBOSA DE PINHO, L. *et al.* Consumo de crack: repercusiones en la estructura y en la dinámica de las relaciones familiares. **Enfermagem Global**, v. 11, p. 139-149, 2012.
- BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: 2001.
- BAUMRIND, D. Harmonious parents and their preschool children. **Developmental Psychology**, v. 4, p. 99-102, 1971.
- BELLO, L. A. Redes de Atenção aos Usuários de Drogas. In: **Desafios da transferência da evidência científica para o desenho e implementação de políticas sobre o uso de drogas**. 1.ed. São Paulo: Cortez, 2015. p. 246.
- BENCHAYA, M. C. *et al.* Pais não autoritativos e o impacto no uso de drogas: A percepção dos filhos adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v. 87, n. 3, p. 238-244, 2011.
- BITTENCOURT, A. L. P.; FRANÇA, L. G.; GOLDIM, J. R. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, p. 311-319, 2015.
- BORGES, C. D.; SCHNEIDER, D. R. Rede Social Significativa de Usuários de um CAPSad : Perspectivas para o Cuidado. **Pensando Famílias**, v. 21, n. 2, p. 167-181, 2017.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.ed. sér ed. Brasília-DF: 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1. Acesso em: 20 fev. 2018.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 03 jan. 2018.

BRASIL. **LOAS**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm. Acesso em: 17 fev. 2018.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: 25 jan. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 7.508**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 10 mar. 2018.

BRASIL. **Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2921879/mod_resource/content/1/Apostila MS - RAS_curso completo-Módulo 2-APS nas RAS - p. 31-45.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2921879/mod_resource/content/1/Apostila_MS_-_RAS_curso_completo-Módulo_2-APS_nas_RAS_-_p._31-45.pdf). Acesso em: 15 fev. 2018.

BRASIL. **Resolução 466/2012/CNS/MS/CONEP**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2018.

BRASIL. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 03 mar. 2018.

BRASIL. **Assistência Social**. Disponível em: <http://mds.gov.br/assistencia-social-suas>. Acesso em: 08 abr. 2018.

BRASIL. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php. Acesso em: 08 abr. 2018.

BRASIL, P. R. **Lei 10216**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 10 mar. 2018.

BRASIL, P. R. **LEI Nº 13.106**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113106.htm. Acesso em: 22 mar. 2018.

CARLINI, E. *et al.* **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e**

Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. Senad, UNIFESP, CEBRID. Brasília-DF, 2010.

CAMPOS, L. M. et al. Adolescentes Escolares: Associação Entre Vivência de Bullying e Consumo de Álcool/Drogas. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 1-10, 2018.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p. 469-478, 1997.

COUTO, M. C. V. **Política de saúde mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)**, 2012.

DARLING, N.; STEINBERG, L. Parenting Style as Context: An Integrative Model. **Psychological Bulletin**, v. 113, n. 3, p. 487-496, 1993.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 357-366, 2012.

DUARTE, C. E.; MORIHISA, R. S. **Prevenção do uso de drogas.** Brasília: Senad, 2013.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência e Saúde**, v. 2, p. 6-7, jun. 2005.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. **Relatório Europeu sobre Drogas.** Lisboa- Portugal, 2017.

FAGUNDES, H. S.; NOGUEIRA, V. M. R. **O princípio da integralidade nas políticas nacionais de saúde e assistência social.** Disponível em: http://www.uff.br/lassal/images/stories/jornadas/artigo/FAGUNDES_E_NOGUEIRA1.doc. Acesso em: 17 jan. 2018, p. 15, 2010.

FALEIROS, V. P. **Estratégias em Serviço Social.** 2.ed. São Paulo: Cortez, 1999. **Fechamento do PA-24h.** Disponível em: <http://pioneiro.clicrbs.com.br/rs/geral/noticia/2018/10/postao-de-caxias-fechou-as-0h08min-para-reforma-e-ampliacao-10620681.html>. Acesso em: 13 jul. 2019.

FARIAS, S. G. DE A.; L. O. P. **Levantamento nacional das crianças e adolescentes em serviço de acolhimento.** São Paulo: 2013.

FLOISTAD, G. **Slow Science.** Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/slow-science>. Acesso em: 07 jul. 2019.

GERHARDT, T. E. *et al.* **Itinerários Terapêuticos.** 1.ed. Rio de Janeiro: 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015.** Disponível em:

<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.

JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Counter-reference and reference system organization in the health system context: perception of nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 33, n. 4, p. 323-333, 1999.

KESSLER, F. *et al.* **Adaptação transcultural multicêntrica da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6) para o Brasil**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000300016. Acesso em: 26 abr. 2018.

LOUREIRO, C.; FREDERICO-FERREIRA, M.; SANTOS, M. Identificação dos fatores determinantes no desenvolvimento das competências sociais dos adolescentes. **Revista de Enfermagem Referência**, v. III Série, n. 10, p. 79-88, 2013.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 18, n. 2, p. 54-62, 2007.

MARTELETO, R. M. Redes sociais, mediação e apropriação de informações: situando campos, objetos e conceitos na pesquisa em ciência da informação. **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, v. 3, n.1, p. 27-46, 2010.

MARTINS, H. H. T. DE S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, v. 30, n. 2, p. 289-300, 2005.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**. n. 52, p. 153-164, out. 2014.

MILANESE, E. **Tratamento Comunitário**. 4. ed. Brasília: 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 1.ed. Petrópolis Vozes, 2016.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas**. Disponível em: <https://obid.senad.gov.br/dados-informacoes-sobre-drogas/pesquisa-e-estatisticas/populacoes-em-contextos/estudantes-1>. Acesso em: 20 fev. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 336**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 08 abr. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 130**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 08 abr. 2018.

MORÉ, L. O. O.; CREPALDI, M. A. O Mapa De Rede Social Significativa Como Instrumento De Investigação No Contexto the Map of Social Network As a Research Tool in the Context. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 43, p. 84-98, 2012.

NICASTRI, S. Drogas: Classificação e efeitos no organismo. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 5.ed. Brasília: SENAD, 2013. p. 17-41.

OLIVEIRA, M. S.; SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; DICLEMENTE, C. Estudo dos estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas. **Psico**, v. 41, n. 1, p. 40-46, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças (CID-10)** Revista São Paulo, 2007.

ORGANIZATION OF AMERICAN STATE. INTER-AMERICAN DRUG ABUSE CONTROL COMMISSION. **Report on Drug Use in the Americas 2015**OEA/Ser. L/XIV Washington, 2015. Disponível em: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3208>. Acesso em: 20 fev. 2018.

PAGLIACE, A. G. S. **Avaliação do cuidado à criança e ao adolescente com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sustância psicoativa em tratamento no hospital geral**. Disponível em: https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/53156/R-T-ANGELA_GONCALVES_DA_SILVA_PAGLIACE.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20/02/2018.

PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: Revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 1, p. 177-183, 2009.

PECHANSKY, F.; MACIEL, C. Características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos Alcohol use among adolescents: concepts, epidemiological characteristics and etiopatogenic factors. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. Supl I, p. 14-17, 2004.

PEDROSO, R. S. **Trajetória do usuário de crack internado e seguimento de uma coorte retrospectiva e prospectiva**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

PEREIRA, B. *et al.* **Condutas de saúde entre adolescentes: uma revisão sistematizada**. p. 104-109, 2016.

PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. **Itinerários terapêuticos: Trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados** Interface: Communication, Health, Education, 2012.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 9.716 de 07 de agosto de 1992**. Disponível em: http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281. Acesso em: 08 abr. 2018.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 649-659, 2004.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOARES, A. L. A. G. **Análise de Redes Sociais no Estudo do Uso de Drogas: Uma Revisão Sistemática**. [s.l.] Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

SOARES, W. L.; KOCHENBORGER SCARPARO, H. B. Drogadição na Contemporaneidade: Pessoas, Famílias e Serviços Tecendo Redes de Complexidade. **Psicologia Argumento**, v. 28, n. 62, p. 261-271, 2010.

SODELLI, M. Vulnerabilidade, resiliência e redes sociais: uso, abuso e dependência de drogas. In: **Vulnerabilidades, Resiliência, R.** (Ed.). 1.ed. São Paulo: 2015. p. 3-35.

SPOSATI, A. **Modelo Brasileiro de Proteção Social não contributiva: concepções fundantes**. p. 1-42, 2008.

STREFLING, I. *et al.* Causas e consequências do uso de substâncias psicoativas por adolescentes: discurso do sujeito coletivo. **Revista da Jornada de Pós-Graduação e Pesquisa-Congrega Urcamp**, p. 453-466, 2018.

UNODC. **World Drug Report 2016**. Disponível em: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf. Acesso em: 24 abr. 2018.

VARGENS, O. M. C. *et al.* Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, p. 776-782, 2009.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2011.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Porto Alegre: Tomo, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **ATLAS on substance use 2017**. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/. Acesso em: 24 abr. 2018.

WU, N.; SCHAIRER, L.; DELLOR, E.; GRELLA, C. Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. **Addict. Behav. NIH Public Access**, v. 23, n. 1, p. 1-7, 2010.

ZAPPE, J. G. D. F. Drogadição na Adolescência – Família como Fator de Risco ou Proteção. **Revista de Psicologia da IMED. Revista de Psicologia da IMED**, v. 9, 2017.

11. Na sua vida qual (is) dessa (s) substâncias você já usou? (*Somente uso não prescrito pelo médico*)?

Quando a resposta for positiva: Você usou “(a droga que já foi usada na vida)” nos últimos três últimos meses? Com que frequência? (*Primeira droga, depois a segunda droga, etc.*)

	Uso na vida	Últimos 3 meses				
		Nunca	1 ou 2 vezes	Mensal	Semanal	Todos os dias ou quase
Derivados do tabaco						
Bebidas alcoólicas						
Maconha						
Cocaína, crack						
Anfetaminas ou êxtase						
Inalantes						
Hipnóticos/sedativos						
Alucinógenos						
Opioides						
Outras, especificar						

produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda);

bebidas alcólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin);

maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank etc.);

cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho);

estimulantes como anfetaminas (bolinhas, boletas, rebites, bifetamina, moderine, ecstasy, bala, MDMA);

inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tiner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, loló);

hipnóticos, sedativos (“remédios para dormir”, “calmantes” ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam);

alucinógenos (LSD, doce, papel, cogumelo, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto);

opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona);

outras – especificar _____

12. Durante os três últimos meses, o consumo de alguma droga resultou em problemas de saúde, social, legal ou financeiro? Quais as drogas e por quê? Fale um pouco sobre isso.

	Problemas	Comentários
Derivados do tabaco		
Bebidas alcoólicas		
Maconha		
Cocaína, crack		
Anfetaminas ou êxtase		
Inalantes		
Hipnóticos/sedativos		
Alucinógenos		
Opioides		
Outras, especificar		

Outras observações:

13. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.)?

	Não, nunca	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
Derivados do tabaco			
Bebidas alcoólicas			
Maconha			
Cocaína, crack			
Anfetaminas ou êxtase			
Inalantes			
Hipnóticos/sedativos			
Alucinógenos			
Opioides			
Outras, especificar			

14. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

Não, nunca Sim, mas não nos últimos 3 meses Sim, nos últimos 3 meses

15. O que o levou a usar drogas?

- Curiosidade
 Influência de amigos
 Sensação imediata de prazer
 Facilidade de acesso
 Impressão de que as drogas podem resolver os problemas (“fuga dos problemas”)
 Desejo de estimulação (“ficar esperto”)
 Desejo de relaxar
 Aliviar sentimentos negativos (por exemplo, dores, ansiedade, depressão)
 Outro(s) Qual(is)?

16. Alguém da família tem histórico de uso de drogas?

não não sei sim, Quem? _____

B. Dados acerca da internação

17. Essa é a sua primeira internação?

sim não
 Onde já ficou internado? _____
 Quando foi? _____

18. Quantos dias passaram até você conseguir este tratamento? (____)

19. Sabe descrever o motivo da internação?

20. Foi você que optou pela internação?

21. Quem o encaminhou para a internação?

22. Para qual substância está em tratamento?

- produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda);
 bebidas alcólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum tequila, gin);

- () maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, mangarosa, massa, haxixe, skank etc.);
- () cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho);
- () estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA);
- () inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tiner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló);
- () hipnóticos, sedativos(ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam);
- () alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto);
- () opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona);
- () outras – especificar _____

23. Tipo da internação () voluntária () compulsória () involuntária () não sabe

24. Como avalia seu tratamento enquanto está internado? Justifique

25. Que atividades você fez desde que foi internado?

26. Quais atividades você gostou e quais não gostou? Por quê?

Aspectos Positivos	Aspectos Negativos

27- Como você avalia a habilidade dos profissionais que o atendem no hospital, para escutar e entender os seus problemas?

- () muito bom () satisfeito na maioria das vezes () mais ou menos
 () insatisfeito na maioria das vezes () muito ruim

Gostaria de comentar? _____

28. Efeito do serviço em ajudar a aliviar sintomas/ sofrimento ou reduzir problemas

- () muito bom () bom () mais ou menos
 () ruim () muito ruim

Gostaria de comentar? _____

29. Em sua opinião, o serviço no (nome do serviço- hospital) poderia ser melhorado?

- () não () não sei () sim, de que forma? _____

C. Rede de Apoio/ itinerário terapêutico

30. Realizou algum tratamento devido ao uso de drogas, antes da internação?

- () Não () sim, Justifique _____

31. Quais locais que você conhece em que é possível realizar tratamento pelo uso de drogas em Caxias do Sul? 1. _____ 2. _____

3. _____	4. _____
5. _____	6. _____
32. Quais desses locais você já acessou? (por quanto tempo/ ocorreu abandono de tratamento/ por qual motivo)	

33.1 Se sim, como foi esta experiência? _____	
34. Você já recebeu visita domiciliar de algum serviço? () não () não lembra () sim, Como avalia?	
35. Você já realizou tratamento em comunidade terapêutica? () não () não lembro () sim	
36. Que serviço/ dispositivo/ ONG (rede formal/ informal), você considera importante? Recebeu apoio desse local?	

36.1 Além destes serviços/instituições que você já citou, de quem mais você recebe ou recebeu apoio quando precisou?	
Comunidade	Proteção/assistência/segurança/ educação
() Associação de Bairro	() Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente
() Profissionais Parceiros	() Promotoria/ Poder Judiciário
() Igreja/ trabalhos Religiosos	() Polícia
() ONGs/ projetos culturais	() Guarda Municipal
() Estabelecimentos comerciais	() Conselho Tutelar
() Empresários	() Assistência Social- CRAS/ CREAS
() Amigos	() Escola
() Vizinhos	() Centro Educativo
() Ex-colegas, ou colegas	() Outros _____
() Outros _____	
Família	Saúde
() Famílias de colegas	() UBS
() famílias de vizinhos	() Programa saúde na escola (PSE/SPE)
() Pai	() Estratégia Saúde da Família
() Mãe	() CAPS
() Avó	() Hospitais
() Outros _____	() Profissionais de equipes de saúde
() Outros _____	() Outros _____
D. Prejuízos em decorrência do uso de drogas	
37. Assinale as consequências legais do seu consumo de <i>drogas</i> (Se for seu caso, marque mais de uma alternativa), no que refere a processos/ detido na delegacia (mesmo que poucas horas), encaminhamentos para o CASE/ CASEMI	
() Ato ilícito ligado a drogas. Ex. porte, tráfico, manufatura de drogas	
() Crimes visando lucro ou contra a propriedade. Ex. roubo de carro ou em loja, arrombamento, vandalismo, incêndio;	

- Infrações praticadas somente por jovens. Ex. fugir de casa, violação do toque de recolher, vadiagem;
- Outra(s), qual(is)? _____

38. Assinale abaixo todas as consequências negativas que você experimentou por causa do seu consumo de drogas (Se for seu caso, marque mais de uma alternativa)

- Acidente de carro/moto Teve relações sexuais indesejadas, se prostituiu
- Isolou-se da família e amigos Envolveu-se com tráfico (mesmo pequeno tráfico)
- Faltou ao trabalho/escola Brigas (físicas com outras pessoas) Tentou se matar
- Outra(s), qual(is)?

E. Reflexões: risco/ proteção

39. O que você acha que pode lhe fazer voltar a usar drogas após sua alta deste tratamento?

Vou lhe dar algumas opções e você me indica quais podem fazer usar drogas de novo.

- Sentimentos negativos (ex.: ansiedade, solidão e tristeza);
- Sentimentos positivos (ex.: prazer e alegria);
- Problemas financeiros;
- Problemas ocupacionais (ex.: desemprego);
- Problemas familiares;
- Problemas legais
- Influência de amigos e/ou companheiros de uso;
- Influência do local em que mora;
- fissura;
- outro

40. O que você acha que lhe ajudaria a não usar drogas de novo depois que você sair daqui? Vou te dar opções e você também pode incluir algo que eu não tenha dito.

- apoio familiar
- Apoio de amigos;
- ambulatórios;
- Grupo de NA (narcóticos anônimos);
- uso de medicação;
- Habilidade própria para enfrentar as situações de risco;
- Um novo estilo de vida (ex.: hábitos saudáveis, novos amigos, prática de esportes);
- Auxílio na religião, fé e/ou espiritualidade;
- estudar
- ter o que fazer
- outro. _____

41. Quem são as pessoas que mais influenciam no teu tratamento? _____

F. Avaliação acerca da rede de atenção ao adolescente usuários de drogas

42. Em que situações você já procurou tratamento na rede?

<hr/> <hr/>	
<p>44. Se você já foi atendido em algum serviço para tratamento. Como você considera o acesso/ a localização, e o atendimento ao chegar _____ (nome do serviço)</p>	
Aspectos positivos	Aspectos negativos
<p>45. Se já acessou comunidade terapêutica, elenque os aspectos positivos e negativos. Nome da Comunidade Terapêutica _____</p>	
Aspectos positivos	Aspectos negativos
<p>46. Na sua percepção, como está a rede de apoio ao adolescente usuário de drogas, em Caxias do Sul? Justifique a sua resposta <input type="checkbox"/> Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito Ruim</p>	
<p>47. Você tem sugestões para qualificar essa rede e melhorar os tratamentos oferecidos? Que tipo de serviço ou atividade que, se oferecido, o deixaria interessado em buscar a rede?</p>	
<p>G. Projeto de vida</p>	
<p>48. Quais os motivos para busca de tratamento?</p>	
<p>49. Pretende dar continuidade ao tratamento, após a alta hospitalar? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei <input type="checkbox"/> sim, em qual local? Por quê?</p>	
<p>50. Você tem algum projeto de vida, após a alta hospitalar? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei <input type="checkbox"/> sim, em qual local? Por quê?</p>	

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada aos familiares/ responsáveis

Nome: _____

Parentesco em relação ao adolescente internado: _____

Nome do adolescente internado: _____

Endereço: _____ Telef: _____

Local de Entrevista: _____ Data de entrevista: _____

 convênio, qual? _____ Particular SUS

A. Dados sociodemográficos				
1. Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> Feminino				
2. Data de nascimento:		Idade:		
3. Qual é o seu estado civil atualmente? <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado ou em vive com companheiro <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outro. Qual?				
3. Qual a sua cor de pele: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> amarelo <input type="checkbox"/> índio <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> prefiro não responder				
4. Escolaridade: <input type="checkbox"/> fundamental incompleto <input type="checkbox"/> fundamental completo <input type="checkbox"/> nível médio incompleto <input type="checkbox"/> nível médio completo <input type="checkbox"/> nível superior incompleto <input type="checkbox"/> superior completo <input type="checkbox"/> outro. Qual? _____				
5. Profissão:				
6. Em relação a religião, segue alguma? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, qual?				
7. Composição familiar (viver sob mesmo teto)				
Nome	Idade	Parentesco	Situação Ocupacional	Renda
8. O Adolescente internado reside na mesma residência que você? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> as vezes. Com que frequência?				
9. Condições de moradia: <input type="checkbox"/> casa própria <input type="checkbox"/> casa alugada <input type="checkbox"/> casa cedida <input type="checkbox"/> abrigo/albergue <input type="checkbox"/> em situação de rua				
B. Dados acerca do uso de drogas				
10. Você sabe com que idade o adolescente iniciou o uso de droga? _____ anos. Qual era a droga?				
11. Alguém mais de sua família tem histórico de uso de drogas? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei <input type="checkbox"/> sim, Quem? _____				
12. O adolescente já teve algum “prejuízo”, em consequência ao uso de drogas? _____ _____ _____ _____				
C. Dados acerca da internação				
13. Essa é a primeira internação do adolescente? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não, ocorreram quando/e em que locais?				
14. Quantos dias demorou para conseguirem este tratamento ? (_____)				

15.Sabe descrever o motivo da internação?	
16.Foi você que optou pela internação?	
17.No momento em que escolheram este serviço, havia outras opções disponíveis? Quais?_____	

18. Quem foi o encaminhador para a internação?	
19.Tipo da internação () voluntária () involuntária () compulsória () não sabe	
20.Como avalia esse tratamento em regime de internação? Você acha que seu familiar se beneficia do atendimento aqui? Justifique_____	

21. Você participou de alguma atividade no hospital (grupo/ oficina/ atendimento individual)? () sim. Qual? _____ () não fui convidado () não foi possível a participação (justifique)_____	

22.Em sua opinião, avalie o serviço no (_____ nome do serviço- hospital), no que se refere a:	
Aspectos Positivos	Aspectos Negativos
D. Rede de Apoio/itinerário terapêutico	
23.Você costuma acompanhar o seu familiar (ou a pessoa que o indicou como referência) nos serviços que atendem demandas pelo uso de drogas? Justifique a resposta	
() Muito frequentemente () Com frequência razoável () Raramente () Nunca	
24.Você já acessou algum serviço que oferta tratamento devido ao uso de drogas por algum familiar, antes desta internação? () Não () sim , Justifique_____	
25.Quais locais que você conhece em que é possível realizar tratamento pelo uso de drogas em Caxias do Sul? _____	

26. Quais desses locais, você já acessou (por quanto tempo/ ocorreu abandono de tratamento/ por qual motivo)?_____	

Se sim, como foi a experiência de atendimento nestes serviços?	

27. Você já recebeu visita domiciliar de algum serviço? () não () não lembra () sim, Como avalia? _____

28. Você já realizou tratamento ofertado aos familiares de usuários de drogas (grupos/ oficinas...) em algum serviço da rede de Caxias do Sul? Justifique a resposta
() não () não lembro () sim, onde?

29. A iniciativa de acessar algum serviço de tratamento foi sua, do adolescente, de algum profissional, ou outra pessoa?

30. Como você avalia a sua participação na trajetória de cuidado previa a internação, de seu familiar?

31. Em que situações você já procurou tratamento na rede? _____

32. Se já acessou algum serviço para tratamento. Como você considera o acesso? _____
_(nome do serviço)_____

Aspectos positivos	Aspectos negativos

33. Até que ponto a localização destes serviços é satisfatória para você?
() muito insatisfatória () insatisfatória () indiferente () satisfatória
() muito satisfatória

34. Na sua percepção, como está a rede de apoio ao adolescente usuário de drogas, em Caxias do Sul? Justifique a sua resposta
() Muito boa () Boa () Regular () Ruim () Muito Ruim

35. Você tem sugestões para qualificar essa rede e melhorar os tratamentos oferecidos?

E. Reflexões

36. Levando em conta todos os serviços da rede já acessados, você já recebeu alguma informação acerca da doença de seu familiar e estratégias de tratamento adotadas?
() sim () não () não lembro

36.1. Se sim, estas informações foram claras para você? Justifique a sua resposta
() não eram nada claras () não eram muito claras () mais ou menos

() informações muito claras

37. O que elenca como fatores de risco e de proteção, no que se refere ao uso de drogas, para _____ (*nome do adolescente*)

Fatores de risco	Fatores de proteção

38. Após alta hospitalar do adolescente, o que você pretende? _____

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento de Mapeamento de Rede



Legenda:

- 1 - _____
- 2 - _____
- 3 - _____
- 4 - _____
- 5 - _____
- 6 - _____
- 7 - _____

**ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, pais/
responsáveis dos adolescentes**

Nº do projeto CAAE: _____

Título do Projeto: “QUANDO A REDE NÃO PESCA”: ANÁLISE DE ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DO ADOLESCENTE USUÁRIO DE DROGAS DE CAXIAS DO SUL

Procedimento: Coleta de dados por meio de entrevista que acontecerá *in loco* durante a internação, dias antes da alta.

Prezado Sr.(a) _____, o adolescente _____, menor de idade, pelo (a) qual o senhor (a) é responsável, está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa cujo objetivo é *conhecer o itinerário terapêutico prévio de cuidado na rede de atenção, percorrido por adolescentes usuários de drogas que se encontram em situação de hospitalização no município de Caxias do Sul-Rio Grande do Sul*. Esta pesquisa está sendo realizada como atividade pelo Curso de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a usuários de álcool e outras drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA/UFRGS.

Caso autorize a participação, será necessário que o adolescente participe de entrevista incluindo 50 questões referentes a dados gerais (idade, gênero, local de moradia etc.) e informações referentes a uso de drogas, problemas que o uso de drogas trouxe, internação, uso das instituições da rede de apoio de Caxias do Sul (UBS, UPA, CAPS etc.) e opinião sobre esses locais, além de reflexões sobre riscos que corre, tipos de proteção e projeto de vida.

A participação do adolescente é voluntária, ou seja, não é obrigatória, sendo garantido o anonimato/ sigilo. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação, assim como a participação não implica em nenhum custo. A participação do adolescente não deve trazer nenhum incômodo ou problema físico ou psicológico a ela(a) . No entanto, caso o participante se sinta incomodado por algum tema abordado ou tenha qualquer tipo de desconforto durante a entrevista, o mesmo pode optar por encerrar sua participação a qualquer momento sem que haja qualquer prejuízo.

O presente trabalho leva em conta o Estatuto da Criança e do Adolescente, o qual prevê a autonomia do adolescente para tomar iniciativas como responder um questionário que não ofereça risco a sua saúde e que tenha como objetivo claro subsidiar políticas de proteção à saúde para esta faixa etária (NICASTRI, 2013).

Além disso, o nome do adolescente não será divulgado em momento nenhum e as respostas dele(a) serão apresentadas junto com as respostas de outros adolescentes, sem a identificação dos participantes, ou seja, o nome dele(a) não aparecerá na publicação dos resultados. Os dados obtidos serão gravados, e transcritos para posterior análise.

Este projeto é de autoria de Heloisa Slomp Facchin, e terá como pesquisadora responsável a Prof.^a Dr.^a Roberta Silvestrin. Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora, pelo telefone (54) 39011296, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda a sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Caxias do Sul _____, _____ de 2018

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

ANEXO C – TERMO DE ASSENTIMENTO – TA, DIRECIONADO AOS ADOLESCENTES

Nº do projeto CAAE: _____

Título do Projeto: “QUANDO A REDE NÃO PESCA”: ANÁLISE DE ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DO ADOLESCENTE USUÁRIO DE DROGAS DE CAXIAS DO SUL

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é *conhecer o itinerário terapêutico prévio de cuidado na rede de atenção, percorrido por adolescentes usuários de drogas que se encontram em situação de hospitalização no município de Caxias do Sul-Rio Grande do Sul*. Esta pesquisa está sendo realizada como atividade pelo Curso de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a usuários de álcool e outras drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA/UFRGS.

Se você aceitar participar da pesquisa, você irá responder a uma entrevista com 50 perguntas sobre dados gerais (sua idade, gênero, local de moradia etc.) e informações referentes a uso de drogas, problemas que o uso de drogas trouxe, internação, uso das instituições da rede de apoio de Caxias do Sul (UBS, UPA, CAPS etc.) e opinião sobre esses locais, além de reflexões sobre riscos que corre, tipos de proteção e projeto de vida. As informações que você nos der serão utilizadas somente para a pesquisa e para o desenvolvimento de tratamentos e possibilidades de cuidados para os adolescentes usuários de drogas de Caxias do Sul.

Você não é obrigado a participar do estudo e você não terá nenhum benefício ou qualquer custo para participar. Sua participação não deve trazer nenhum incômodo ou problema físico ou psicológico a você. No entanto, caso aceite e se sinta desconfortável, triste ou algo parecido durante a entrevista, você pode desistir a qualquer momento.

Além disso, seu nome não será divulgado em momento nenhum e suas respostas serão apresentadas junto com as respostas de outros adolescentes, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. Os dados obtidos serão gravados, e transcritos para posterior análise.

Este projeto é de autoria de Heloisa Slomp Facchin, e terá como pesquisadoras responsáveis a Prof.^a Dr.^a Roberta Silvestrin. Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora, pelo telefone (54) 39011296, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda a sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Caxias do Sul _____ de 2018

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

**ANEXOS D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
FAMILIARES**

Nº do projeto CAAE: _____

Título do Projeto: “QUANDO A REDE NÃO PESCA”: ANÁLISE DE ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DO ADOLESCENTES USUÁRIO DE DROGAS DE CAXIAS DO SUL

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é *conhecer o itinerário terapêutico prévio de cuidado na rede de atenção, percorrido por adolescentes usuários de drogas que se encontram em situação de hospitalização no município de Caxias do Sul-Rio Grande do Sul*. Esta pesquisa está sendo realizada como atividade pelo Curso de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a usuários de álcool e outras drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA/UFRGS.

Caso aceite, o(a) Sr.(a) participará de uma entrevista com perguntas onde você escolher a resposta entre algumas opções e perguntas que vão permitir que você responda com as suas palavras e fale mais. As informações que você nos der serão utilizadas somente para a pesquisa e para o desenvolvimento de tratamentos e possibilidades de cuidados para os adolescentes usuários de drogas de Caxias do Sul.

Você não é obrigado a participar do estudo e você não terá nenhum benefício ou qualquer custo para participar. Sua participação não deve trazer nenhum incômodo ou problema físico ou psicológico a você. No entanto, caso aceite e se sinta desconfortável, triste ou algo parecido durante a entrevista, você pode desistir a qualquer momento.

Além disso, seu nome não será divulgado em momento nenhum e suas respostas serão apresentadas junto com as respostas de outros adolescentes, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. Os dados obtidos serão gravados, e transcritos para posterior análise.

Este projeto é de autoria de Heloisa Slomp Facchin, e terá como pesquisadoras responsáveis a Prof.^a Dr.^a Roberta Silvestrin. Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora, pelo telefone (54) 39011296, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda a sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Caxias do Sul _____, _____ de 2018

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS – TCUD

Nº do projeto CAAE: _____

Título do Projeto: “QUANDO A REDE NÃO PESCA”: ANÁLISE DE ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DO ADOLESCENTES USUÁRIO DE DROGAS DE CAXIAS DO SUL

Curso: Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e Outras Drogas – HCPA/UFRGS .

Identificação dos pesquisadores: Pesquisadora Responsável (orientadora) Roberta Silvestrin, Pesquisadora Executante (orientanda) Heloisa Slomp Facchin.

Declaração de Compromisso: Prezado (a) Senhor (a): Somos pesquisadores do Centro Colaborador de Pesquisa em Álcool e Drogas da UFRGS, objetivo é *conhecer o itinerário terapêutico prévio de cuidado na rede de atenção, percorrido por adolescentes usuários de drogas que se encontram em situação de hospitalização no município de Caxias do Sul-Rio Grande do Sul*. Solicitamos sua autorização para utilizar informações dos prontuários adolescentes internados por uso de drogas. Caso concorde, utilizaremos informações referentes as *evoluções*, destinadas para o desenvolvimento da dissertação da aluna supracitada. Baseados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, na Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012, e nos principais documentos nacionais e internacionais sobre pesquisas que envolvem seres humanos e que fundamentaram essa Resolução, declaramos que:

- O acesso aos registros em prontuários dos adolescentes, ocorrerão somente após a aprovação do projeto de pesquisa, pelo CEP/HCPA;
- O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- Asseguraremos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, tendo o cuidado de não o estigmatizar, substituindo, por exemplo, o nome por códigos;
- Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo do projeto vinculado. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP/HCPA; -
- Asseguramos que os dados coletados serão mantidos em local seguro por 5 (cinco) anos, sob a responsabilidade dos pesquisadores, após o que serão destruídos;

- Os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados em encontros ou revistas científicas, todavia, não será coloca nomes, para que não identifique o adolescente;

Declaro concordar com o acesso aos dados para a pesquisa, desde que seja apresentada a declaração de aprovação do projeto pelo CEP da instituição proponente, após a sua revisão ética; declaro, ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa em apreço, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados ou vinculados aos dados objeto da pesquisa.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para a instituição, e outra para os pesquisadores.

Caxias do Sul _____ de 2018

Assinatura e carimbo do responsável da instituição coparticipante

Nome e assinatura do pesquisador