

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE PSICOLOGIA – IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E
CULTURA – PPG – PsiCC

BETHANIA SERRÃO TEIXEIRA

DesCAPSulando adolescentes: perfil da população infantojuvenil de um CAPS
adi-DF em situação de uso de drogas e saúde mental

Brasília – DF
2013

BETHANIA SERRÃO TEIXEIRA

**DesCAPSulando ADOLESCENTES: PERFIL DA POPULAÇÃO
INFANTOJUVENIL DE UM CAPS ADI-DF EM SITUAÇÃO DE USO DE
DROGAS E SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de mestra em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Brasília – DF

2013

BETHANIA SERRÃO TEIXEIRA

**DesCAPSulando ADOLESCENTES: PERFIL DA POPULAÇÃO
INFANTOJUVENIL DE UM CAPS ADI-DF EM SITUAÇÃO DE USO DE
DROGAS E SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de mestra em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Presidente

Profa. Dra. Sandra Maria Baccara Araújo

Membro Externo

Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri (UnB)

Membro Interno

Profa. Dra. Maria Ines Gandolfo Conceição (UnB)

Membro Suplente

*Àqueles que cruzaram o meu caminho
e me fizeram melhor.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados pais, Sonia Maria Serrão Teixeira e Romero Manoel Teixeira, responsáveis pela minha crença infinita na humanidade e nas suas possibilidades de mudança, por todo o carinho, a confiança e o incentivo. Agradeço exaustivamente e afirmo com segurança que em outro lar não teria sido tão benquista e feliz.

Ao meu querido irmão e minha cunhada, Romero Serrão Teixeira e Daliana Teixeira Ribeiro de Enoki, pela convivência e pelo exemplo, assim como pela oportunidade de representar o importante papel de titia para as minhas eternas princesas Isabela Enoki Teixeira e Daniela Enoki Teixeira.

Aos meus avós, Gessy Manoel Teixeira, Irene Carneiro Teixeira, Benjamim Serrão e Maria Aparecida Oliveira Serrão, pelo exemplo de força infinita e de esperança no amanhã.

Aos meus familiares (Serrão e Teixeira) e amigos, pela fonte inesgotável de força e incentivo sem os quais hoje eu não estaria aqui finalizando, ou iniciando, mais uma etapa da minha caminhada. Agradeço especialmente aos que me apoiaram na doença do papai e aos que me ajudaram a me reerguer diante de todas as dificuldades enfrentadas durante esse período.

À minha irmã de vidas passadas Thalita Faria Carmo, por todo o percurso conjunto, os choros e as risadas essenciais para me crer viva e capaz de tudo.

À equipe da Diretoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, pela oportunidade de integrar a rede como gestora de CAPS e, com isso, exercitar no cotidiano todos os meus ideais reformistas apaixonados. Agradeço especialmente ao Dr. Augusto Farias Costa, pelo convite, à Juliana Godoi, pela amizade eterna, à Karime Porto, pela caminhada compartilhada, e ao Renato Cãnfora, pelo apoio certo.

Aos meus alunos da disciplina de graduação Psicopatologia II do segundo semestre de 2012 do Instituto de Psicologia da UnB, que, com paciência e amorosidade, me permitiram a aprendizagem da docência.

À querida amiga Tania Inessa Rezende, por me introduzir no campo da atenção psicossocial de forma ética, profissional e acolhedora, revelando com o tempo uma terna e bonita amizade que foi muito importante na execução deste projeto.

À amiga mentaleira Luizete Lourenço de Souza, que muito me ensinou sobre o respeito e a convivência, agradeço especialmente por compartilhar a tarefa diária de gerenciar um serviço vivo.

À redescoberta amiga Michelle Andrezza Falcão, pelo apoio, incentivo e exemplo de coragem. Sua força me fez esperar mais de mim e querer mais para a saúde mental do Distrito Federal.

À minha queridíssima analista, pelo apoio, crescimento e amor. Você é uma referência para mim como profissional e militante pela “causa adolescente”.

À equipe do COMPP, por suportar meu início questionador na saúde mental infantojuvenil e pela amizade até hoje cultivada com carinho. Agradeço especialmente à querida Yama Lins, por nunca desistir de minha amizade.

À equipe do Adolescento, pela disponibilidade infinita de compartilhar seus saberes e suas experiências e pelo importantíssimo trabalho desenvolvido com os adolescentes, suas famílias e demais instituições. Tenho muito orgulho de ter feito parte dessa “família”. Agradeço especialmente a Ana Carolina Bessa Linhares, Ana Míriam Garcia, Ana Paula Tuyama, Angela Maria Rosas Cardoso, Cleine de Freitas Britto Rego, Santuzza Fernandes, Silvana Cançado e Valdi Craveiro Bezerra, pela convivência engrandecedora e pelo exemplo de profissionalismo nos cuidados com essa clientela.

Aos colegas da Rede de Atenção Psicossocial de São Bernardo do Campo, gestão 2012, pelo belo exemplo de fazer reforma e por mostrar caminhos possíveis para a nossa tarefa no Distrito Federal. Agradeço especialmente à Maria Aparecida Gimenez (Nena) e ao Décio de Castro Alves, pelas palavras inspiradoras e supervisões acertadas.

Ao brilhante colega Pablo Almeida Rocha, por sua atuação apaixonada e competente, que me inspirou a continuar a pensar a utopia e, com isso, nunca parar de caminhar. Agradeço a interlocução privilegiada, as orientações e o apoio na conclusão desta dissertação.

À equipe do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Infantojuvenil de Brasília, pelo empenho cotidiano no trabalho de assistência às crianças e aos adolescentes em situação de uso de drogas no Distrito Federal, assim como às suas famílias. Agradeço o respeito pela minha gestão, assim como pela oportunidade de melhorar como gestora. Deixo meu agradecimento especial ao João Daniel Mendes, por assumir com muita coragem e

carinho a suplência, e à Elisângela da Silva Rocha, pelo apoio incondicional e pela amizade infinita.

Às crianças, aos adolescentes, aos adultos e aos seus familiares, atendidos por mim ao longo da minha trajetória profissional, por acreditarem no meu trabalho e a mim confiarem parcelas importantes de suas vidas. É graças à competência e garra de vocês que insisto em atuar de forma mentaleira e incansável.

Ao professor Edson Cardoso, por traduzir em palavras uma série de pensamentos meus de forma amorosa e cuidadosa. Agradeço sua presença iluminada na minha caminhada, que desde o nosso encontro não foi mais a mesma. Deixo aqui registrada minha profunda admiração e meu eterno agradecimento.

Ao meu querido professor doutor Ileno Izídio da Costa, por aceitar com amor e coragem a tarefa de orientar este trabalho, acolhendo as minhas dificuldades e limitações, assim como acreditando em minhas competências e possibilidades.

RESUMO

Teixeira, Bethania Serrão (2013). *DesCAPSulando adolescentes: perfil da população infantojuvenil de um CAPS adi-DF em situação de uso de drogas e saúde mental* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

Este estudo descreve o perfil dos usuários atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Infantojuvenil de Brasília (CAPS adi Brasília) como orientador de indicações clínicas para o atendimento dessa clientela. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com base na revisão de prontuários e relatórios de pronto atendimento de todos os usuários acolhidos no CAPS adi III Brasília no período de 1º de janeiro de 2013 a 31 de julho de 2013, assim como na experiência clínico-institucional da pesquisadora. Os dados foram analisados na perspectiva estatística e interpretados à luz da teoria de Winnicott e da clínica psicossocial, gerando apontamentos para o cuidado clínico-institucional dos usuários assistidos por tal dispositivo de saúde. O estudo permitiu conhecer as características sociodemográficas dos usuários atendidos pelo CAPS adi Brasília, assim como as relações entre uso de drogas, pessoas com quem se reside e vida escolar, reforçando a família e a escola como fatores de proteção e fornecendo dados para a orientação do Projeto Terapêutico Institucional desse serviço.

Palavras-chave: Adolescente, uso de drogas, CAPS ad, Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

Teixeira, Bethania Serrão. (2013). *UnCAPSulating adolescents: a portrait of the juvenile population of a CAPS adi in Brazilian's Federal District who uses drugs and challenges for mental health care* (Master's Dissertation). Institute of Psychology, University of Brasília, Brasília.

This study describes the profile of the youth assisted by Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas Infantojuvenil de Brasília (CAPS adi Brasília) in order provide for clinical guidance to assist this group. It is a descriptive and retrospective study based on the review of medical records and emergency care reports of all the people assisted by CAPS adi III Brasília from January 1st, 2013 to July 31, 2013. The study is also based on the institutional and clinical experience of the researcher. The data were analyzed statistically and interpreted in the light of Winnicott's theory and of psychosocial clinic, giving rise to ideas about the institutional and clinical care of the youth assisted by CAPS. The study reveals sociodemographic characteristics of the people assisted by CAPS adi Brasília, as well as the relations between drug use, people with whom the youth live and school life. It reinforces the protective role of family and school and provides data to guide CAPS' Institutional Therapeutic Project.

Keywords: Adolescent, drug use, CAPS ad, Psychiatric Reform.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS adi – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Infantojuvenil

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

MS – Ministério da Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RA – Região Administrativa

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RIDE – Região Integrada de Desenvolvimento Econômico

SES – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal	58
Figura 2 – Distribuição dos participantes conforme a idade em anos completos	68
Figura 3 – Origem da procura pelo CAPS	69
Figura 4 – Distribuição dos participantes por local de residência	69
Figura 5 – Percentual de participantes que realizaram acompanhamento de saúde anterior	70
Figura 6 – Percentual de participantes que realizava acompanhamento de saúde quando foi acolhido no CAPS adi	70
Figura 7 – Distribuição de participantes por situação escolar	71
Figura 8 – Distribuição de participantes conforme o ano frequentado na escola	71
Figura 9 – Número de repetências escolares	71
Figura 10 – Distribuição de participantes com relato de fuga de casa	72
Figura 11 – Distribuição de participantes com relato de experiência de rua	72
Figura 12 – Idade da primeira experiência com drogas	73
Figura 13 – Idade média de acesso às drogas, segundo tipo de droga	73
Figura 14 – Número de adolescentes usuários, segundo tipo de droga	74
Figura 15 – Percentual de adolescentes conforme envolvimento em ato infracional	74
Figura 16 – Distribuição de participantes por número de medidas socioeducativas cumpridas	75
Figura 17 – Percentual do tipo de medida socioeducativa cumprida pelos participantes	75
Figura 18 – Número de consultas no serviço	76

Figura 19 – Número de faltas no serviço	76
Figura 20 – Pessoas com quem o adolescente reside x prática de ato infracional	77
Figura 21 – Pessoas com quem o adolescente reside x experiência de rua	77
Figura 22 – Origem da procura pelo CAPS x pessoas com quem o adolescente reside	78
Figura 23 – Origem da procura pelo CAPS x acompanhamento de saúde	79
Figura 24 – Origem da procura pelo CAPS x situação escolar	79
Figura 25 – Ano escolar x idade	81
Figura 26 – Situação escolar x experiência de rua	81
Figura 27 – Sexo x experiência de rua	82
Figura 28 – Pessoas com quem o adolescente reside x idade de início do uso de drogas	83
Figura 29 – Prática de ato infracional x idade de início do uso de drogas	83
Figura 30 – Número de repetências x sexo	84
Figura 31 – Tipo de droga x experiência de rua	86
Figura 32 – Tipo de drogas x situação escolar	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das regiões administrativas pelas Regiões de Saúde do Distrito Federal	57
Tabela 2 – Número absoluto e percentual de crianças e adolescentes na população total da região censitária	60
Tabela 3 – Características sociodemográficas dos usuários conforme informações de prontuários e fichas de pronto atendimento	68
Tabela 4 – Origem de procura pelo CAPS <i>x</i> idade	78
Tabela 5 – Prática de ato infracional <i>x</i> situação escolar	80
Tabela 6 – Ano escolar <i>x</i> idade	80
Tabela 7 – Idade média de início do uso de drogas por número de repetências	84
Tabela 8 – Número de consultas <i>x</i> local de residência	85
Tabela 9 – Tipo de droga <i>x</i> ato infracional	87
Tabela 10 – Quantidade de consultas <i>x</i> pessoas com quem o adolescente reside	88
Tabela 11 – Número de consultas <i>x</i> origem do encaminhamento	88
Tabela 12 – Quantidade de drogas e usuários	89

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
PARTE I – CONSTRUÇÕES TEÓRICAS: APRESENTANDO OS INGREDIENTES CONTIDOS NA/PELA CÁPSULA	20
1 Do discurso da segurança à atenção individualizada: trajetória das normativas nacionais rumo ao reconhecimento do sujeito de direitos	21
1.1 Do menor à criança e ao adolescente: o processo de construção do paradigma de proteção integral	22
1.2 De criminoso a usuário: do “problema” de polícia à atenção à saúde.....	30
2 Adolescências e(m) reforma: desenvolvimento, uso de drogas e perspectivas de cuidado no SUS ..	37
2.1 Adolescências.....	38
2.2 Adolescências, uso de drogas e Reforma Psiquiátrica	45
PARTE II – METODOLOGIA: INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA A ABERTURA DA CÁPSULA.....	54
3 Cenário da pesquisa, pressupostos metodológicos e análise dos dados	55
3.1 Contexto da pesquisa e inserção da pesquisadora	55
3.2 Pressupostos metodológicos e construção do objeto de pesquisa	61
3.3 Análise e interpretação dos dados	63
3.4 Aspectos éticos.....	64
PARTE III – RESULTADOS: ABRINDO A CÁPSULA E CONHECENDO NOSSOS ADOLESCENTES	66
4 Resultados	67
4.1 Descrição dos resultados	67
4.2 Relações estatísticas	76
PARTE IV – PROBLEMATIZAÇÕES: DesCAPSulando ADOLESCENTES	90
5 Dos números aos fatos: o impacto dos resultados na construção do Projeto Terapêutico Institucional do CAPS adi Brasília	91
REFERÊNCIAS	113

APRESENTAÇÃO

Este trabalho inscreve-se no campo da atenção psicossocial e pretende descrever, como objetivo geral, o perfil da população infantojuvenil em situação de uso de drogas¹ atendida pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Infantojuvenil de Brasília (CAPS adi Brasília). Esse perfil oferece indicações clínicas para o atendimento dessa clientela. Assumiremos neste estudo a saúde mental como campo de conhecimento e de atuação, historicamente construído, no âmbito das políticas públicas (Amarante, 2007). A expressão “historicamente construído” repercute todas as significações atreladas à definição da saúde mental como campo. O processo de construção desse campo, como está configurado hoje, se fez à custa de muito sofrimento, e a reflexão que aqui pretendemos fazer se presta também a não permitir que isso se repita.²

Se antes tínhamos, como principal dispositivo de saúde mental para acolher pessoas em sofrimento, um ambiente segregador focado na entidade “doença” — o manicômio —, com as mudanças advindas do movimento da Reforma Psiquiátrica, assistimos à assunção de dispositivos comunitários que cuidam em sociedade, através de uma rede ampliada de serviços que assume não mais uma única forma de ser saudável, mas sim “mil” saúdes (Rottelli, 2001). Assim, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, publicada em 2003, em consonância com a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, torna imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária (Brasil, 2004) em território³ baseada em dispositivos extra-hospitalares com interface de ações intersetoriais.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do

¹ Utilizaremos a expressão “em situação de uso de drogas” por considerar a complexidade desse fenômeno, que não se resume ao conceito de dependência química nem é representado por ele. A denotação temporal da palavra “situação” subentende a compreensão do uso de drogas como parte de um contexto sociocultural, não indicando uma condição crônica incurável.

² Fazemos aqui referência ao sofrimento imposto às pessoas acometidas de sofrimento psíquico grave e com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas em instituições totais de todo tipo.

³ “Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados” (Brasil, 2004a, p. 11).

Sistema Único de Saúde, foi instituída com a publicação da Portaria GM 3.088, de 23 de dezembro de 2011,⁴ tendo como diretrizes descritas no seu artigo 2º:

- o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- o combate a estigmas e preconceitos;
- a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- a diversificação das estratégias de cuidado;
- o desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- o desenvolvimento de estratégias de redução de danos;
- a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- a educação permanente;
- e o desenvolvimento da lógica do cuidado tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (PTS).⁵

Entre os pontos de atenção da RAPS, destacaremos aqui o CAPS ad.⁶ O CAPS ad é um serviço de atenção psicossocial especializada que tem por objetivo proporcionar atenção integral e contínua a crianças e adolescentes com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas. Oferta também cuidados às suas famílias, independentemente da vinculação do usuário ao serviço. Esse serviço aqui substitui, em articulação em rede, a lógica das instituições totais manicomiais.

⁴ Republicada em 21 de maio de 2013.

⁵ “O PTS pode ser definido como uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações terapêuticas articuladas, construída coletivamente por uma equipe multi e interdisciplinar, à pessoa em sofrimento, seus familiares e sua rede social, com ênfase nas necessidades do sujeito e seu contexto de vida” (Barros, 2009 citado por Pacheco, 2013, p.32).

⁶ Este dispositivo foi redefinido em sua modalidade III (24 horas) na Portaria 130, de 26 de janeiro de 2012.

Foi da percepção desse potencial desagregador das instituições totalitárias de “cuidado”, tida pela convivência com usuários egressos de longo período de internação psiquiátrica durante meu estágio em 2003, e da minha experiência com adolescentes privados de liberdade, como resposta à prática de atos infracionais em instituições “educativas”, também totalitárias, a partir de 2008, que foi ratificado o interesse em contribuir para a compreensão e o cuidado dessas pessoas, suas necessidades, sofrimentos e dificuldades, muitas devidas ao próprio processo de institucionalização.

Minha atuação em um CAPS II no Distrito Federal entre 2006 e 2008 permitiu, em contrapartida, a visualização dos efeitos do cuidado em comunidade, que, embora com limites e dificuldades, traziam muito mais ao foco as possibilidades dos sujeitos que ali estavam em liberdade do que os limites institucionalizados.

Acrescida a percepção do inegável efeito deletério das instituições totais sobre as pessoas que objetivavam cuidar, a experiência com adolescentes considerados autores de atos infracionais em cumprimento de medida socioeducativa de internação trouxe à superfície a invisibilidade do sofrimento apresentado pelos “infratores”. Esse não reconhecimento os condenava ao não cuidado. Os adolescentes eram recursivamente culpabilizados pelo próprio sofrimento por um pensamento do tipo “usa droga quem quer” e pela crença de que a trajetória infracional era uma escolha determinada por “famílias desestruturadas”, leniência ou “falha de caráter”. De qualquer forma, os adolescentes eram considerados a fonte primária do problema e todo seu contexto sócio-histórico e cultural era minimizado pela expressão “falta de condições”.

Nos atendimentos por mim realizados, associada ao sofrimento da privação de liberdade, somava-se, ao discurso daqueles adolescentes, a falta de algo para aplacar a dor. Em suas histórias, singularmente, o sentido do uso de drogas tomava várias nuances e significados. Não era causa ou consequência linearmente. O uso era imbricado a uma série de relações e a um contexto tão específico que só poderíamos ajudar se tomássemos como partida não a autoria infracional ou o próprio uso de drogas, mas as vidas daqueles indivíduos, cada uma em particular, como um todo indissociável. De acordo com Sudbrack,

[...] a perspectiva da drogadição na adolescência enquanto objeto complexo que se caracteriza pela ressonância em múltiplos contextos, resultando em uma rede de significações em torno de um comportamento-sintoma que tem valor de comunicação: — O que o adolescente está buscando ao usar drogas? O que provoca no ambiente? O que consegue como reação social e familiar? (2011, p. 17).

Essas mesmas perguntas ressoaram na minha assunção do papel de gestora do CAPS adi Brasília em dezembro de 2012. Dessa forma, a soma de todas essas experiências motivou

a presente pesquisa, que pretende retratar os adolescentes que se encontram em situação de uso de drogas acompanhados nesse CAPS. O estudo pretende também lançar desafios para a assistência em saúde mental nos termos desse dispositivo clínico, partindo tanto dos dados aqui apresentados quanto da experiência da pesquisadora na atenção psicossocial a adolescentes e na gestão desse serviço.⁷

O retrato aqui traçado sobre a população em atendimento no CAPS adi Brasília não pretende se configurar em um perfil das crianças e adolescentes em situação de uso de drogas. Trata-se de um estudo descritivo que não almeja generalizações para além da população representada em sua amostra. Os resultados aqui descritos, somados às observações da pesquisadora, subsidiarão a construção do Projeto Terapêutico Institucional da CAPS adi Brasília; além disso, fornecerão dados para o fomento das políticas públicas em saúde mental no tocante ao atendimento integral da população infantojuvenil do Distrito Federal.

O processo que aqui denominamos “DesCAPSular” adquire sentido partindo como oposto do verbo transitivo “encapsular”. Segundo o dicionário Houaiss (2001), encapsular significa pôr em cápsula. Se bem nos lembramos das cápsulas, aqueles invólucros vedados, entendemos que encapsular é um ato de encerrar algo em compartimentos. Extrapolando o termo para os objetivos deste trabalho, propomos que a população aqui descrita sofreu com o processo de encapsulação que os encerrou nos estigmas de “jovens problemáticos” e “viciados”.

Da mesma forma que o invólucro não nos permite, por vezes, acessar e perceber o conteúdo encapsulado, os estigmas impossibilitam a aproximação do que subjaz na raiz dos comportamentos. O terror e o conteúdo moral ainda muito associados à temática do uso de drogas dificultam a visualização do sujeito além da condição de usuário. Assim, o que propomos como desCAPSular adolescentes é mostrar que “há muito mais menino do que droga”⁸ na população que atendemos. Acreditamos que o dispositivo CAPS pode contribuir nesse processo na medida em que se debruça sobre o cuidado “corpo a corpo”, desmitificando e gerando esperança aos meninos e meninas atendidos.

Para tanto, a presente dissertação consta de quatro partes:

⁷ Na condição de gestora, assumi a capacitação inicial dos servidores que compõem a equipe técnica do CAPS adi Brasília, assim como os atendimentos iniciais em conjunto, as supervisões e intervisões durante a implantação do serviço. Com isso, obtive informações acerca do cotidiano do serviço, das angústias dos profissionais de saúde, das dificuldades na efetivação do processo de trabalho, assim como do embate cotidiano com a comunidade e os órgãos de proteção à infância e à adolescência no Distrito Federal.

⁸ Palavras de Maria Aparecida Gimenez (Nena), psicóloga e coordenadora da Unidade de Acolhimento de São Bernardo (SP) durante a Oficina sobre a Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas Infantojuvenil, realizada no CAPS adi Taguatinga em junho de 2013.

Na parte I, entenderemos os ingredientes da cápsula, constituída de construções teóricas, divididas em dois capítulos. O primeiro descreve a trajetória das normativas nacionais rumo ao reconhecimento do adolescente e dos usuários de drogas como sujeitos de direitos, fornecendo o contexto social e histórico até o estabelecimento da Doutrina de Proteção Integral explicitada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral de Usuários de Drogas, formulada em 2003. O segundo dedica-se à revisão das noções de “adolescências”, assim como sintetiza a complexidade do fenômeno do uso de drogas na adolescência e as contribuições da Reforma Psiquiátrica no direcionamento das ações no CAPS adi Brasília.

Na parte II, composta por capítulo único, são explicados os instrumentos e métodos utilizados para desvelar o conteúdo da cápsula. Assim, descreve-se o cenário da pesquisa e o percurso metodológico para o atendimento do objetivo proposto. A RAPS do Distrito Federal (DF) é apresentada, a realidade da infância e adolescência do DF, retratada, e a criação CAPS adi Brasília, sintetizada. Além disso, são abordados os procedimentos metodológicos utilizados na coleta e na análise dos dados, bem como os aspectos éticos.

Na parte III, refletimos sobre o conteúdo da cápsula, com a descrição dos dados e a apresentação da análise estatística entre as variáveis do estudo.

Na parte IV, revelamos o processo de descapsulamento dos adolescentes por meio da análise e interpretação dos resultados encontrados na pesquisa, da experiência profissional da pesquisadora e do referencial teórico da desinstitucionalização. Apontamos indicações para o Projeto Terapêutico Institucional do CAPS adi Brasília, retomando os principais achados deste trabalho nas problematizações feitas a partir dos dados.

**PARTE I – CONSTRUÇÕES TEÓRICAS: APRESENTANDO OS
INGREDIENTES CONTIDOS NA/PELA CÁPSULA**

1 Do discurso da segurança à atenção individualizada: trajetória das normativas nacionais rumo ao reconhecimento do sujeito de direitos

A compreensão da especificidade da infância e da adolescência, assim como da complexidade do problema-droga,⁹ partiu de um discurso motivado pela primazia do controle social¹⁰ e da segurança — portanto, de tutela pelo Estado —, chegando até o reconhecimento, ainda em curso, da subjetividade dos envolvidos e de sua condição autônoma de sujeitos de direitos. Se, em relação à infância e à adolescência, assistimos à assunção de uma lei específica — o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) —, tendo como pressuposto a proteção integral e a prioridade no cuidado e na assistência dessa etapa particular do ciclo da vida, devemos ressaltar que as normativas anteriores, como os Códigos de Menores, por exemplo, traziam conjunturas muito diferentes.

No campo da atenção à questão do uso de drogas, a evolução fez-se semelhante. As políticas atuais reconhecem a multifatorialidade do problema e o estatuto de sujeito-cidadão do usuário, distanciando-se do discurso da moralidade e da criminalidade anteriormente dominantes, embora a aliança segurança-saúde suscite, ainda hoje, muita contradição e impeça alguns avanços na área.

A compreensão, portanto, do processo de construção desses novos entendimentos faz-se necessária na medida em que a história tem uma recursividade própria que conduz, nos momentos de transição, a formas de pensar antigas, mesmo que reconhecidamente falhas e ultrapassadas. Nesse processo, retomam-se como soluções possíveis opções já aparentemente superadas, travestidas com novos adornos que, embora “enfeitem”, não modificam seu efeito ou seus pressupostos.

Sendo o nosso objetivo aqui nos aproximar dos adolescentes¹¹ que se encontram em situação de uso de drogas e, com isso, reconhecer a singularidade de cada “encontro múltiplo”

⁹ O termo “problema-droga” é, conforme sintetizado por Alarcon, “[...] utilizado aqui para que não resumamos as relações com as drogas simplesmente aos danos que elas podem causar no organismo humano em virtude do eventual uso inadequado, mas também aos danos produzidos por todas as consequências inerentes às políticas antidrogas, à cultura da violência que lhe é subjacente e que perdura, paradoxalmente, em nome da saúde da população” (2012, p. 46). Dessa forma, a abordagem do problema torna-se mais complexa, alinhavando o sujeito em uso, seu contexto e seus desdobramentos.

¹⁰ Aqui o termo “controle social” indica a necessidade de conter e corrigir comportamentos tidos como inadequados e problemáticos pela sociedade em determinado contexto sócio-histórico. Não se trata da importante instância democrática de participação popular na condução das questões da política nacional.

¹¹ Tendo em vista que grande parte da população atendida no serviço sobre o qual este estudo se debruça é composta por adolescentes, utilizaremos essa categoria para representar a população aqui estudada, mesmo

entre um produto (a droga), uma personalidade (o sujeito) e um momento sociocultural (o contexto), como refere Olievenstein (2005), revisitar o imaginário construído sócio-historicamente tanto da condição adolescente quanto da condição de usuário de drogas nos permite compreender a recursividade anteriormente enunciada.

A descrição dos dois percursos torna-se indispensável para a compreensão do processo de encapsulamento a que esses sujeitos têm sido submetidos ao longo do tempo e que aqui pretendemos desmistificar. Iniciemos pela política de assistência a crianças e adolescentes para posteriormente nos debruçarmos sobre a política “antidrogas” do Brasil. Apreenderemos que esses dois percursos históricos se interconectarão, aqui, com a assunção do dispositivo CAPS na Política Nacional de Saúde Mental brasileira.

1.1 Do menor à criança e ao adolescente:¹² o processo de construção do paradigma de proteção integral

O reconhecimento da infância e da adolescência como etapas diferenciadas do ciclo de vida humano é relativamente recente. Historicamente, as crianças foram tratadas como pequenos adultos participando dos eventos sociais sem diferenciação ou adequação para idade (Aries, 1978). Ou, quando não, eram “presenças ausentes”, na condição de objetos, como se não tivessem o entendimento dos acontecimentos a sua volta.

Não havia investimentos diferenciados nesses “pequenos adultos” a não ser o de educá-los para sua missão futura de assumir definitivamente esse *status*. A educação geralmente se dava em sistema de tutoria, comumente ligada ao aprendizado de uma profissão, tendo a educação formal ganhado espaço no período após a Revolução Francesa e o início da industrialização (Aries, 1978).

Embora já houvesse o reconhecimento da especificidade da juventude no desenvolvimento de determinadas habilidades para a atuação na vida política e social, como na Grécia e Roma Antigas, foi a partir do século XV, com as transformações na família e na extensão da frequência escolar, que a passagem do estado de criança a adulto adquiriu

sendo o CAPS em Brasília o dispositivo responsável pelo acolhimento e atendimento também da população infantil.

¹² Embora reconheçamos a multiplicidade do fenômeno da infância e da adolescência, assim como das formas de ser e estar no mundo das crianças e dos adolescentes, relacionada à complexidade biopsicossocial, histórica e cultural do ser humano, utilizaremos aqui os termos de forma genérica para fins de simplificação textual. No capítulo 2, tal multiplicidade será detalhada.

importância nas trajetórias de vida individuais. Nesse momento, começou-se a valorizar mais cada membro [da família] como a possibilidade de continuação de sua história (Campos, 2008).

A “invenção da adolescência” se deu historicamente com a preocupação prática de reserva de trabalho, tendo em vista a crise de ordem econômica no período de industrialização, que gerou como consequência o alargamento do período de escolarização para a preparação para o mundo adulto e a entrada definitiva no mercado (Ozella, 2011).

Também no campo do saber, as produções científicas paulatinamente passaram a reconhecer a especificidade dessas etapas no ciclo de vida para o desenvolvimento da personalidade adulta, procurando assim descrever as principais características dessas fases e ressaltando o investimento necessário para um crescer “normal” e saudável. Embora grande parte das teorias psicológicas acerca do adolescente tenha se dado no contato com um recorte socioeconômico específico de juventude, a generalização da compreensão da adolescência como sinônimo de crise, rebeldia, impulsividade e agressividade gerou uma visão negativa e problemática do ser adolescente que perdura até hoje (Ozella, 2011). Não há como negar o estigma¹³ do conceito criado de “adolescência” e de “adolescente”.¹⁴ Se ser adolescente é ser um problema, é natural que a atenção direcionada às pessoas nessa fase da vida vá de encontro à contenção e solução disso. Não é à toa que a preocupação com o controle da “crise da adolescência” foi um dos primeiros pontos presentes na atenção dispensada a essa clientela, tendo como principal recurso os espaços institucionais segregatícios.

Segundo Rizzini e Rizzini, “o Brasil possui uma longa tradição de internação de crianças e jovens em instituições asilares” (2004, p. 22). Desde o período colonial, conforme ressaltam as autoras, o regime educacional e assistencial em internatos, asilos, educandários e reformatórios, entre outros, fez-se entrelaçando iniciativas de educação, assistência e controle social. A ideia de isolar os jovens “delinquentes” já se apresentava como pressuposto educativo necessário desde o final do período imperial (Marcílio, 2001). Acreditava-se que primeiro estes deviam ser isolados nas instituições para serem educados e posteriormente devolvidos à sociedade. Não havia, portanto, preocupação com a origem do comportamento.

¹³ “O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos” (Goffman, 2012, p. 13). O estigma diferencia o estigmatizado a partir de um conjunto de atributos socialmente aceitos, considerados comuns e naturais, gerando descrédito. Assim, a individualidade é tomada pelo atributo estigmatizante de forma a ser destruída a possibilidade de atenção a outros atributos da pessoa.

¹⁴ Perceberemos, posteriormente, que ao estigma “adolescente”, a população da qual pretendemos nos aproximar, está somado o estigma de “drogado” e, não raramente, também o de “bandido”.

O sistema era correccional, não existindo políticas específicas à clientela de crianças e adolescentes de modo geral (Rocco, 2004; Marcílio, 2001).

Nessa lógica institucionalizante, depreendemos como pressupostos principais a ideia de que a educação de crianças e adolescentes deveria ser intermediada por terceiros devido à falta de estrutura, de condições e de competência das famílias em oferecer um ambiente adequado, assim como a ideia de que, sem a intervenção institucional, o desenvolvimento dessa população se daria de forma desviante.

Reis et al. (2010) afirmam que a fundação da psicopatologia infantojuvenil deu-se nesse conjunto, fundamentalmente, pela preocupação com o desempenho intelectual das crianças na escola e com a manutenção da ordem social estabelecida. Paralelamente à incapacidade cognitiva, a delinquência adquiriu grande importância nas intervenções no campo da saúde mental infantojuvenil desde o princípio. Embora tenha nascido nos bancos da escola e não nos antigos leprosários, o campo traduzia a lógica da psiquiatria adulta para a infância e adolescência, focando-se nos “não educáveis”.

Ao descrever o percurso histórico da proteção da infância e da adolescência no Brasil, Rizzini e Rizzini (2004) ressaltam que a reclusão em instituições de assistência foi seu principal instrumento. O sistema de Roda de Expostos, no qual eram acolhidos bebês abandonados que se desenvolviam então sob a égide da tradição religiosa, surgiu no período colonial por iniciativa da Santa Casa de Misericórdia e somente foi extinto na República. Embora já houvesse questionamentos e combates a essas instituições na Europa, no Brasil, elas perduraram até o século XX, com a organização processual da assistência à infância e adolescência por meio da ação normativa do Estado.

As instituições para a educação de órfãos, meninos pobres, desvalidos e indigentes administradas por religiosos exerciam um importante controle do exercício de papéis, direcionando para determinadas funções as crianças e jovens assistidas. Os papéis de meninas poderiam ser o de mãe de família, empregadas domésticas e donas de casa, de acordo com suas características de raça, cor e origem familiar – órfãs legítimas ou filhas naturais de mães pobres, por exemplo.

Foi com o começo da República que o regime político brasileiro de assistência à infância desvalida, pobre e marginalizada foi acrescido de novas trajetórias. O ideal civilizatório de salvação nacional por meio da educação da infância (Marcílio, 2001) e a perspectiva de melhorar “[...] o aparelhamento institucional capaz de ‘salvar’ a infância brasileira do século XX” (Rizzini & Rizzini, 2004, p. 28) suscitaram debates e cobranças ao

poder público no planejamento e na implementação das políticas de atenção ao “menor”,¹⁵ em substituição ao que se denominava “caridade oficial”, ofertada pelas instituições até o momento.

O campo da saúde mental infantojuvenil nessa conjunção, alicerçado em ideias higienistas, orientava-se ainda para práticas de ajustamento e adaptação dos indivíduos ao meio físico e social. A preocupação com essa parcela da população voltava-se às “crianças anormais” e às delinquentes, encontrando eco inclusive no plano jurídico (REIS et al., 2010).

Em resposta à necessidade de leis para a proteção dos “menores”, clamada pela nova ordem republicana, em 1927 foi criado o primeiro Juízo de Menores do país e o Código de Menores Mello Mattos, idealizado pelo juiz que batizou o código, mantido até meados de 1980. Nele, o juiz de menores intervinha diretamente sobre essa parcela da população, sobretudo na internação de menores abandonados e delinquentes, com a incorporação dos campos relativos à psiquiatria, à psicologia, às ciências sociais e à medicina higienista nos inquéritos médico-psicológico e social. Reis et al. informam que

o Código de Menores de 1927 aborda claramente as questões de saúde mental da infância e da adolescência. No seu artigo 68 do capítulo VII, o Código explicita que “se o menor sofrer de qualquer forma de alienação ou deficiência mental, for epilético, surdo-mudo, cego ou por seu estado de saúde precisar de cuidados especiais, a autoridade ordenará que seja submetido ao tratamento apropriado” (2010, p. 123).

A partir de 1930, com a emergência do serviço social no Brasil, foram criados os Centros de Orientação Infantil (COI) e os Centros de Orientação Juvenil (COJ), ambos com o objetivo de implantar a educação higiênica nas escolas e famílias, separando os deficientes e desajustados sociais “dignos de atenção especial” (Reis et al., 2010, p. 124).

Nesse contexto, para retratar a lógica de institucionalização no cuidado da infância e adolescência no Brasil, foi instalado o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) em 1941, com “a missão de organizar os serviços de assistência, fazer o estudo e ministrar o tratamento aos menores” (Marcílio, 2001, p. 177). Em realidade, esse serviço mostrou-se uma instituição promotora de violência, com terceirização de cuidados de forma arbitrária e por vezes desumana, articulada a interesses financeiros. Ele foi substituído pela Fundação Nacional de Bem-estar do Menor (Funabem), já trazendo a internação, conceitualmente, como pressuposto último, com a tônica sobre a valorização do convívio familiar e comunitário. Embora a

¹⁵ Segundo Rizzini e Rizzini, a categoria menor /menor abandonado é ampla, “[...] definida tanto pela ausência dos pais quanto pela incapacidade da família de oferecer condições apropriadas de vida à sua prole” (2004, p. 29). Traz em seu conceito, portanto, a subjetividade da condição tida como “irregular”, pautando-se na ordem familiar burguesa como modelo desvinculado da questão etária (Nascimento, Cunha & Vicente, 2008).

Funabem tenha advindo do pensamento Anti-SAM, a prática de recolhimento foi intensificada e justificada em números pela “gravidade” do problema.

A atuação das instituições de assistência, assim como a própria criação do conceito de “menor” e as produções decorrentes desta, corroborou a visão estigmatizada das famílias. Essa visão ainda está presente em argumentos atuais que utilizam como justificativa para a intervenção do Estado a leniência e a falta de estrutura dos aparatos familiares no cuidado e na educação de crianças e adolescentes, principalmente em situação de pobreza. De acordo com Rizzini & Rizzini,

as representações negativas sobre as famílias cujos filhos formavam a clientela da assistência social nasceram junto com a construção da assistência à infância no Brasil. A ideia de proteção à infância era antes de tudo proteção contra a família. Foi, sobretudo, a partir da constituição de um aparato oficial de proteção à infância no Brasil na década de 1920, que as famílias de classes populares se tornaram alvo de estudos e formulação de teorias a respeito da incapacidade de seus membros em educar e disciplinar seus filhos (2004, p. 39).

Essas representações devem ser reveladas, trabalhadas e vencidas no cotidiano das instituições pelos operadores de políticas públicas que, ao acreditar na competência das famílias, empoderam seus membros como protagonistas em suas próprias vidas, por meio de ações de cuidado e promoção de saúde e qualidade de vida. Esse compartilhar de responsabilidades e apoio às famílias e às instituições, como as unidades de acolhimento institucionais e as unidades de medidas socioeducativas de internação, fazem parte do Projeto Terapêutico Institucional do CAPS adi Brasília, como será descrito posteriormente neste trabalho.

Em 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança, foi lançado o programa de proteção materno-infantil, com equipamentos públicos e programas assistenciais dirigidos ao cuidado materno e ao desenvolvimento da criança, assim como serviços públicos e estatais de atenção à saúde mental. Apesar dessas transformações, pouco se alterou até o final da década de 1970 no campo da saúde mental infantojuvenil (Reis et al., 2010).

Em 1979, surgiu um novo Código de Menores, que, embora trouxesse inovações, apresentava-se como a reformulação do Código de 1927. Mantinha o poder centralizador e arbitrário do juiz, o foco no contexto de intervenção sobre a determinante pobreza e a visão estigmatizada e criminalizante desta. Criou-se, assim, a categoria de situação irregular à qual estavam submetidos os menores que fugiam ao padrão de normalidade estipulado pela classe dominante (Nascimento, Cunha & Vicente, 2007) por advirem de famílias tidas como desestruturadas.

O processo de redemocratização do país e a atuação dos movimentos de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente, assim como a constatação dos prejuízos ao desenvolvimento causados pela prática de institucionalização de crianças e adolescentes, no início dos anos 1980, impulsionaram mudanças. Estas se refletiram na inclusão do artigo 227¹⁶ na Constituição Federal de 1988 e no amplo processo de discussão e redação da Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, o ECA (Baccara-Araújo, 2006; Rizzini & Rizzini, 2004), tendo como pressupostos os tratados e as convenções internacionais dos quais o Brasil é signatário. Com o advento da doutrina de proteção integral a crianças e adolescentes, consolidada no ECA, foi reconhecido

[...] o valor intrínseco da criança e do adolescente como ser humano, a necessidade de especial respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento, o valor prospectivo da infância e adolescência como portadoras de continuidade de seu povo e o reconhecimento de sua situação de vulnerabilidade, o que torna as crianças e adolescentes merecedores de proteção integral por parte da família, da sociedade e do Estado; devendo este atuar mediante políticas públicas e sociais na promoção e defesa de seus direitos (Brasil, 2006a, p. 15).

A superação da dicotomia “criança” *versus* “menor”, formalizada no Código de Menores, fez com que a infância e a adolescência fossem abordadas de forma objetiva, abarcando os filhos de todas as famílias, com o objetivo de assegurar o seu pleno desenvolvimento. “A ideia de Proteção Integral vem trazer a garantia dos direitos de todas as crianças e adolescentes, e não da proteção do ‘menor’ como se pregava antes” (Baccara-Araújo, 2006, p. 70).

Assim, maiores cuidados e novas estratégias foram endereçadas à condução das problemáticas comuns a tais fases do desenvolvimento. O reconhecimento do *status* de sujeito de direitos impeliu ao resguardo do direito à vida, ao mesmo tempo em que reconheceu criança e adolescentes “[...] como indivíduos capazes de operar mudanças significativas no curso da própria vida” (Brasil, 2013). Essa modificação paradigmática de compreensão da infância e adolescência refletiu na oferta de serviços para garantir o pleno desenvolvimento físico, moral, espiritual e social, conforme previsto no artigo 3º do ECA.

A atenção ao adolescente autor de ato infracional, como desdobramento, foi estruturada de forma a assegurar, via sistema socioeducativo, a “[...] oportunidade de desenvolvimento e uma autêntica experiência de reconstrução de seu projeto de vida” (Brasil,

¹⁶ “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocar-se a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (Brasil, 1988, art. 227).

2006a, p. 17), subsidiando a Lei 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que estabelece os parâmetros e as diretrizes do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE).

O SINASE buscou “[...] constituir parâmetros mais objetivos e procedimentos mais justos que evitem ou limitem a discricionariedade, reafirmando a diretriz do ECA sobre a natureza pedagógica da medida socioeducativa” (Brasil, 2006a, p. 13). Enfrentou, então, a violência praticada em duas frentes: por adolescentes e pelos agentes públicos no cumprimento das medidas.

As diretrizes pedagógicas do Sinase reorientam as ações, afastando-as da lógica punitiva e correccional. Destacam a importância dos atores institucionais na condução do processo socioeducativo com os adolescentes, suas famílias e a comunidade, de forma a implicá-los como agentes de mudança — presença educativa e exemplaridade, respeitando a singularidade de cada adolescente e seu contexto (Brasil, 2006a). Dessa forma, a solução-internação passa a ser um recurso extremo de caráter excepcional e breve, sendo priorizadas, no caso de situações de infração à lei, as medidas em meio aberto e, no caso de situações de risco e vulnerabilidade, as medidas socioprotetivas e a convivência familiar e comunitária.

Na saúde, com os movimentos concomitantes da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, a lógica da saúde pública e o modelo de assistência à saúde mental acompanharam esse imperativo desinstitucionalizante presente nos movimentos de redemocratização do país. Segundo Amstalden et al.,

a Política de Saúde Mental Infanto-juvenil que hoje se implementa no Brasil é também um esforço no sentido de vencer a lacuna assistencial histórica nesse campo, quando o Estado delegava às instituições filantrópicas ou às associações de pais e familiares o cuidado de crianças com deficiências várias, dentre elas os transtornos mentais (2010, p. 33).

Para Reis et al. (2010), as realizações democráticas do ECA, da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária redefiniram a posição do Estado em assumir a responsabilidade por uma assistência à saúde de base comunitária, psicossocial e territorial, incluindo os demais setores, como a educação, a assistência social, o esporte, a justiça e a cultura. Os autores afirmam que

esse dispositivo, capaz de garantir a proteção de crianças e adolescentes e de lhes conferir condição plena de sujeitos, adquire ainda maior relevo quando se sabe que eles são pessoas em processo de desenvolvimento e de construção dos diversos aspectos que compõem suas possibilidades políticas e sociais de interagir consigo e com o mundo, ao mesmo tempo em que se encontram em situação de dependência em relação ao meio em que vivem, decorrendo daí maior vulnerabilidade (2010, p. 127).

Na constituição do campo da saúde mental infantojuvenil, foi adotada, a princípio hegemonicamente, uma concepção de criança pautada em “teorias do desenvolvimento, elaboradas, especialmente, no interior de disciplinas como a psicométrica, psicologia e a

pedagogia” (Telles, 2010, p. 138). As intervenções, portanto, visariam conduzir as crianças e adaptá-las a esses modelos construídos.

A partir disso, foram criados parâmetros para o normal e o patológico de forma a transformar em sintoma o que não tinha sido possível agregar pelos “ideais da cultura, pelo modo de viver, ou até mesmo pela ciência” (Telles, 2010, p. 135). O crescente número de quadro nosográficos para a população infantojuvenil, assim como de crianças e adolescentes diagnosticados, representa certa intolerância e a perda da “dimensão simbólica que possam existir nesta relação sintomática encontrada pelo sujeito” (Telles, 2010, p. 139).

O conceito de sintoma ocupa lugar central na clínica psicanalítica justamente por se contrapor à noção de distúrbio ou transtorno, construída por um saber teórico que permite uma classificação, uma previsibilidade quanto à sua significação, tratamento ou técnicas para sua cura. A presença do analista permite que se revele, na particularidade do sintoma, um sofrimento estruturado como uma mensagem, mas também uma face de incurável, um irredutível, uma verdade sobre o sujeito (Telles, 2010, p. 141-142).

Essa dimensão do “incomparável de cada um” demonstrada caso a caso é a perspectiva também adotada nos serviços territoriais de base comunitária, os CAPS,¹⁷ como forma de inscrever a atuação do serviço e a oferta de cuidado considerando a demanda do usuário e não a demanda das instituições, como nos aparatos manicomial. Essa individualização do cuidado é expressa na construção conjunta do projeto terapêutico singular (PTS) de cada usuário e família, contando também com dispositivos de outros setores, tendo em vista a incompletude institucional assumida na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. De acordo com Reis et al.,

para a efetivação da nova política de saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i) foram alçados à posição de principal equipamento público responsável pelo desenvolvimento da atenção à população infanto-juvenil, articuladamente a uma rede ampliada de equipamentos da comunidade. Essa rede inclui não só os recursos sanitários, mas também outros setores como educação, assistência social, esporte e justiça, além da cultura, movimentos sociais, organizações não governamentais, entre outros, evidenciando o forte componente intersetorial presente nas ações e iniciativas da política de saúde mental vigente. Por sua vez, a rede forma, juntamente com os diversos cenários de vida da comunidade, o território (2010, p. 127).

A potência desses serviços como equipamentos reorientadores da política de cuidado de crianças e de adolescentes, compartilhando responsabilidades com a família e a comunidade, foi ratificada no Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, realizado em 2004. À criança e ao adolescente devem ser disponibilizados todos os recursos necessários para o gozo de seus direitos, a efetivação de seu potencial e reprodução da vida, atentando-se

¹⁷ CAPS é a sigla de Centro de Atenção Psicossocial. Como dito na apresentação deste trabalho, os CAPS são serviços territoriais, estratégicos e comunitários, substitutivos aos serviços asilares e manicomial, que têm por lógica o cuidado dos usuários sob a perspectiva de projetos terapêuticos singulares.

à singularidade de cada processo de desenvolvimento, que se dá em contexto e em condições únicas, sob o risco de reproduzirmos, a partir de uma visão dominante, um ideal do que é ser criança e adolescente.

Para Telles (2010), tomar o processo de desenvolvimento como universal e linear descaracteriza certas vivências e nos leva novamente a limitar o que é normal ou desviante com base em critérios burgueses. Daí a importância da psicanálise nessa lógica da atenção “caso a caso”, sustentando a diversidade, a particularidade do sujeito e a singularidade do seu desejo.

É importante ressaltarmos, conforme descrito anteriormente, que a esse período do desenvolvimento foi agregada, ao longo da história, uma perspectiva de cuidado que permite a construção de novas formas de produzir saúde, descoladas do imperativo adulto e atentas às especificidades do viver adolescente, reforçando que

seu ciclo de vida particularmente “saudável” evidencia que os agravos em saúde decorrem, em grande medida, de hábitos e comportamentos que, em determinadas conjunturas, vulnerabilizam-nos e lhes conduzem para situações de violência e adoecimento. Riscos produzidos pelo contexto social e desigualdades resultantes de processos históricos de exclusão e discriminação (pobreza, falta de acesso à educação e baixa escolaridade, exploração do trabalho, exposição a diversas formas de violência) podem influenciar o gozo dos direitos e as oportunidades a que têm acesso adolescentes e jovens brasileiros (Brasil, 2013, s/n).

É nesse contexto que procuraremos desvelar aqui a atenção ao adolescente em situação de uso de drogas em um dispositivo CAPS adi. Será levada em consideração a complexidade do fenômeno, que traz de forma latente a expressão de possíveis angústias que, quando não apropriadamente refletidas, encerram as possibilidades de tratamento.¹⁸

1.2 De criminoso a usuário: do “problema” de polícia à atenção à saúde

Embora venha gerando grande repercussão e sendo foco do interesse público, o uso de drogas psicotrópicas ou psicoativas, aquelas que alteram o funcionamento do cérebro, está longe de ser um fenômeno da atualidade. Fonseca e Bastos (2012) relatam, inclusive, que esse comportamento não é exclusivo entre os humanos. Animais se utilizariam de frutos e raízes, de forma proposital, para o mesmo fim.

¹⁸ No próximo capítulo, ao descrevermos “as adolescências” possíveis e a complexidade do uso de drogas nessa etapa da vida, nos aprofundaremos nas reticências das informações supracitadas.

O próprio significado de “droga” é historicamente polissêmico. O termo teve diversas denotações até adquirir o sentido atual de “substâncias utilizadas em farmácia e com ação farmacológica, ou seja, capazes de, quando introduzidas em um organismo, modificar-lhes as funções” (Alarcon, 2012c, p. 104).

Segundo Fonseca e Bastos “[...] até meados do século XIX, a produção, a comercialização e o consumo de substâncias hoje classificadas como drogas, como a cocaína e o ópio e seus derivados, eram amplamente difundidos” (2012, p. 17). A tomada dessas substâncias como “problema” adveio com a observação do contexto e da função de sua utilização. Esses autores, citando Berridge e Edwards (1981), afirmam que “a questão de modo algum se limita às propriedades da(s) substância(s) em si (afinal, suas propriedades farmacológicas se mantêm idênticas ao longo dos séculos), mas sim ao contexto social e econômico e aos usos específicos (frequentemente com finalidades contrastantes) das diferentes substâncias” (Fonseca & Bastos, 2012, p. 17).

A construção do “problema droga”, remontado historicamente à “guerra do ópio”, aproxima-se muito mais da preocupação com o controle da produção e do comércio do que propriamente com as consequências do uso. Ao longo dos anos, à questão do ópio foram somadas mais e mais substâncias que, sob pressão dos países hegemônicos, também tiveram sua produção, comercialização e consumo regulados por acordos internacionais.

Foi com as convenções de drogas da Organização das Nações Unidas (ONU), realizadas em 1961 (Convenção Única de Narcóticos), 1977 (Convenção de Drogas Psicotrópicas) e 1988 (Convenção contra o Tráfico Ilegal de Narcóticos e Substâncias Psicotrópicas), que as diretrizes internacionais para a tratativa do tema nos diversos países participantes foram pactuadas. “Os acordos impõem limites sociais, culturais e mesmo morais ao comércio e consumo das substâncias psicoativas, definindo as linhas que distinguem o que é lícito e ilícito” (Fonseca & Bastos, 2012). Os critérios utilizados para determinar a intensidade do controle foram desde o grau de perigo ou abuso até o potencial para dependência, o uso médico e o valor terapêutico. Enquanto nas duas primeiras convenções se preocupou em definir que substâncias poderiam ser utilizadas ou restringidas, a terceira, devido ao alarmante aumento do tráfico de drogas, definiu como crime a posse ou o cultivo de drogas psicotrópicas, mesmo que para consumo próprio.

As convenções preveem, assim, um alinhamento entre as políticas nacionais e as pactuadas internacionalmente. Além disso, as decisões são tomadas por consenso entre os países-membros, o que pode trazer dificuldades ao entendimento sobre as políticas nacionais

acerca da temática. Isso repercutiu inclusive na história da construção do enfoque brasileiro relacionado ao tema.

No Brasil, as mudanças de legislação partiram da criminalização do usuário (Lei 6.368, de 1976, e Lei 10.409, de 2002) e chegaram à política atual de distinção “clara” entre a posse de drogas por usuários e o tráfico, embora a questão do controle ainda encontre fortes representações. A segurança pública pautada na repressão e os movimentos de base religiosa, porém, impedem o avanço na discussão do tema de forma mais reflexiva. “As políticas de segurança nacional e estadual nem sempre estão de acordo com as proposições orientadas pela proteção e promoção da saúde pública” (Fonseca & Bastos, 2012, p. 37). Esse posicionamento, com preocupação primeira com a questão da segurança pública, é demonstrado inclusive pelas normativas instituídas no Brasil que por muito tempo preocupavam-se apenas com o consumo das drogas ilícitas, criminalizando não só o comércio, mas também o uso de drogas, e adotando como *locus* do usuário prisões e sanatórios, medidas influenciadas pelas convenções internacionais citadas anteriormente (Machado & Miranda, 2007).

Em artigo de revisão da história da atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas, Machado e Miranda (2007) descrevem que, no Código Penal de 1924, o uso de “estabelecimentos correcionais” e “sanatórios para toxicômanos” era previsto como medida de contenção do uso. Em 1970, com a influência da área médica na perspectiva do Direito, o usuário passou a ser identificado como “doente e/ou criminoso”. Novamente as ações de “recuperação”, “tratamento” e punição dominam as práticas de saúde por meio de hospitais psiquiátricos e centros especializados,¹⁹ reforçando a vertente da moralidade que circunda o tema. A psiquiatria, nesse ensejo, corroborou a exclusão das pessoas em situação de uso de drogas ao fornecer alternativas institucionais, aliando-se ao controle e à repressão, tendo como lógica a punição e o defeito moral que supostamente acometia essa população.

Com o incremento e a expansão do uso de drogas nas diversas classes sociais brasileiras, ocasionados pelo aumento da oferta e pela redução do preço, favorecendo a expansão do uso da maconha e o crescimento do consumo de cocaína, em 1970 foi promulgada a Lei 6.368, que começou a promover modificações na consideração dos usuários. Essa lei propôs a criação de dispositivos hospitalares e extra-hospitalares e a não compulsoriedade do tratamento, modificações que favoreceram o surgimento, a partir da década de 1980, de centros de tratamento ligados ao poder público, promovendo, portanto, a

¹⁹ Esses centros podiam ser públicos ou filantrópicos.

assistência à saúde dos usuários de drogas. Ampliou-se também o aparato jurídico e institucional salutar no campo da assistência à saúde com a criação, por exemplo, do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) (Machado & Miranda, 2007).

O CONFEN, criado e regulamentado em 1980, era o responsável por propor a política nacional de entorpecentes relacionados ao tráfico e uso de substâncias com potencial para dependência. Dedicou-se principalmente às ações de repressão e ao controle das drogas ilícitas, mas, com o processo de redemocratização do país, ampliou seu espectro de intervenção e seu campo de atuação, incluindo ações de prevenção, tratamento e pesquisa não exclusivas da vertente repressiva (Machado & Miranda, 2007).

Com a proposição, em 1988, da Política Nacional na Questão das Drogas e o concomitante reconhecimento dos centros de tratamento como referência; e, em 1996, com o estabelecimento do Programa de Ação Nacional Antidrogas, inauguraram-se práticas em que a prevenção e o tratamento pretendiam atuar harmonicamente com a política de repressão (Machado & Miranda, 2007).

Nesse interim, em 1994, o parecer favorável do CONFEN ao desenvolvimento de projetos na perspectiva da redução de danos, embora tenha enfrentado grande resistência dos órgãos públicos e da população em geral, permitiu, ainda, que o uso fosse considerado crime. Abordou-se o tema de uma perspectiva que não a da abstinência total, considerando a experiência de países europeus (Machado & Miranda, 2007).

Somado a esses fatores, o rigor da Lei Criminal de drogas vigente manifesta-se em condições desfavoráveis de acesso à saúde e a participação e organização dos usuários de drogas, ao estabelecer o uso como “proibido”, sugerindo a ocultação. Além disso, ao dividir-se as drogas em lícitas e ilícitas, incorre-se na concentração de perigo e pânico diante daquelas substâncias qualificadas de ilícitas, havendo inclusive incentivo àquelas qualificadas de lícitas (Brasil, 2004b, p. 23).

Alarcon (2012a), ao descrever a lógica da redução de danos, enfatiza haver duas vertentes: uma nascida na Grã-Bretanha com o estudo do Relatório Rolleston, em 1926, que prega reduzir os danos provocados mesmo mantendo-se o uso; e outra nascida na Holanda em 1970, que levou aos estudos científicos do Relatório Baan de 1972 e do Relatório Cohen de 1975, buscando, além da redução dos danos e agravos, afastar os usuários de maconha dos riscos gerados pelo mercado negro. A experiência holandesa alia, portanto, o enfoque dado aos danos físicos e psicológicos aos danos decorrentes da própria lógica de proibição.

O Conselho Nacional Antidrogas (Conad) e Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), alocados no Ministério da Justiça, compunham o Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad), instituído em 1998 pelo governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso. O Ministério da Saúde era integrante do Sisnad, embora não estivesse vinculado às atividades de

prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social. A atuação da Senad trouxe como principais contribuições o estabelecimento da Política Nacional Antidrogas (PNAD), em 1998, como produto do 1.º Fórum Nacional Antidrogas; e o apoio e o financiamento dos centros de referência para pesquisa na área. Apesar de atuar na perspectiva antidrogas, não inviabilizou a expansão dos programas de redução de danos. No campo da assistência, centrou seus esforços na melhoria e busca de financiamento às comunidades terapêuticas que exigiam reconhecimento no campo da recuperação de usuários de drogas (Machado & Miranda, 2007).

Nota-se que a política direcionada à atenção às pessoas em uso de drogas permaneceu sob os cuidados de outros órgãos governamentais, que não o da saúde, por um longo período no Brasil. Permaneceu, de certa forma, desvinculada da atenção destinada aos que sofrem de transtorno mental, embora se reconhecessem prejuízos semelhantes (Brasil, 2004b).

A exclusão social e a ausência de cuidados que atingem, de forma histórica e contínua, aqueles que sofrem de transtornos mentais, apontam para a necessidade da reversão de modelos assistenciais, de modo a contemplar as reais necessidades da população, o que implica a disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão. Tal lógica também deve ser contemplada no planejamento de ações voltadas para a atenção integral às pessoas que consomem álcool e outras drogas (Brasil, 2004b, p. 5).

O consumo de álcool e outras drogas só passou de fato a ser considerado uma questão de saúde pública em 2003, com a política formulada pelo Ministério da Saúde. À margem, devido ao vazio temporal da intervenção do Estado nessa questão, houve o crescimento de instituições filantrópicas ou de natureza religiosa denominadas de “comunidades terapêuticas” (Brasil, 2004b; Machado & Miranda, 2007). Esses serviços

[...] multiplicaram-se sem qualquer regulamentação, evidenciando-se um funcionamento precário para muitos deles, tendo sido determinado pelo Conselho Nacional Antidrogas – CONAD o estabelecimento de um padrão básico para funcionamento dos mesmos, assegurando direitos e um mínimo de qualidade aos usuários (Brasil, 2004b, p. 37).

A assunção, por parte dessas instituições, do cuidado destinado aos usuários de álcool e outras drogas corroborou o discurso jurídico-político proibicionista, fortalecendo o tratamento de caráter totalitário tendo como ideal de saúde a abstinência total (Alarcon, Belmonte & Jorge, 2012). Além disso, a necessidade de afirmar uma cura a qualquer custo impele a formulação de estratégias na busca por um estilo de vida ótimo e impossível. Nesse movimento, não é raro vermos as instituições culpabilizarem, com apoio inclusive nas teorias de fatores de risco, as próprias vítimas pela criação de sua mazela.

Castiel e Diaz utilizam o termo “saúde persecutória” para designar esse movimento que busca responsabilizar os próprios indivíduos pela criação e manutenção de sua saúde, desconsiderando a complexidade da multideterminação do que chamamos saúde, assim como o contexto dos indivíduos.

Seja pela denominada genética ou por fatores sociais, no contexto de uso de drogas não é raro ouvirmos as pessoas colocarem os usuários na posição de pessoas que escolheram esse destino e portanto devem se responsabilizar sozinhos pelo processo de “cura”. Há obviamente a questão do desejo e da escolha envolvidos, mas é preciso compreender a complexidade que envolve o uso. “A atribuição de culpa geralmente estigmatiza os indivíduos e embute um juízo social depreciativo ao culpável” (Castiel & Diaz, 2007, p. 35).

A exclusão social dos usuários de drogas encontra eco em abordagens moralistas que, ao associar diretamente o uso de drogas à delinquência e à violência, estigmatizam os indivíduos e os afastam da possibilidade de receber ajuda. Favorecem também a resistência dos próprios profissionais da saúde em assumir uma abordagem teórica-técnica, desvinculada dos discursos veiculados pelo senso comum de reprovação desse comportamento e consequente punição dos usuários. Alarcon afirma que

o proibicionismo se sustenta por seu duplo elo, constituído, de um lado, pelo discurso sanitário, e, de outro, pelo discurso criminológico. [...] Sustenta-se, ao mesmo tempo, pela busca “moralizada” de saúde (a saúde a qualquer preço), pela “desmoralização” jurídico-policial do usuário de drogas e, com maior intensidade ainda, pela “demonização” da substância em si (termo médio que faz a ligação lógica entre um elo e outro) (2012b, p. 48).

Nesse contexto, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas reafirma a gravidade do problema, caracterizando-o como de saúde pública. Buscando superar o atraso histórico na assunção dessa tarefa pelo SUS, o ministério apresenta diretrizes que, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, alarga as estratégias por meio de uma abordagem clínico-política de atuação no território, com base em uma rede de dispositivos comunitários, integrados e articulados à rede assistencial em saúde mental (Brasil, 2004b).

Sobre a redução de danos, Machado & Miranda corroboram:

Trata-se de um marco teórico-político que rompe com a abordagem reducionista e considera a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como um fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas; e que, portanto, não pode ser objeto apenas de intervenções psiquiátricas e jurídicas — como ocorreu historicamente no Brasil — nem tampouco de ações exclusivas da saúde pública (2007, p. 818).

O CAPS ad é então reconhecido como

[...] dispositivo assistencial de comprovada resolubilidade, podendo abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e a abrangência possíveis e necessárias a essa atenção específica, dentro de uma estratégia de redução de danos sociais e à saúde (Brasil, 2004b, p. 22).

A indicação do paradigma da redução de danos como condutor de ações na assistência muda o foco da dependência química para os problemas decorrentes do uso do álcool e outras drogas, reconhecendo o usuário em sua singularidade e o seu papel autorregulador. Alarcon (2012a) afirma que, no Brasil, a política de redução de danos feita pelo Ministério da Saúde

volta-se para os efeitos colaterais do uso das drogas na vida do organismo. Nos aspectos sociais, alia-se, de certa forma, à política repressora da segurança pública ao desconsiderar os prejuízos decorrentes do proibicionismo — criminalização dos usuários, exposição ao tráfico de drogas, estigmatização dos usuários, etc.

As intervenções no campo da saúde têm se baseado, em grande parte, na certeza dos prejuízos associados ao uso de drogas como determinante da dependência química. Fica distorcida a magnitude dos agravos decorrentes não apenas da situação de uso e dos efeitos farmacológicos das substâncias, mas também da violência gerada pelo contexto das relações entre o setor saúde e a lógica proibicionista, inerente à política antidrogas. Outras relações com a droga são, assim, impossibilitadas, mesmo em um contexto privado ou como estilo de vida (Alarcon, 2012b).

O próprio Ministério da Saúde reconhece o descompasso entre as políticas de saúde e de segurança, assim como a geração de maior vulnerabilidade à população usuária devido a isso. Os estigmas historicamente associados aos usuários de drogas, como o de marginal e perigoso, dificultam o acesso aos recursos da saúde e o reconhecimento, pelo próprio usuário, da sua condição de sujeito.

No tocante à legislação brasileira sobre drogas, mantém-se a vertente proibicionista e de endurecimento das penas para o tráfico de drogas. Embora a Lei 11.343, atualizada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo então presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 23 de agosto de 2006, “determine o fim do tratamento obrigatório para dependentes, ao contrário do que se tem divulgado, a nova lei não descriminaliza qualquer tipo de droga” (Alarcon, Belmonte & Jorge, 2012, p. 78). Os usuários permanecem expostos à criminalização.

Assumindo a missão do CAPS adi como dispositivo de atenção integral à população infantojuvenil em situação de uso de álcool e outras drogas, pois opera como facilitador na construção da proteção individual e coletiva desses sujeitos, nos debruçaremos sobre a adolescência e os seus cuidados no SUS como orientadores da discussão deste trabalho. O objetivo é diminuir o estigma e o preconceito relativos à adolescência, assim como aos adolescentes em situação de uso de álcool e outras drogas.

2 Adolescências²⁰ e(m) reforma: desenvolvimento, uso de drogas e perspectivas de cuidado no SUS

*Se você deseja que seu adolescente mude,
Mude seu olhar sobre ele!*
J.-D. Nasio

A tradicional definição de adolescência a descreve como um período iniciado pelo fim da infância, marcado pela puberdade²¹ e finalizado na entrada do mundo adulto. Como descrito anteriormente, embora seus sentidos tenham sido criados sócio-historicamente, a tomada dessa etapa do desenvolvimento como sinônimo de problema repercute diretamente na assistência ofertada a essa parcela da população até os presentes dias.

A adolescência por vezes permanece obscurecida pela atenção dada ao desenvolvimento infantil e à assunção das responsabilidades do mundo adulto. Para além da “problemática” adolescência admitida pelo senso comum, estamos diante de uma fase prenhe de possibilidades biopsicossociais que merecem atenção específica, assim como, ao mesmo tempo, geram consequências importantes para a vida desses sujeitos. De acordo com Goldshmidt & Moreira,

na adolescência residem promessas. Se o desconhecido amedronta os adolescentes, as múltiplas possibilidades que se abrem na frente deles estimulam-nos e incentivam-nos. Contudo, diante das solicitações incessantes da sociedade, às vezes, eles têm simplesmente a necessidade de serem acompanhados por todos de seu entorno — pais, escola — para conseguirem se organizar e estabelecer um limite nos inúmeros desejos dos quais não sabem o que fazer (2009, p. 31).

Se for crise obrigatória para constituição do ser humano em adulto e/ou predeterminação biológica, e/ou construção preponderantemente social, não podemos perder de vista os sujeitos dos quais estamos falando. Considerar essa pluralidade nos poupa de atitudes apriorísticas arraigadas no estigma criado em torno do ser “adolescente”. Esse abandono do apriorístico encontra importância peculiar ao inscrevermos a nossa ação com adolescentes no contexto de um serviço da Reforma Psiquiátrica em que a consideração do “caso a caso” é o que direciona as estratégias de saúde.

²⁰ Embora esta dissertação trate do uso de drogas por crianças e adolescentes, focaremos as adolescências por representarem a maioria da população atendida pelo CAPS adi Brasília, assim como as especificidades sobre as quais o serviço está em constante reflexão — o que repercute diretamente em seu Projeto Terapêutico Institucional, como veremos na discussão dos resultados.

²¹ A puberdade “[...] significa o conjunto das transformações não só no corpo, mas também na mente, ligadas ao processo para atingir a maturidade sexual. [...] É a fase na qual ocorrem as transformações ligadas à adolescência; portanto, adolescência e puberdade não são sinônimas” (Goldshmidt & Moreira, 2009, p. 32).

Aqui assumiremos a denominação “adolescências” para ressaltar as possibilidades diferenciadas de expressão dessa etapa, assim como para caracterizar as diferentes adolescências às quais nos referimos no escopo deste trabalho.

Assim como assumimos a singularidade dos sujeitos adolescentes, buscaremos desconstruir a “identidade monolítica” (Micheli & Renner, 2011) atribuída às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, como se houvesse o objeto fictício “dependente” que subtraísse a subjetividade dos usuários. O discurso médico ao enquadrar o “drogado” como doente corrobora o discurso da anormalidade do consumo de drogas, que, sob esse rótulo, passa a justificar todos e quaisquer comportamentos, dificuldades e fracassos futuros.

Somada à consideração da adolescência como problema social, foi construída uma “subclasse” de adolescentes que, ao fazer uso de drogas, se inscrevem no campo da anormalidade do desenvolvimento. Essa categorização tolhe suas possibilidades futuras e desconsidera as motivações e o contexto do uso.

Tomando por base as principais contribuições acerca do tema, observa-se uma relativa homogeneização do processo de desenvolvimento. Embora ressaltem os elementos socioculturais, essas contribuições ainda assumem a possibilidade de universalizar a vivência adolescente. É preciso, então, reconhecer a multiplicidade desse desenvolver, legitimando-o para que de fato possamos construir uma atenção singularizada e respeitosa. É necessário, ainda, refletir sobre a visão hegemônica das características e de objetivos a serem superados para se dar por encerrada essa etapa da vida.

O uso de drogas e a delinquência comumente associados às adolescências tomam aqui a perspectiva da singularidade e vão de encontro às observações e constatações tidas a partir da convivência com os adolescentes em situação de uso de drogas e suas famílias assistidos no CAPS adi Brasília.

2.1 Adolescências

A etimologia da palavra “adolescência” revela importantes sentidos atribuídos a essa etapa do desenvolvimento. Segundo Outeiral (1994), esse vocábulo vem do latim, tendo dupla etimologia: *ad* (‘a’, ‘para’) e *olescer* (‘crescer’) — daí a condição ou o processo de crescimento — e *adolescere*, de origem *adoecer*. Nessa perspectiva, ao mesmo tempo em que traz em sua origem o sentido de uma aptidão biopsicossocial para crescer, o termo reconhece

o sofrimento inerente ao período. Goldshimidt & Moreira (2003) trazem ainda novos sentidos, descrevendo que o “adolescer”, no latim, significa também “crescer, engrossar, tornar-se maior, atingir a maioridade”.

Tida como uma passagem obrigatória, atormentada e criativa, cheia de contraste e contradição e marcada pelo advento de um corpo maduro e pela emancipação (Nasio, 2011), a adolescência diz também dos processos individuais de desenvolvimento, já que em todo adolescente há algo de singular (Vicentin & Rosa, 2010). Além disso, por ser uma etapa repleta de transformações, também é reconhecida como uma fase privilegiada para o desencadeamento de transtornos psíquicos, emocionais e relacionais. Mesmo o que chamamos de “adolescência normal” configura-se como um momento de crise, aqui entendida como a ruptura de um equilíbrio pré-existente (Costa, 2006). Para Goldshimidt & Moreira, “a própria ideia de crise alude a movimento, mudanças, ruptura e desestruturação que embora possam estar associadas a sofrimentos, trazem como significação básica a potencialização da vida e dinamização do sujeito e do seu mundo” (2009, p. 31).

Essa noção de crise retoma a visão de Costa (2003) sobre o sofrimento, próprio do humano, apostando, com o conceito de “sofrimento psíquico grave”, no resgate da dimensão normal do sofrimento psíquico, assim como da singularidade de sua expressão. Dessa feita, a manifestação subjetiva do sofrimento é sempre exclusiva do indivíduo, em suas dimensões relacionais e sociais. O sofrimento, portanto, não é factível de classificações. Os sinais que dele advêm nos impelem a uma atenção diferenciada ao sujeito, voltada a sua intensidade e às possibilidades de expressão entre o suportável e o desorganizado (Costa, 2006).

Devemos nos atentar ao fato de que o adolescente é um ser em desenvolvimento e tem um grande valor prospectivo. No entanto, para isso, devemos assisti-lo imediatamente, no tempo presente. Como afirma Nasio, “uma pronta intervenção se revelará uma oportunidade única no sentido de evitar a repetição da crise e infletir positivamente na sua vida futura” (2011, p. 61).

Não é incomum nos defrontarmos com jovens que encontram na ação a possibilidade de expressão desse sofrimento próprio do humano. Nasio, ao descrever a lide com adolescentes tidos como difíceis, remete-nos à dimensão simbólica dos comportamentos por eles apresentados:

se o adolescente não fala, não é porque não quer comunicar-se, é porque não sabe perceber o que vive no interior de si mesmo. Ele pode querer comunicar-se, mas não sabe identificar o que sente e menos ainda verbalizar. Dessa forma, é levado a agir mais do que a falar, e seu mal-estar traduz-se mais em atos do que em palavras. Seu sofrimento, sentido confusamente, não formulável e, em suma, *inconsciente*,

manifesta-se antes por meio de comportamentos impulsivos, não sendo conscientemente vivido nem posto em palavras (2011, p. 17).

Dá a necessidade da capacidade de acolher, incondicionalmente, o adolescente nos serviços destinados a sua atenção. Se já há uma dificuldade de expressão através da fala, cabe aos profissionais descobrir formas de aproximação que suportem o sofrimento expresso em ato por esses sujeitos. Outeiral corrobora:

[...] o gesto agressivo na adolescência deve ser entendido, muitas vezes, como a comunicação de uma necessidade, de uma busca de contato, da busca de se assegurar de que existe alguém que o compreende e pode “suportá-lo”, de testar o quanto o outro “gosta” efetivamente dele (1994, p. 65).

Quando o sofrimento, inconsciente e mudo, desses jovens é muito intenso e incoercível, pode ser exteriorizado sob a forma de comportamentos de risco, impulsivos e recorrentes (Nasio, 2011), gerando prejuízos ao adolescente e repercutindo em sua vida.

É comum visualizarmos a face do “adoecer” adolescente nos meios de comunicação, como se tratássemos de uma epidemia a ser controlada, geralmente com indicações terapêuticas de restrição do convívio social para, paradoxalmente, posterior reinserção social, tomadas as medidas “educativas”. A face da violência praticada pelos adolescentes e jovens, somada à questão do uso de drogas, tem assumido grande importância, em detrimento da realidade na qual constatamos serem esses mesmos jovens as maiores vítimas da violência.

A taxa de mortalidade por causas externas no Brasil variou de 69,3 óbitos por 100.000 habitantes em 2001 a 75,1 óbitos por 100.000 habitantes em 2010 (aumento de 8,4%). Em 2010, as causas externas ocupavam a terceira posição entre as mortes da população total e a *primeira posição entre adolescentes (de 10 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 39 anos)* (Brasil, 2011b, p. 251, grifo nosso).

A preocupação com a associação entre violência e adolescência é histórica e remonta a diversas tentativas de teorizá-la e compreendê-la (Ouvry, 2010). O fenômeno da delinquência, por exemplo, encontra diferentes modelos teóricos explicativos, variando na ênfase dada às condições sociais, às relações sociais e aos aspectos biológicos e psicológicos do indivíduo, assim como ao fenômeno da adolescência.

Campos (2008), ao analisar as transformações históricas referentes ao viver e ao descrever a adolescência, afirma que, na visão majoritária dos teóricos do tema, encontramos a noção de crise e de conflitos a serem superados. Para que esse período crítico e conflituoso seja superado, o entendimento é de que seria necessário tanto o amadurecimento, próprio do passar dos anos, quanto um “processo educativo” em que os jovens fossem ensinados como realizar essas tarefas.

Nesse processo de amadurecimento, a necessidade de limites para a construção de um espaço continente para o desenvolvimento em toda sua potencialidade é fundamental. Embora

atribuída principalmente aos grupos sociais primários — família e escola —, essa necessidade tem sido cada vez mais confundida com a necessidade de limitação de direitos e de contenção da expressão própria da adolescência, por meio de instituições. O processo de patologização das respostas externalizantes — uso de drogas, agressividade, vandalismo etc. — contribui para a noção de que são necessárias grandes intervenções para a manutenção da saúde mental do adolescente.

Com isso, hoje testemunhamos, por exemplo, a retomada de discussões como a da redução da maioridade penal e da necessidade de internação compulsória de adolescentes em situação de uso de drogas, sendo argumentada a impossibilidade do “controle” do comportamento adolescente. Assim, justificado pelo argumento da irracionalidade ou da falha moral desses indivíduos, utilizados nos tratamentos pinelianos de outrora (Foucault, 1991), observamos o retrocesso ao movimento de institucionalização, já observados no capítulo 1, como resposta capaz de assistir à infância e à adolescência.

A saúde mental, no entanto, é mais do que a ausência de doença. Toma como um todo inseparável os fatores psicossociais e orgânicos, sendo empregadas em suas estratégias de atuação, portanto, intervenções estendidas ao contexto social, isto é, à comunidade e à sociedade em geral. Na especificidade da infância e da adolescência, isso se faz particularmente relevante, já que temos assistido, e contribuído em parte, para uma crescente “psicopatologização” ou “psiquiatrização” de fenômenos comuns e de problemas da ordem social e existencial (Amstalden, Hoffman & Monteiro, 2010). Isso se observa no aumento do número de diagnósticos psiquiátricos na infância, por exemplo, do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).

No entanto, tais diagnósticos, muitas vezes, parecem desconsiderar a possibilidade da hiperatividade e da falta de atenção como sendo as únicas formas possíveis de expressar a angústia e a ansiedade resultantes de situações de violência e/ ou negligência a que crianças e adolescentes possam estar submetidos em seus contextos sociais e familiares, refletindo, na verdade, um pedido de ajuda (Amstalden, Hoffman & Monteiro, 2010, p. 37).

Os diagnósticos fornecidos a partir dos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM IV) obedecem a uma lógica classificatória que resulta de uma constelação de sintomas descritos objetivamente e com fronteiras rigorosamente claras. Por se pretender atóxico e generalizável, o diagnóstico fornecido pelo DSM não está comprometido com a etiologia ou os processos subjacentes, mas com o que é passível de observação empírica. A necessidade de diagnósticos precisos, para que houvesse uma prescrição medicamentosa, também precisa, exigiu uma superespecificação de categorias que

desmembraram patologias com etiologia comum, a exemplo da neurose (Russo & Venâncio, 2006).

Essa forma de diagnóstico não traz em si o que importa para nós na clínica com esses adolescentes: o que está na origem do sofrimento. É ela que nos informa os caminhos do cuidado. Winnicott (2005) fez o percurso contrário, partindo do que se apresenta — delinquência, por exemplo — para seus eventos antecedentes, isto é, o que ocorreu na história desses meninos e meninas, para que aquele comportamento se tornasse, na atualidade, a representação de um sofrimento.

Para Winnicott (2005), os comportamentos difíceis, definidos em termos de tendência antissocial, expressam um pedido de ajuda não simbolizado necessariamente em palavras, mas expresso em comportamentos. Tendo o ambiente um papel fundamental na teoria do desenvolvimento emocional do referido autor e, portanto, na constituição dos indivíduos, segundo ele, a tendência antissocial anunciaria uma falha ambiental. Em outras palavras, a criança percebe uma quebra de apoio ambiental em um período da vida em que se encontra muito dependente, sentindo que algo lhe foi retirado.

A tendência antissocial é, portanto, o resultado de uma privação. A criança teve um ambiente suficientemente bom, que a fez acreditar na ilusão de criar o mundo, mas, por um determinado evento ou por um período, essa confiança foi rompida por não serem atendidas as necessidades que a criança demandava naquele estágio do desenvolvimento. Essa dívida ambiental é então cobrada quando o ambiente é sentido novamente como confiável, sendo estabelecida a esperança. Dessa forma, tais comportamentos proclamam possibilidades de intervenção que, se não exploradas adequadamente, viram fontes para castigos no âmbito da moralidade, perdendo a sua potencialidade terapêutica.

A preocupação com a contenção do comportamento nessa etapa da vida tem justificado o aumento da medicalização na infância e o “fracasso escolar” e embasado a noção de que é o adolescente o maior gerador de violência. Dessa feita, a “culpa” pelas dificuldades enfrentadas nesse período do desenvolvimento encerra-se nos indivíduos adolescentes. A consideração dos fatores sociais, culturais e econômicos, quando ponderados, corrobora a visão de desestrutura familiar e criminalização da pobreza.

Se aqui abordamos “adolescências”, devemos considerar toda a complexidade do fenômeno, conjugando fatores indissociáveis, mesmo que por vezes se obstine em separá-los, como os determinantes biológicos, psicossociais e econômicos. Embora Knobel (1981) afirme que as características descritas na chamada “síndrome da adolescência normal” sejam observadas em diferentes culturas e marcos socioeconômicos, Ozella (2011) adverte que uma

concepção naturalista e universal da adolescência pode não contribuir para a compreensão desse sujeito psicossocial.

Ozella ressalta que, embora as teorias psicológicas mencionem a inter-relação entre o biológico e o cultural, a ênfase nas estruturas internas como propulsionadoras do desenvolvimento parece sobrepujar o contexto sociocultural. É como se o curso do desenvolvimento fosse natural e linear e as diferenças entre os adolescentes se dessem em termos das influências do ambiente, desconsiderando assim a complexidade biopsicossocial.

[...] O jovem não é algo “por natureza”. Possui características que surgem nas relações sociais, em um processo onde o jovem se coloca inteiro, com suas características pessoais e seu corpo (Ozella, 2011, p. 44).

Por isso é importante não perdermos de vista a singularidade de cada adolescente. Seu desenvolvimento se dá na interconexão de uma complexa rede em que estão representadas a família, os grupos de pares e as instituições, como a escola. Essa rede, assim como as situações a que o jovem está exposto, pode se converter em fatores de risco e de proteção (Brasil, 2004b).

Nesse sentido, as contribuições da psicanálise, consideradas as críticas de Ozella (2011), tendem a considerar a singularidade dos sujeitos, ainda que dentro de processos de desenvolvimento característicos. O próprio Knobel afirma que “[...] devemos considerar a adolescência como um fenômeno específico dentro de toda a história do desenvolvimento do ser humano, e, por outro lado, estudar sua expressão circunstancial de caráter geográfico e temporal histórico-social” (1981, p. 25).

Embora parta de um embasamento psicobiológico universal, a construção da paradoxal “síndrome da adolescência normal” tenta aproximar as experiências do adolecer, muitas vezes tidas como patológicas, do sofrimento normal no processo de desenvolvimento. Fazendo parte de um *continuum* evolutivo, as manifestações consideradas como patológicas devem ser estimadas como normais e necessárias para a formação da personalidade, excluindo, portanto, a classificação em termos de nosografia.

Outeiral (1994) corrobora essa ideia ao ponderar que, por vezes, o que pode ser “anormal” em uma etapa poderá ser “normal” em outra. Aponta indicadores, mencionando Osório (1997), que auxiliam a separação entre o patológico ou não na adolescência: intensidade do sintoma; persistência ou transitoriedade do sintoma; significado regressivo do sintoma; e polimorfismo sintomático. Assim, quanto mais intensos, persistentes, regressivos e fixos os sintomas, mais preocupantes os prognósticos, associados ao desenvolvimento dos sintomas e à presença de sintomas similares na infância.

A preocupação com a construção de uma juventude saudável, partindo da concepção de “mil saúdes” (Rottelli, 2001), será perpassada aqui pela teoria de D. Winnicott e sua compreensão do desenvolvimento humano como um processo de amadurecimento temporal, não linear, que tende a sua integração em um todo unitário, uma identidade. Esse processo, no entanto, encontra expressão na singularidade de cada ser humano que possui a tendência a desenvolver-se. A tendência para amadurecer não é uma determinação. É necessário que condições ambientais suficientemente boas sejam dispensadas ao ser humano desde o seu nascimento para que ele encontre uma base para “ser” (Dias, 2003).

O desenvolvimento se dá, para Winnicott (1999), partindo de uma dependência quase absoluta que gradualmente se torna relativa, tendo como rumo a independência. Embora a própria independência seja relativa, haja vista que os seres humanos são essencialmente ligados ao ambiente para bem viver, ela diz respeito, aqui, à formação de uma identidade pessoal.

Para que haja esse desenvolvimento, é necessário um ambiente facilitador capaz de prover as necessidades específicas da criança de forma contínua e coerente com o estágio do desenvolvimento no qual ela se encontra. Devemos salientar que, embora falemos do papel da mãe nesse processo, o ambiente é algo mais amplo que deve garantir, inclusive a essa mesma mãe, as condições para que ela seja suficientemente boa.

Assim, inicialmente a mãe se adaptará às necessidades do bebê, que cria a ilusão de que o mundo é por ele coordenado. Essa dependência absoluta não diferencia o que é o bebê e o que é o mundo externo. Aos poucos, a mãe mostrará os limites ao atendimento imediato das demandas, fazendo com que o bebê procure objetos intermediários para aplacar a angústia da separação. No entanto, esse limite de atenção não pode ser superior ao suportado pela criança, que, ao não encontrar resposta no ambiente, se sentirá desamparada.

A continuidade do cuidado sustentado pelo ambiente, inicialmente representado pela mãe, em termos tanto físicos quanto afetivos, é denominada por Winnicott como “*holding*”. Essa segurança possibilitará a confiança necessária para a criança se integrar gradativamente, reconhecer o outro e surgir como unidade. O adulto, então, tem a importante função de cuidar, proteger e dar contornos aos processos do desenvolvimento, abrindo-lhe espaço para crescer e limites para ser, como afirma Winnicott: “com a garantia de que os adultos não vão abdicar, certamente podemos considerar o ímpeto dos adolescentes para se encontrar e determinar seu próprio destino como a coisa mais excitante que podemos ver no mundo que nos rodeia” (1999, p. 158).

2.2 Adolescências, uso de drogas e Reforma Psiquiátrica

A atenção à criança e ao adolescente em situação de uso de drogas, focos da discussão aqui, em consonância com a política de saúde mental brasileira, esquadrinha estratégias terapêuticas²² para além dos muros das instituições, contestando o passado de assistência higienista e de proteção excludente encontradas no interior de abrigos, educandários e hospitais psiquiátricos de todo o país (Amstalden, Hoffman & Monteiro, 2010).

O entendimento da saúde não como ausência de doença, mas como bem-estar nas diferentes dimensões do viver, possibilita a visualização dos adolescentes em situação de uso de drogas e não do diagnóstico nosográfico da “dependência química”. Reorienta o nosso olhar, então, do objeto fictício doença mental à “*existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social*” (Rottelli, Leonardis & Mauri, 2001, p. 28; Rottelli, 2001, p. 90). Deixa-nos abertos às diversas possibilidades de saúde, singulares a cada sujeito, e não apenas à da sintomatologia zero ou normalidade plenamente estabelecida.

[...] Um sistema de teorias, normas, prestações — é em geral o processo que liga o diagnóstico ao prognóstico, que conduz da doença à cura. Este é, portanto, um sistema de ação que intervém em relação a um problema dado (a doença) para perseguir uma solução racional, tendencialmente ótima (Rottelli, Leonardis & Mauri, 2001, p. 26).

O modelo de atenção biomédico, antes predominante no campo da saúde mental, ao adotar o enfoque na sintomatologia e no diagnóstico, seguiu mais ou menos a estrutura descrita acima. Quando se prioriza a queixa em detrimento da demanda, a dimensão subjetiva ocupa um papel secundário, e as condutas já são de certo modo aplicadas de formas estereotipadas por protocolos que geralmente se encerram em terapia medicamentosa, psicoterapia e trabalho. Tenório (2000) propõe que, em vez de atuarmos sobre a queixa, gerando uma resposta imediata a ela — desmedicalização da demanda —, devemos convidar os usuários a se implicarem na queixa, revelando que experiências e sofrimentos subjazem a ela — subjetivando-a. A dimensão afetiva é valorizada na reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições manicomiais haviam simplificado (Rottelli, 2001) sob o signo da doença.

No tocante à assistência às pessoas em situação de uso de álcool e outras drogas, como visto no capítulo 1, também se tomam como base essas características que objetivam reconhecer a expressão da subjetividade, assim como expressam a modificação paradigmática

²² “[...] Terapeuticidade é a intencionalidade dos serviços que são intermediários materiais, capazes de colocar em movimento trocas sociais bloqueadas, de recolher e valorizar deslocando-as, desinstitucionalizando-as por paradoxo, os sintomas, os símbolos, os sentidos plúrais do paciente” (Rottelli, 2001, p. 98).

partindo do “tratar doenças” para o “cuidar de pessoas”. Nesse contexto, a preocupação com o problema-droga adquiriu visibilidade, e grandes desafios têm sido lançados para a construção de intervenções que respeitem os direitos dos usuários, mesmo que ainda não se tenha alcançado a mesma reflexão no plano da política de segurança.

O crescente consumo de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes tem exigido ao SUS melhores respostas, novos saberes e novas práticas de cuidado, como afirmam Amstalden, Hoffman e Monteiro:

A falta de conhecimento, as dificuldades para o manejo da clínica do abuso de substâncias, a cultura do medo relacionada ao consumo das drogas ilícitas, bem como a visão higienista do cuidado, além do estigma voltado às pessoas que consomem drogas, são fatores que têm contribuído de forma significativa para ações imediatas dos poderes públicos, as quais representam, na grande maioria das vezes, soluções pontuais e paliativas para esse complexo fenômeno (2010, p. 40).

Esse cenário tem forçado a retomada da discussão da solução internação, em detrimento da ampliação e qualificação da rede assistencial de base territorial e comunitária do SUS. A prescrição de tratamento compulsório, determinada por intercessões judiciais, no contexto da infância e adolescência parte da demanda de terceiros, como familiares e responsáveis. Determinam-se medidas de “tratamento” sem muitas vezes ouvir a criança ou o adolescente, que voltam a ser, dessa forma, “objetos” de intervenção. Conforme asseguram Amstalden, Hoffman & Monteiro,

ainda são muitos os desafios impostos para os gestores, para os profissionais de saúde mental e para a sociedade como um todo na superação do estigma e da cultura de internação, que, se tomada como única ação de cuidado, é pontual, limitada e contribui sobremaneira para a segregação e exclusão social das pessoas com transtornos mentais, além de não proporcionarem o cuidado necessário para além do episódio de internação. Também é essencial o suporte à família, a qual precisa ser acolhida e cuidada para cuidar do seu membro que manifesta o sofrimento mental e que precisa de uma atenção que inclua suas diferenças, que podem ser, muitas vezes, além de incompreensíveis, não toleradas pela família sem orientação e acompanhamento (2010, p. 44).

É preciso compreender que, na clínica da Reforma, a noção de cura está diretamente relacionada com a liberdade. O ato terapêutico deve impulsionar a mudança na maneira de o usuário colocar-se em relação ao mundo e em relação à “doença”. Isso só é possível ao reconhecer o poder contratual das pessoas por nós assistidas e ao nivelar o poder, permitindo aos usuários o exercício da possibilidade de estar no mundo para além da doença (Basaglia, 1985). Deve-se também promover mudanças no imaginário social acerca da loucura, do uso de drogas e dos sujeitos envolvidos nessa problemática.

Uma organização que se baseia exclusivamente no princípio da autoridade, cujo objetivo primeiro é a ordem e a eficiência, vê-se obrigada a escolher entre a liberdade do doente e, portanto, da resistência que este lhe pode opor e o bom andamento do hospital. Sempre se optou pela eficiência e em seu nome sacrificou-se o doente (Basaglia, 1985, p. 116).

Em oposição a esse tipo de organização, a política de saúde mental hoje vigente no país, como já enunciado anteriormente, alcança uma mudança paradigmática no tocante à assistência. Propõe-se a substituição por completo das instituições totalitárias, típicas da lógica manicomial, por uma rede de serviços de base territorial e comunitária. Esse processo é chamado de desinstitucionalização, assim definido por Rottelli, Leonardis e Mauri:

[...] a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstrução de pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se “resolva” por hora, não se cure “agora”, mas no entanto seguramente “se cuida”. Depois de ter descartado “a solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana que alimenta este sofrimento (2001, p. 33).

Amstalden, Hoffman & Monteiro (2010), considerando esse processo de transformação, enumeram os princípios das políticas públicas de saúde mental brasileira, em especial para crianças e adolescentes:

1. Sujeito: implica a noção de singularidade e a de direitos, entre os quais o direito ao cuidado, à voz e à construção de um projeto terapêutico singular que atenda suas necessidades;
2. Acolhimento universal: todo aquele que chega a um serviço de saúde mental deve ser acolhido e ouvido. Deve ainda receber uma resposta, que pode ser de três formas: inserção no tratamento, encaminhamento implicado ou desconstrução da demanda de atendimento, com um trabalho pelo qual o sujeito possa entender e aceitar que não precisa de tratamento em saúde mental;
3. Construção da rede: tarefa constante e dinâmica de incluir o trabalho com outros equipamentos para atender as demandas singulares dos sujeitos;
4. Intersetorialidade: na perspectiva de uma clínica no território, as intervenções em todos os equipamentos, de natureza clínica ou não, devem ser uma tarefa dos serviços de saúde mental infantojuvenil, envolvendo, de uma forma ou de outra, todos os dispositivos que fazem parte da vida das crianças e adolescentes;
5. Território: lugar psicossocial do sujeito, atravessado por sua experiência pelas instâncias pessoais e institucionais nas quais ele está inserido.

Esses princípios configuram o que temos descrito como os orientadores da ação na rede de atenção psicossocial e, mais detidamente, no CAPS adi Brasília, e convergem para a construção coletiva dos projetos terapêuticos singulares.

Os demais dispositivos de saúde e de assistência social ainda encontram dificuldade para acolher os usuários de droga nessa lógica por supor que todas as suas necessidades decorrem exclusivamente do uso. Assim, criam como pré-requisito das demais atuações a abstinência: “primeiro ele tem que se tratar para depois... viver”. O adolescente em situação de uso de drogas, porém, não se encerra no “comportamento-sintoma”, que, como vimos, é também uma forma de comunicação.

Entendemos que o adolescente que se envolve no mundo das drogas precisa ser compreendido na ética da complexidade, o que significa não reduzi-lo à condição de doente ou de delinquente, mas reconhecê-lo na legitimidade de suas demandas e acreditar em suas possibilidades de transformação (Sudbrack, 2011, p. 20).

Vivemos cotidianamente uma campanha de culpabilização do usuário pelo tráfico de drogas e pela violência, aproximando o uso de drogas à marginalidade, embora tais fatores não tenham uma relação causal direta e unilinear. O público adolescente, já representado de forma negativa, somado ao uso de drogas, parece constituir uma população eminentemente perigosa. Para Fonseca e Bastos, “o consumo de drogas é um ‘problema’ que gira em torno de questões morais controversas” (2012, p. 39). Os pressupostos morais que demonizam a droga, por consequência, desqualificam o usuário. Moreira e Andreoli ressaltam que

a cultura dominante vê os usuários de drogas situados no lado errado de uma linha social imaginária que separa não usuários (os bons) dos usuários (os maus). Os usuários são rotulados de maneira pejorativa como drogados, viciados e socialmente rejeitados (2009 b, p. 63).

Essa postura amedrontadora e de apelo moral tem sido desconstruída com os questionamentos levantados por diferentes estudos. A associação entre uso de drogas e delinquência naturalizada pela mídia vem sendo considerada cada vez mais com cuidado e sem taxações categóricas.

No Brasil, embora haja pouca pesquisa sobre o tema, os resultados apontam para a relação entre o uso de drogas e o cometimento de atos infracionais, sem uma perspectiva de causa e efeito unilinear (Andrade, Silva & Assumpção, 2004; Ferigolo et al., 2004; Pinho et al., 2006; Rioseco et al., 2009). Os resultados da pesquisa de Martins e Pillon (2008), por exemplo, revelaram que há uma correlação positiva e significativa da idade do primeiro uso de álcool e de maconha com a idade do primeiro ato infracional: quanto mais precoce é o uso, mais novo se cometem delitos. O estudo, no entanto, não encontrou relação significativa entre o uso do cigarro e da cocaína com os delitos. Com relação ao crack, há correlação positiva e significativa da idade do primeiro uso com a idade da primeira vez como traficante.

Na comparação das variáveis “primeiro uso de drogas” e “primeiro ato infracional”, com a finalidade de avaliar sua possível relação, os resultados apontaram que os adolescentes iniciaram o uso de álcool, de tabaco e de maconha com idade média de 12 anos, ao passo que, na prática de infrações, a idade média foi de 13 anos, sugerindo

que o uso destas drogas precede o uso de outras e a prática de infrações (Martins & Pillon, 2008, p. 1118).

Ao contrário do que é veiculado na mídia, por exemplo, o consumo de drogas classificadas como lícitas para a população adulta, como as bebidas alcoólicas e o tabaco, é maior e gera mais risco à saúde (Noto, Sanchez & Moura, 2011). Em revisão dos estudos dedicados ao consumo de drogas na população adolescente brasileira, os autores relatam ser a bebida alcoólica a droga mais consumida pelos adolescentes, seguida pelo tabaco. Ressaltam ainda que, embora haja diferenças de metodologia, tais dados são semelhantes em diversos continentes.

A idade média para início do uso de bebidas alcoólicas (por volta de 13,9 anos) tem diminuído e, embora tenha havido um decréscimo nas prevalências de uso de álcool entre adolescentes no período de 1987 a 2004, houve um aumento progressivo com relação à quantidade. Quanto ao tabaco, também foi observada a diminuição do consumo.

Noto, Sanchez & Moura (2011) afirmam ainda ser a maconha, droga ilícita mais usada no Brasil, a única com tendência de aumento para a medida “uso na vida”. A idade do primeiro uso confere com a idade do primeiro uso de bebidas alcoólicas, em média 13,9 anos. A cocaína e seus derivados, merla e crack, tiveram média de início do uso por volta dos 14 anos (13,8 anos para o crack e 14,4 anos para a cocaína). Comparados aos cinco levantamentos anteriores, foram evidenciadas tendências de aumento entre os estudantes brasileiros.

A motivação para o uso não é uma questão fácil de ser respondida. Diferentes pessoas usam por diferentes motivos. Nem todo uso está relacionado a algum sofrimento ou é sinônimo de problema, mas devemos nos atentar aos padrões de uso problemático, como o abuso ou a dependência. “A frequência e a quantidade de substância são menos importantes nesse diagnóstico” (Niel, Moreira & Silveira, 2009, p. 20). Os prejuízos objetivos gerados pelo uso e pela manutenção do uso, mesmo após o reconhecimento desses, devem ser considerados. É equivocado interpretar fatores associados ao risco e à proteção como causais ou determinantes; portanto, eles não podem ser tomados como indicativos de um comportamento futuro. Para Moreira & Silveira,

as crianças e os jovens começam a aprender o que é droga quando observam os adultos em busca de tranquilizantes ao menor sinal de tensão ou nervosismo. Aprendem também o que é droga quando ouvem seus pais dizerem que precisam de três xícaras de café para se sentirem acordados, ou ainda quando sentem o cheiro da fumaça dos cigarros (2009, p. 27).

A vulnerabilidade dessa etapa peculiar do desenvolvimento ao uso de drogas deve-se a diversos fatores em todas as dimensões biopsicossociais. “Todas as transformações pelas quais o adolescente passa podem se constituir em vulnerabilidades” (Vitalle, 2011, p. 53).

Seja por fatores neurobiológicos (Micheli et al., 2011), seja pela predisposição individual (Vitalle, 2011), seja pela invisibilidade e insegurança do adolescente (Scivoletto, 2011), seja pela possível presença de transtornos mentais anteriores (Niel, Moreira & Silveira, 2009), seja pela predominância de fatores de risco em detrimento dos fatores de proteção (Noto, Sanchez & Moura, 2011), o fato é que, na complexidade do uso de drogas, a lógica do “ou/ou” deve ser substituída pela do “e/e”. Um fator em separado não ocasiona o início do uso de drogas pelo adolescente. Este reflete uma complexa inter-relação de fatores. “Partimos do pressuposto de que as drogas produzem um conjunto variado de efeitos, para os quais se entrelaçam elementos químicos, individuais, sociais e culturais” (Piccolo & Leal, 2011, p. 196). A compreensão dessa multiplicidade de fatores, longe de considerar os usuários de drogas como vítimas de sua trajetória, amplia o olhar sobre a complexidade e diversidade das intervenções necessárias.

É comum encontrarmos na abordagem do uso de drogas na adolescência a consideração de fatores de proteção e fatores de risco, que podem estar presentes nos indivíduos, na família e na sociedade em geral (Scivoletto, 2011). Esses fatores podem ainda ser divididos em quatro grupos: socioculturais, interpessoais, psicocomportamentais e biogênicos. Colocando numa balança de dois pratos o “risco” e a “proteção”, o lado mais pesado nortearia o comportamento do adolescente. As intervenções, portanto, deveriam buscar “minimizar o risco e potencializar a proteção” (Noto, Sanchez & Moura, 2011, p. 111).

Segundo Noto, Sanchez e Moura, “em geral, nota-se que a experimentação e o uso inicial estão mais relacionados a fatores ambientais, como a disponibilidade das drogas e consumo por amigos, e que o desenvolvimento da dependência depende mais de fatores genéticos” (2011, p. 112). Além disso, comumente os fatores de proteção também podem ser configurados como fatores de risco, dependendo do contexto e da forma como se apresentam. A família, a escola e o grupo de amigos são os mais citados entre esses fatores.

Scivoletto acrescenta que o uso indiscriminado de medicamentos “[...] dá ao adolescente a impressão de que para qualquer problema há sempre uma solução química ‘mágica’, que não requer grandes esforços, e rápida, que vai ao encontro do imediatismo característico desta fase” (2011, p. 84). Esse imediatismo, para além de uma questão de genialidade, deve-se ao processo de amadurecimento das estruturas cerebrais responsáveis

pela percepção temporal, que ainda se encontram em desenvolvimento nessa etapa (Scivoletto, 2011).

A neurobiologia, conforme afirma Micheli et al. (2011), alerta que o consumo de drogas gera maior prejuízo ao desenvolvimento cerebral nessa faixa etária. “A mielinização de axônios — que permite a transmissão da informação mais rapidamente e a eliminação das sinapses não utilizadas, seguida pela maturação de sinapses importantes — processo conhecido por *prunning* (‘poda’)” (Micheli et al., 2011, p. 121) está, nessa fase, em processo de remodelação e maturação das conexões.

A precocidade do uso estaria associada então ao prejuízo das funções cognitivas desenvolvidas e aprimoradas durante a adolescência, acarretando “inabilidades de enfrentamento, baixa autoestima e insegurança” (Scivoletto, 2011, p. 122). Esses mesmos efeitos podem gerar um círculo vicioso na medida em que os adolescentes que usam drogas para se esquivar de situações desagradáveis acabam por não desenvolver essa habilidade.

Scivoletto (2011) ressalta ainda que o entendimento das especificidades neurobiológicas dos adolescentes em comparação com as do adulto ajuda a compreender a vulnerabilidade à utilização de drogas de abuso nessa fase e a forma como uma droga pode levar a efeitos comportamentais diferentes entre esses dois grupos. Essa especificidade se explica pelo aumento da densidade dos receptores dopaminérgicos, a maturação dos sistemas canabinoide, glutamatérgico e serotoninérgico que geram sensações mais intensas de prazer.²³

Wong (2011) ressalta que estudos de neurofisiologia indicam que, devido à imaturidade dos sistemas neurológicos nessa fase, as drogas, lícitas ou ilícitas, passam a ser reconhecidas pelo corpo como endógenas — fabricadas pelo próprio corpo —, aumentando o potencial de dependência.

Durante a adolescência, o metabolismo do organismo encontra-se acelerado. Este aumento da atividade metabólica está relacionado com a redução dos sintomas desagradáveis decorrentes da falta da droga. Alguns autores afirmam que este seria um fator de proteção porque reduz as chances de uso da droga. Outros acreditam que este seria um fator de risco uma vez que levaria o indivíduo a um consumo exagerado da substância (Micheli et al., 2011, p. 128).

Do mesmo modo, à medida que o corpo se desenvolve, as relações humanas possibilitam que as estruturas cerebrais sejam aproveitadas de acordo com o que disponibilizamos como estímulos. Assim, torna-se possível a minimização de prejuízos e a construção de novas estruturas que compensem as habilidades porventura perdidas.

²³ Para o detalhamento da neurobiologia das drogas de abuso na adolescência, consultar Micheli et al. (2011). O objetivo aqui é a descrição dos fatores que compõem a complexa rede de relações que ocasionam o uso de drogas — acreditamos que a aqui feita acerca do tema contempla o proposto.

A correlação droga (agente inanimado) e danos exclui o caráter casual em termos probabilísticos, e os riscos passam a ser assumidos como prejuízos certos. Embora reconheçamos os prejuízos, especialmente no consumo de drogas pela população aqui estudada, é importante ressaltar que o argumento de que a droga em si representa dano motiva o pensamento proibicionista, em que os elementos contextuais e individuais são suprimidos em detrimento do controle puro. A busca pela saúde como sinônimo de abstinência, por exemplo, é uma composição lógica desse argumento (Alarcon, 2012b).

A morte por overdose e “a mortalidade diretamente vinculada ao uso de drogas ilícitas, não é, como se pensa comumente, catastrófica, especialmente se a compararmos com outras causas de morbimortalidade que a saúde pública elenca como relevantes” (Alarcon, 2012b, p. 50). Os prejuízos devido ao uso ultrapassam os efeitos bioquímicos sobre a fisiologia humana. A forma de lidar com a questão da droga e, como consequência, de representar seus usuários impacta diretamente as perdas psicossociais vivenciadas por estes.

Não é incomum ouvirmos relatos de adolescentes que foram convidados a se retirar da escola ou privados de outras oportunidades de se desenvolverem plenamente como punição ao uso de drogas. Paradoxalmente, instituições consideradas protetivas ainda se armam perante a situação de uso de drogas. Seja pelo recente reconhecimento dessa questão como um problema de saúde pública, seja pelo conhecimento incipiente de formas efetivas de prevenção e reabilitação, o tratamento moral é reassumido diante das urgências cotidianas.

Os profissionais, principais atores da reforma, podem também retomar o paradigma manicomial como direcionador da ação pela falta de conhecimento, qualificação e aproximação ao tema. Ainda existe a tendência de não instrumentalizar os profissionais para o trabalho interdisciplinar, favorecendo a formação de diversas especialidades. Os serviços imbuídos pela lógica de restrição de competências, ignorando a importância da atuação em rede para o atendimento dos usuários de forma integral, podem apresentar certa reatividade ao acolhimento das pessoas em situação de uso de drogas. Para Rottelli, Leonardis & Mauri,

[...] esta forma especialista e seletiva de funcionar dos serviços psiquiátricos faz com que as pessoas sejam separadas, “despejadas”, jogadas de um lado para o outro entre competências diferentes e definitivamente não sejam de responsabilidade de ninguém e sim abandonadas a si mesmas (2001, p. 22).

A diretriz de acolhimento universal nos serviços de saúde mental, enunciada anteriormente, reorienta as ações ao implicar os serviços substitutivos na condução responsável de toda demanda atendida, garantindo que o cuidado seja oferecido. Diante da falta de protocolos e soluções institucionais preconcebidas e longe da atuação especializada

repassada no processo de formação profissional, a invenção de saúde se faz nas relações com os usuários, seus familiares e a comunidade, por caminhos diversos e imprevisíveis.

Isso exige, todavia, que abandonemos nossos papéis para nos arriscarmos pessoalmente, na tentativa de esboçar alguma coisa que, apesar de trazer em si os germes de erros futuros, nos ajude por enquanto a romper esta situação cristalizada, sem esperar que nossos atos sejam sancionados por leis [...] (Basaglia, 1985, p. 117).

Esse atrevimento é o que torna cada projeto terapêutico único e traz aos usuários a sensação de pertencimento, muitas vezes possibilitada anteriormente apenas pela inserção no mundo das drogas (Scivoletto, 2011).

O contexto grupal é de fundamental importância no desenvolvimento das competências e habilidades dos adolescentes. Considerado fator de proteção, em alguns contextos pode assumir característica de fator de risco. A menção da influência de amigos como motivação para o primeiro uso não é infrequente: “para usar drogas estamos sempre rodeados de pessoas; para parar de usar estamos sozinhos” (Scivoletto, 2011, p. 87).

Na prevenção, assim como na reabilitação, é preciso garantir que os adolescentes se sintam seguros e suportados em todas as suas dificuldades. Eles devem também sentir que neles se credita valor. Para Moreira & Silveira,

prevenção, no seu sentido mais profundo, é o adolescente sentir que ele faz diferença no mundo, que é amado, que sentem a sua falta, que se importam com ele, que tem um futuro pela frente e que, portanto, vale a pena fazer um sacrifício, abdicar de um prazer imediato em troca de algo melhor no futuro (2009, p. 26).

O ser humano é programado para sobreviver e desenvolver-se na presença de outros seres humanos. As vulnerabilidades do início da vida são propositais, conforme a teoria de Winnicott sobre o processo de amadurecimento. O desenvolvimento só é possível em convivência. A dependência inicial humana exige do ambiente e das pessoas que o compõem uma atuação para garantir a sobrevivência. Diante das fragilidades apresentadas no contexto de uso de drogas, devemos assumir em rede essa função de continência. O CAPS, nesse contexto, deve apresentar condições “suficientemente boas” para o desenvolvimento da segurança e autonomia desses sujeitos.

Ressaltamos que, embora em desenvolvimento, crianças e adolescentes já são pessoas e vivem, além da sua capacidade prospectiva, no presente. A condição de dependência, pelo estágio peculiar de desenvolvimento, não os desqualifica como capazes e não os condena a viver na expectativa do que se tornarão. A promoção de oportunidades deve ser cotidiana para o usufruto também no aqui e agora. Só assim as intervenções ganharão sentido.

**PARTE II – METODOLOGIA: INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS
PARA A ABERTURA DA CÁPSULA**

3 Cenário da pesquisa, pressupostos metodológicos e análise dos dados

3.1 Contexto da pesquisa e inserção da pesquisadora

O conjunto de dispositivos CAPS ad na Secretaria de Estado de Saúde (SES) do DF é composto por oito unidades e dividido nas modalidades II e III: três CAPS ad para o atendimento da população adulta, em complexidade II, localizados em Sobradinho, Itapoã e Guará; três CAPS ad III, localizados na Rodoviária, em Samambaia e em Ceilândia; e dois CAPS adi,²⁴ nas regiões de Brasília e Taguatinga. De acordo com Porto & Costa,

com a implantação dos novos CAPS AD III o DF tem hoje uma cobertura assistencial em saúde mental incluindo álcool e drogas de 0,59 CAPS por 100 mil habitantes (parâmetro adotado pelo Ministério da Saúde), considerando todos os CAPS em funcionamento na Rede de Saúde Mental da SES-DF. A cobertura no início de 2011 era de 0,21, considerada crítica e passa agora a ser considerada de boa qualidade com perspectiva de continuar se expandindo (2013, s/n).

Os CAPS adi são dispositivos novos no Distrito Federal, fruto dos esforços envidados para a melhoria da assistência em saúde mental à população infantojuvenil do DF. Até 2012, essa assistência era composta por dois serviços especializados: o Centro de Orientação Médico e Psicopedagógico (COMPP) e o Adolescente.

Em janeiro de 2013, foram nomeados diversos profissionais de saúde responsáveis pela execução do plano federal Crack, é Possível Vencer, em nível distrital denominado Viver a Vida sem Drogas. Com isso, a equipe do CAPS adi Brasília foi formada e passou a acolher toda a demanda de crianças e adolescentes em situação de uso de drogas no Distrito Federal, até que em maio de 2013 foi inaugurado o CAPS adi em Taguatinga, quando então os territórios foram divididos.

Na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, até a abertura dos referidos serviços, toda essa população era atendida em regime ambulatorial pelo Adolescente, que, por ser responsável por outros programas de assistência à saúde mental infantojuvenil, viu-se impossibilitado de continuar a acolher essa demanda em novembro de 2012. Os casos mais

²⁴ Os denominados Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Infantojuvenis (CAPS adi) obedecem às mesmas normativas dos demais CAPS ad, acrescidas as especificidades prescritas no Estatuto da Criança e do Adolescente.

graves eram priorizados e atendidos, porém, como a demanda era alta, uma fila de espera foi formada pela prospecção da inauguração de serviços CAPS adi, em janeiro de 2013.²⁵

Devido às reformas para adequação das bases físicas da sede do CAPS adi Brasília, funcionou apenas seu ambulatório, sem grupos terapêuticos e oficinas, até meados de setembro de 2013. A equipe do CAPS adi Brasília, durante esse período, ocupava concomitantemente o espaço da unidade do Adolescente. A limitação e a falta de adequação do espaço físico para a execução das demais atividades preconizadas a serem realizadas em CAPS prejudicou o pleno cumprimento de sua finalidade terapêutica. Ao final de setembro de 2013, a equipe ocupou a sede da Asa Norte definitivamente, quando então passaram a ser projetadas as atividades em grupo a serem ofertadas aos adolescentes e suas famílias.

Com a abertura dos dois CAPS adi, em Brasília e Taguatinga, devido à grande extensão territorial do Distrito Federal, assim como à pactuação entre os governos de Estado de atendimento aos usuários da Região Integrada de Desenvolvimento Econômico (RIDE), a área de abrangência dos serviços foi definida de acordo com as Regiões de Saúde, conforme representa a figura 1. Essas regiões foram estipuladas pelo Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal (PDR), observando a proximidade geográfica, assim como a população a ser atendida. De acordo com o PDR,

o Distrito Federal, em sendo uma cidade-estado, não possui municípios e por isso sua descentralização é apenas de serviços, para o que foram criadas 15 Regionais de Saúde. Atualmente essas regionais de saúde estão divididas em 7 (sete) Regiões de Saúde, conforme preconizado pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS/02) (2007, p. 28).

Nessa lógica, cada CAPS adi assumiu uma grande extensão territorial e, por consequência, uma numerosa população. Ao CAPS adi Brasília, no qual se inscreve a população descrita nesta pesquisa, couberam as regiões de saúde centro sul, centro-norte, norte e leste, contando com uma população de 1.126.414 habitantes. Ao CAPS adi Taguatinga couberam as regiões de saúde oeste, sudoeste e sul, com uma população de 1.269.139 habitantes, de acordo com os dados fornecidos por Região de Saúde no PDR de 2007.

Compõem o conjunto de regiões administrativas (RAs) atendido pelo CAPS adi Brasília, conforme estipulado no PDR: Brasília – Asa Sul, Lago Sul, Riacho Fundo, Candangolândia, Núcleo Bandeirante e Guará (região centro-sul); Brasília – Asa Norte, Lago Norte e Cruzeiro (região centro-norte); Sobradinho e Planaltina (região Norte); e Paranoá e São Sebastião (região leste).

²⁵ Psicóloga, compus a equipe do Adolescente como uma das profissionais de referência do Programa de Atenção Biopsicossocial aos Adolescentes em Situação de Uso de Drogas e as Suas Famílias. Com a criação do CAPS adi Brasília, passei a gerenciar o serviço, que, com o CAPS adi Taguatinga, assumiu integralmente a assistência infantojuvenil relacionada ao uso de álcool e outras drogas em janeiro de 2013.

As Regiões de Saúde são responsáveis pela operacionalização da política de saúde de certas RAs, tendo, portanto, diferentes cidades compondo seu território. Na tabela a seguir, visualiza-se a distribuição das RAs nas Regiões de Saúde do Distrito Federal.

Tabela 1 – Distribuição das regiões administrativas pelas Regiões de Saúde do DF

Denominação	Regiões Administrativas (RA's)	Diretorias Regionais de Saúde (DRS)	Regiões de Saúde	
RA I	Brasília (Asa Sul)	DRS Asa Sul	Módulo I	REGIÃO CENTRO SUL
RA XVI	Lago Sul			
RA XVII	Riacho Fundo			
RA XIX	Candangolândia	DRS Núcleo Bandeirante	Módulo I	
RA VIII	Núcleo Bandeirante			
RA X	Guará	DRS Guará	Módulo II	
RA I	Brasília (Asa Norte)	DRS Asa Norte	Módulo I	REGIÃO CENTRO NORTE
RA XVIII	Lago Norte			
RA XI	Cruzeiro			
RA IX	Ceilândia	DRS Ceilândia	Módulo I	REGIÃO OESTE
RA IV	Brazlândia	DRS Brazlândia	Módulo II	
RA III	Taguatinga	DRS Taguatinga	Módulo I	REGIÃO SUDOESTE
RA XII	Samambaia	DRS Samambaia	Módulo II	
RA XV	Recanto das Emas	DRS Recanto das Emas		
RA V	Sobradinho	DRS Sobradinho	Módulo I	REGIAO NORTE
RA VI	Planaltina	DRS Planaltina	Módulo II	
RA VII	Paranoá	DRS Paranoá	Módulo I	REGIAO LESTE
RA XIV	São Sebastião	DRS São Sebastião		
RA II	Gama	DRS Gama	Módulo I	REGIAO SUL
RA XIII	Santa Maria	DRS Santa Maria		

Fonte: PRD, 2007.

Descrita a quantidade de RAs atendidas por Região de Saúde, é possível observar que algumas RAs não foram listadas acima. As RAs Águas Claras, Riacho Fundo II, Sudoeste/Octogonal, Varjão, Park Way, Setor Complementar de Indústria e Abastecimento, Sobradinho II, Jardim Botânico e SIA, embora ainda não inclusas nas divisões de Regiões de Saúde, fazem parte da área de abrangência dos dois CAPS adi. Convencionou-se que Águas Claras comporia a área de abrangência do CAPS adi Taguatinga, e as demais, do CAPS adi Brasília. É possível visualizar a extensão territorial das Regiões de Saúde na figura 1.

Figura 1 – Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal



Fonte: PDR, 2007.

Embora a Portaria 130, de 26 de janeiro de 2012, estabeleça um dispositivo CAPS ad III para cada grupo populacional de 200 mil a 300 mil habitantes, a inauguração dos dois CAPS adi em 2013 deu início ao processo de formação de uma rede, até então inexistente, para a atenção especializada a crianças e adolescentes em uso de drogas e suas famílias. Reconhece-se a insuficiência dos dispositivos, já que se pretendem territoriais e comunitários, mas congratula-se a ampliação e complexificação do atendimento dispensado a essa população partindo, a princípio, de dois serviços CAPS adi no DF.

A população do DF em 2010 era composta por 28,8% de crianças e adolescentes, sendo que crianças representavam 18,6%. Existiam, comparativa e independentemente do sexo, mais pessoas na faixa de 15 a 19 anos do que pessoas de 0 a 4 anos. O percentual de crianças do sexo feminino era menor que o de crianças do sexo masculino, mas entre os adolescentes o percentual do sexo feminino era maior do que o do sexo masculino em 11 das 19 regiões censitárias naquele ano (Codeplan, 2012).

É importante lembrar que em 2010, de acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), a taxa de mortalidade por causas externas ocupava a primeira posição entre adolescentes (10 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 39 anos), podendo justificar essa diferença entre os sexos por faixa etária. Entre os adolescentes (de 10 a 19 anos), os óbitos por agressões, acidentes de transporte terrestre e afogamentos foram os mais frequentes. Nas

mortes por violência, o homicídio chega a ser a primeira causa de mortalidade nas idades de 15 a 34 anos, sendo mais comum em homens (11,3 vezes maior) do que em mulheres. O risco de morte por causas externas entre os homens foi 4,9 vezes maior do que entre as mulheres, e o risco de morte por agressão naquele grupo foi 11,3 vezes maior do que o observado neste. As maiores taxas de mortalidade foram calculadas entre os adultos de 20 a 39 anos (50,5 óbitos por 100 mil habitantes) e adolescentes (25,2 óbitos por 100 mil habitantes) (Brasil, 2011c).

Em relação à inserção no sistema educacional, observou-se que, quanto maior a faixa etária, maior era o percentual de pessoas que frequentava escola no DF, com exceção do percentual de adolescentes de 15 a 17 anos, que é menor do que o de pessoas de 6 a 14 anos nesse quesito. Os dados podem indicar a não inserção escolar de crianças na idade adequada, gerando dificuldades na aprendizagem e abandono dos estudos para inserção no mercado de trabalho, segundo as análises da Codeplan (2012).

No DF, 1,5% das crianças e adolescentes de 10 a 17 anos é responsável pelo domicílio. Esse é um dado preocupante, tendo em vista a potencialidade para o desenvolvimento de outras habilidades nesse período da vida que, se não desenvolvidas, encurtam a amplitude de inserção no mercado de trabalho na idade adulta. Mais de seis mil crianças de 10 a 13 anos e de 11 mil adolescentes de 14 a 15 anos estavam em condição de ocupação economicamente ativa no DF em 2010 (Codeplan, 2012), apesar das restrições estabelecidas pelo ECA.

Ainda sobre o DF, 10,2 % da população total é composta por adolescentes (Brasil, 2011a); destes, 3 mil estavam em liberdade assistida e 775 estavam em regime de restrição e privação de liberdade, uma proporção de 29,6/10 mil adolescentes restritos ou privados de liberdade, ultrapassando inclusive a média brasileira (Brasil, 2011b). Temos a segunda maior taxa de homicídios entre adolescentes por 100 mil habitantes da mesma faixa etária no país, ficando atrás apenas do Espírito Santo (Brasil, 2011a).

Em 2011, no DF, os atos infracionais mais recorrentes foram roubo (22,2%) e tráfico de drogas (15,9%), seguidos de furto (10,9%), porte de arma de fogo (8,5%) e lesão corporal (7,5%). Ressalta-se que o porte de drogas (6,3%) e o porte e uso de drogas (3,6%) foram relatados pelos adolescentes como atos infracionais neste estudo, sugerindo a abordagem do tema nos moldes da segurança pública e da política proibicionista, e não na abordagem da saúde. A taxa de reincidência em atos infracionais era de 46,2% (MPDFT, 2011).

Tabela 2 – Número absoluto e percentual de crianças e adolescentes na população total por região censitária

Região Censitária	Crianças		Adolescentes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Brasília	23.726	11,31	15.375	7,33	39.101	18,64
Gama	24.629	22,09	14.981	11,99	39.610	34,08
Taguatinga	59.360	16,71	31.680	9,56	91.040	26,27
Brazlândia	12.712	20,79	6.901	10,50	19.613	31,29
Sobradinho	44.062	13,07	22.509	7,04	66.571	20,11
Planaltina	37.774	18,15	20.821	11,04	58.595	29,19
Paranoá	10.854	17,33	5.674	9,53	16.528	26,86
Riacho Fundo	13.769	14,10	7.767	7,74	21.536	21,84
Núcleo Bandeirante	6.610	11,00	4.001	6,88	10.611	17,88
Ceilândia	83.743	15,10	42.283	9,14	126.026	24,24
Guará	24.756	20,24	13.619	10,58	38.375	30,82
Cruzeiro	10.596	22,05	5.708	12,15	16.304	34,20
Samambaia	42.465	21,86	22.466	13,01	64.931	34,87
Candangolândia	2.661	19,16	1.523	10,81	4.184	29,97
Recanto das Emas	26.507	21,14	15.773	11,18	42.280	32,32
Lago Norte	5.868	20,83	3.221	12,17	9.089	33,00
Lago Sul	3.250	20,26	2.033	10,75	5.283	31,01
Santa Maria	24.747	20,97	14.457	10,71	39.204	31,68
São Sebastião	20.392	16,44	10.822	8,77	31.214	25,21
Total	478.481	18,62	261.614	10,18	740.095	28,80

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Censo 2010, citado em Codeplan (2012).

Nos dados explicitados na Tabela 2, podemos visualizar a porcentagem de crianças e adolescentes por região censitária, fazendo parte da área de abrangência do CAPS adi Brasília as regiões Brasília, Sobradinho, Planaltina, Paranoá, Riacho Fundo, Núcleo Bandeirante, Guará, Cruzeiro, Candangolândia, Lago Norte, Lago Sul e São Sebastião.

O contingente de crianças e adolescentes no Distrito Federal representa mais de um quarto de sua população total, sugerindo a necessidade de políticas públicas específicas, de acordo com dados anteriormente apresentados.

A escolha por estudar os usuários atendidos pelo CAPS adi Brasília, assim como as implicações técnicas desse serviço, foi feita por dois fatores: a atuação da pesquisadora como gestora do serviço desde dezembro de 2012, sendo responsável por conduzir a construção e reconstrução de seu Projeto Terapêutico Institucional de forma a garantir a devida assistência

à população acolhida; e a importância da criação desse dispositivo para a construção de uma política efetiva de atenção integral às crianças e aos adolescentes em situação de uso de drogas no Distrito Federal.

A escolha pela teoria psicanalítica como guia de análise se deu tanto pela especificidade do método de investigação, que se faz com o auxílio da experiência da pesquisadora (Herrmann & Lowerkron, 2004), como pela especificidade teórica de sua atuação profissional. Aliada a esta, o fazer clínico-político da Reforma Psiquiátrica apresenta-se nas análises e considerações dos resultados.

3.2 Pressupostos metodológicos e construção do objeto de pesquisa

Este trabalho situa-se na perspectiva das pesquisas mistas e pretende identificar, como objetivo geral, o perfil dos usuários atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Infantojuvenil de Brasília (CAPS adi Brasília), a fim de orientar indicações clínicas para o atendimento dessa população.

Partiu-se da experiência da pesquisadora, tanto na assistência quanto na gestão do serviço, com o arrolamento de algumas considerações: 1) as crianças e os adolescentes acolhidos no CAPS adi III Brasília apresentam dificuldades escolares e envolvimento em atos infracionais anteriores ao uso de drogas; 2) os órgãos de proteção da criança e do adolescente são as instituições que mais encaminham para tratamento no CAPS adi III Brasília; 3) a maioria das crianças e dos adolescentes acolhidos no CAPS adi III Brasília reside com os pais; 4) a maioria dos usuários atendidos faz uso de múltiplas drogas; 5) a maioria das crianças e dos adolescentes acolhidos no CAPS adi III Brasília tem acesso à rede de saúde após o envolvimento e uso de drogas; 6) os usuários do CAPS adi III Brasília têm um número elevado de faltas ao tratamento.

Com a metodologia adotada, buscamos, como objetivos específicos: descrever o perfil da população atendida no acolhimento do CAPS adi Brasília de 1º de janeiro de 2013 a 31 de julho de 2013; interpretar os dados identificados a partir do referencial teórico adotado; relacionar a situação de uso de drogas com a prática de ato infracional; desenvolver argumentos para indicações clínicas no cuidado da clientela infantojuvenil em situação de uso

de drogas; e propor orientações básicas para a compreensão do fenômeno estudado no contexto da assistência.

A coleta de dados foi realizada no período de 18 a 29 de novembro de 2013, mediante pesquisa em prontuários e fichas de pronto atendimento cadastrados no banco de dados do CAPS adi Brasília de usuários que foram acolhidos nesse serviço de 1º de janeiro a 31 de julho de 2013. Foram utilizadas as informações constantes na ficha de acolhimento do referido serviço e nas anotações dos atendimentos realizados pelos profissionais aos pacientes e suas famílias, de forma complementar.

Sarmento, Obadia, Camacho, Rocha e Thuler ressaltam que

o prontuário é o documento-fonte mais utilizado com finalidade de levantamento de informações para pesquisa. Prontuário vem do latim “*promptuarium*”, que significa lugar onde se guardam coisas que devem estar à mão. Caracteriza-se por ser o conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelos serviços de saúde pública ou privada, sendo que ainda é recente a preocupação e o conhecimento dos profissionais de saúde sobre sua importância como fonte de dados. Também são poucos os artigos científicos dedicados à avaliação da qualidade dos seus registros (2011, p. 536).

Tendo como direção a pesquisa psicanalítica com base na experiência clínica (Herrmann & Lowenkron, 2004) foram selecionados os dados a serem analisados, com o apoio de estatística descritiva, procurando estabelecer o perfil do grupo quanto às variáveis: sexo, idade, cidade onde mora, pessoas com quem reside, estado civil, responsável pelo encaminhamento, acompanhamento prévio de saúde, escolaridade, situação escolar, número de repetências escolares, episódios de fuga de casa, vivência de situação de rua, uso de drogas (idade de início, idade de término e uso atual), envolvimento em ato infracional, cumprimento de medida socioeducativa, número de consultas no serviço e número de faltas no serviço. A variável cor/raça foi excluída por não haver representatividade nas fichas de pronto atendimento e nos prontuários consultados nesta pesquisa.

As informações coletadas envolvem, então, dados sobre a acessibilidade e o uso do serviço de saúde (responsável pelo encaminhamento, número de consultas, número de faltas), dados sociodemográficos (idade, local de residência, pessoas com quem reside, estado civil, escolaridade), comportamentos de risco (fugas de casa, situação de rua, envolvimento em ato infracional), uso de drogas (quais drogas, idade de início e término, uso atual) e acompanhamento em serviços de saúde. Esses dados foram coletados a partir do formulário específico ao acolhimento pré-existente em cada prontuário e nas fichas de pronto atendimento, assim como no relato dos profissionais que atenderam ao paciente.

O banco de dados do CAPS adi Brasília contava com 427 prontuários e 232 fichas de pronto atendimento de usuários acolhidos até dezembro de 2013. Neste estudo, foram

analisados 177 prontuários e 86 fichas de pronto atendimento, sendo excluídas 90 fichas de pronto atendimento que não continham informações o suficiente para a coleta dos dados.

As informações coletadas na revisão dos prontuários e das fichas de pronto atendimento foram compiladas em um banco de dados eletrônico, utilizando-se o *software* gratuito Epi Info 7, em um computador de uso particular e sem acesso público. Com os dados, foram feitas tabelas e gráficos a serem comparados com dados resgatados da literatura nacional e internacional.

Nesta pesquisa, a circunscrição das características da população atendida no CAPS adi Brasília surgiu como a possibilidade de levantar os elementos necessários ao estabelecimento do Projeto Terapêutico Institucional da própria unidade de saúde, a fim de melhor adequá-la à população. Além disso, tornou-se possível indicar as necessidades de ampliação da rede de atenção psicossocial para o atendimento dessa clientela, bem como oferecer indicativos para futuros estudos.

3.3 Análise e interpretação dos dados

O processo de análise e interpretação dos dados foi feito em duas partes. Na perspectiva quantitativa, efetuou-se tabulação a partir de formulários contendo os dados obtidos; transposição das informações para o banco de dados eletrônico, utilizando o *software* gratuito Epi Info 7; tratamento estatístico dos dados; e representação dos resultados em gráficos e tabelas. A análise estatística constituiu-se de uma descrição das informações e de análises conjuntas das seguintes variáveis, com a utilização do *software SPSS*, versão 18. O procedimento para a análise conjunta foi feito com base no teste estatístico de hipóteses, assim como o teste de independência,²⁶ que utiliza as medidas Qui-quadrado de Pearson²⁷ e p-valor.²⁸ Quando os dados apontarem indícios de associação, haverá a menção a esse teste.

Cabe ressaltar que, por se tratar de análise de informações contidas em prontuário, os dados obtidos são perpassados pelo viés do tempo e do cuidado de cada profissional em registrar as informações obtidas durante os atendimentos, assim como pela ausência de

²⁶ Procedimento ou regra que possibilita a decisão pela ausência ou presença de associação entre duas variáveis com base nas informações obtidas na amostra.

²⁷ Qui-quadrado de Pearson (χ^2 de Pearson) é uma medida obtida a partir dos valores observados na amostra e dos valores esperados em uma situação de independência estatística.

²⁸ P-valor é o valor de probabilidade, podendo variar entre zero e um, inclusive. Há indícios de associação entre variáveis quando o p-valor é menor do 0,05, uma vez que aqui arbitramos o nível de confiança de 95%.

informações importantes, tendo em vista que, no momento do acolhimento, prioriza-se o estabelecimento do vínculo e a escuta qualificada. As fichas de pronto atendimento representam os usuários e famílias que não retornaram ao serviço, mesmo com a busca ativa dos profissionais, impedindo momentos posteriores de descrição das condições e características aqui estudadas. Os dados contidos nos prontuários nem sempre representam de fato as informações fornecidas pelo paciente e seus atendimentos, pois, por diversos motivos, por vezes não é possível detalhar em prontuário toda a complexidade da realidade dos usuários, assim como todas as atividades realizadas durante a estada do usuário no serviço.

Somando-se a esses fatores, não é incomum que os familiares e responsáveis sejam acolhidos sem a presença da criança ou do adolescente em questão, conforme enunciado nas diretrizes da RAPS. Assim, muitas das informações são cedidas na perspectiva dos pais ou responsáveis, podendo condizer ou não com a realidade apresentada pelos usuários, que, por vezes, não chegam a frequentar o serviço.

A análise da dimensão clínico-social da problemática apresentada apoiou-se em material obtido por meio de atendimento terapêutico (Herrmann & Lowerkron, 2004), supervisões institucionais, intervisões e condução de reuniões de equipe técnica. Assim, aos dados apresentados em termos quantitativos foram somadas as leituras referentes à população estudada a partir da teoria winnicottiana e da clínica psicossocial, perpassadas pela subjetividade da pesquisadora.

Dessa forma, a análise dos dados extrapola o método estatístico, correlacionando os resultados obtidos com o conhecimento da pesquisadora a partir da prática clínica na condução de trabalhos com os adolescentes e suas famílias, assim como na condução clínico-institucional do dispositivo de saúde.

3.4 Aspectos éticos

Em todas as etapas da realização desta pesquisa, foi considerada a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que define os princípios éticos de pesquisas com seres humanos. Por se tratar de um estudo de caráter retrospectivo, com levantamento de dados em prontuários e sem acesso direto aos pacientes, foi solicitada dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os aspectos éticos de confidencialidade, sigilo e anonimato foram observados e garantidos no processo pela própria pesquisadora. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs – SES/DF), conforme o Parecer 459.756, de 18 de novembro de 2013.

**PARTE III – RESULTADOS: ABRINDO A CÁPSULA E CONHECENDO
NOSSOS ADOLESCENTES**

4 Resultados

4.1 Descrição dos resultados

A amostra analisada constitui-se de 264 usuários que foram acolhidos no CAPS adi Brasília no período de 1º de janeiro de 2013 a 31 de julho de 2013. Eles tiveram sua situação sociodemográfica descrita via informações contidas na ficha de acolhimento do referido serviço e, quando necessário para a complementação dos dados, nos relatos dos profissionais dos atendimentos prestados a adolescentes e suas famílias constantes nos prontuários.

Conforme disposto no capítulo 3, tendo os dados sido coletados com base em informações relatadas em prontuários e fichas de pronto atendimento, é necessário atentar para o número de indivíduos (N) que configurou a geração dos gráficos e das tabelas de cada item analisado em detrimento do número total da amostra. Isso evitará distorções e generalizações dos resultados obtidos, ainda que para essa mesma amostra.

As figuras foram geradas desconsiderando o número de usuários a respeito dos quais não foi possível coletar as informações por não haver menção aos dados nos registros analisados. Cada figura apresenta o N referente à variável representada à direita do título e à esquerda das porcentagens apresentadas nos gráficos, assim como ao final de cada descrição de resultado, sempre que possível.

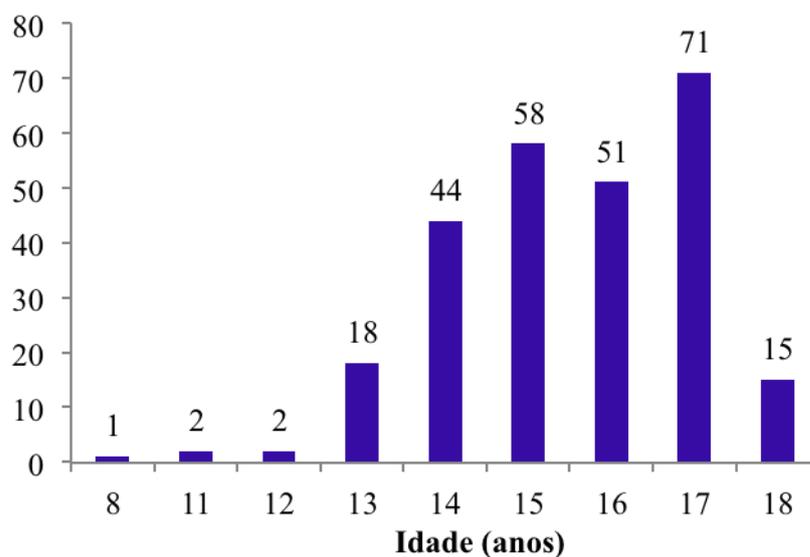
Os participantes têm idade média de 15,9 anos, mediana de 16 anos e moda de 17 anos. O desvio-padrão foi de 1,5 ano. Na figura 2, nota-se a concentração dos jovens na faixa de 14 a 17 anos. Ademais, a amostra é formada majoritariamente por homens (74%), conforme mostra a tabela 3. Cabe observar que a idade média entre os sexos é basicamente a mesma: 15,76 anos para as mulheres e 15,96 anos para os homens.

Na tabela 3, quanto ao estado civil, a maioria (99%) estava namorando ou solteira. Além disso, 25% dos usuários tinham filhos. Ressalta-se, no entanto, a baixa resposta à variável número de filhos. Nota-se que 45% dos adolescentes moravam só com a mãe e 27% moravam com o pai e a mãe. A minoria (12%) morava só com o pai.

Tabela 3 – Características sociodemográficas dos usuários conforme informações de prontuários e fichas de pronto atendimento

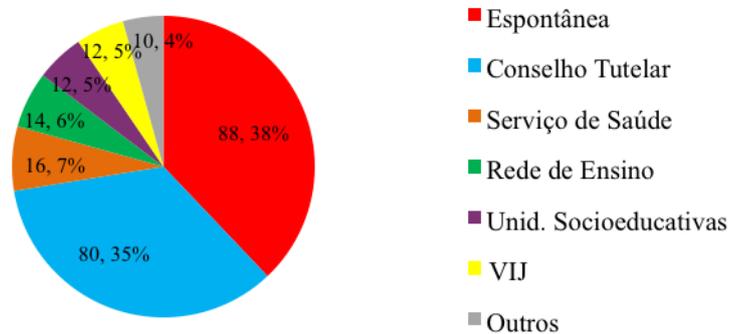
		N	%	Média
Sexo	Masculino	193	74%	-
	Feminino	67	26%	-
Idade	Masculino	-	-	15,96
	Feminino	-	-	15,76
Reside com	Mãe	105	45%	-
	Pai	28	12%	-
	Mãe e pai	62	27%	-
	Outros	36	16%	-
Estado civil	Solteiro	136	80%	-
	Namorando	32	19%	-
	Casado	1	1%	-
Tem filhos	Sim	4	25%	-
	Não	12	75%	-

Figura 2 – Distribuição dos participantes conforme a idade em anos completos (N=262)



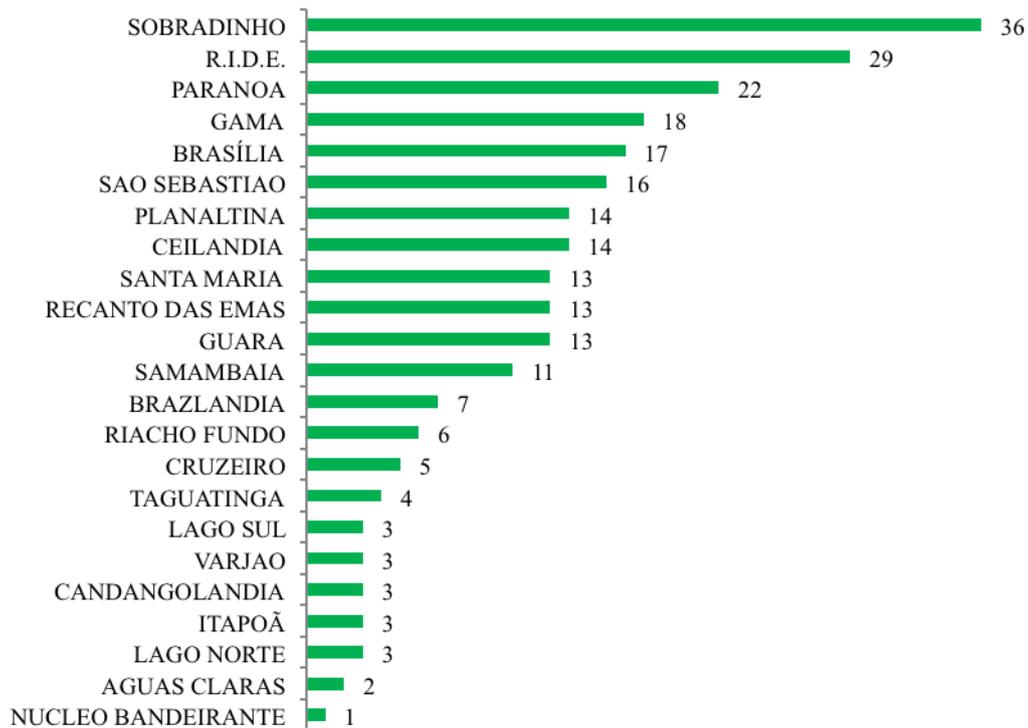
A figura 3 mostra que a maioria dos jovens (73%) procurou o CAPS por iniciativa própria ou via Conselho Tutelar:

Figura 3 – Origem da procura pelo CAPS (N=232)



O local de maior prevalência de moradia foi Sobradinho, seguido pela RIDE e, depois, pelo Paranoá, conforme a figura 4. Dentro da RIDE, as cidades com maior frequência na amostra são Águas Lindas, Valparaíso e Planaltina, todas no estado do Goiás, com 8, 5 e 5 participantes, respectivamente.

Figura 4 – Distribuição dos participantes por local de residência (N=256)



Quanto ao acompanhamento de saúde, as figuras 5 e 6 evidenciam que a maioria não o fazia (67%) e nunca o havia feito (75%).

Figura 5 – Percentual de participantes que realizaram acompanhamento de saúde anterior (N=169)

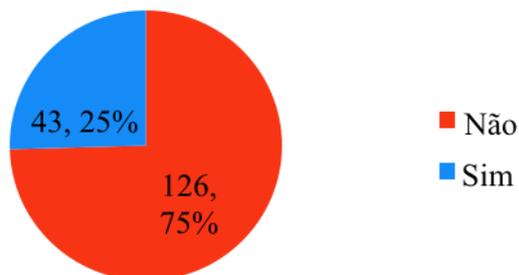
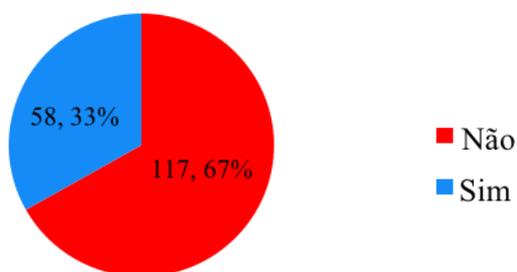


Figura 6 – Percentual de participantes que realizava acompanhamento de saúde quando foi acolhido no CAPS adi (N=175)



Quanto à vida escolar, grande parte (76%) estava matriculada em escola, ainda que 18% desses não a frequentassem. Atente-se para o alto índice de jovens que sequer estavam matriculados (24%). A maioria estava no ensino fundamental (77%) e já havia sido reprovada mais de uma vez (90,5%), conforme mostram as figuras 7, 8 e 9.

Figura 7 – Distribuição de participantes por situação escolar (N=207)

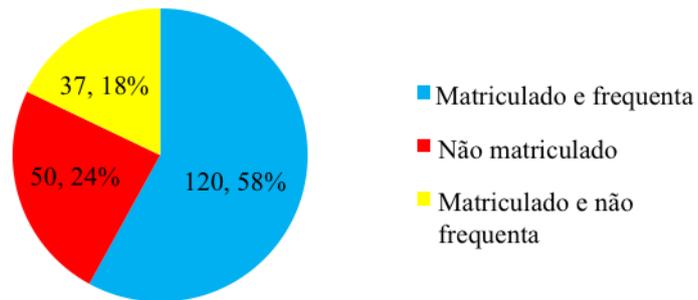


Figura 8 – Distribuição de participantes conforme o ano frequentado na escola (N=219)

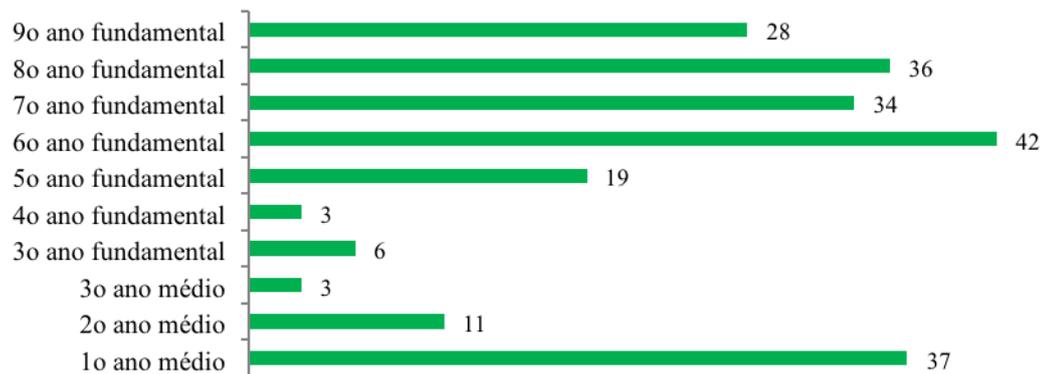
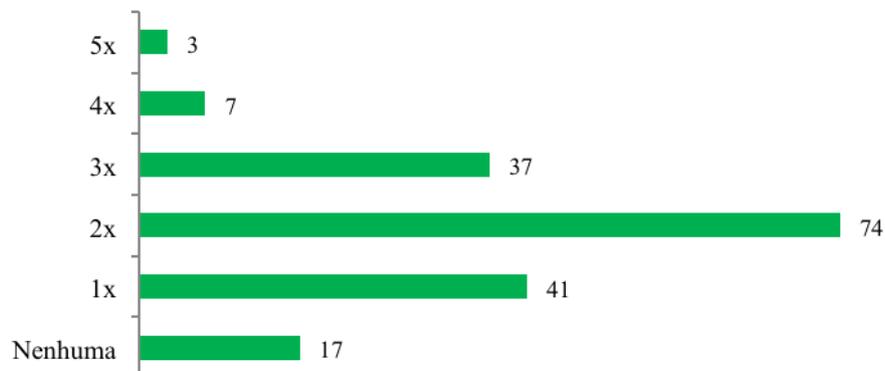


Figura 9 – Número de repetências escolares (N=179)



Prosseguindo a análise descritiva dos adolescentes, de acordo com as figuras 10 e 11, a maioria já fugiu de casa (53%) e já passou por experiência de rua (52%). Cabe salientar que a

geração desses dados deu-se, principalmente, com base no relato dos familiares e responsáveis, representando suas concepções das variáveis descritas. Não foi possível estabelecer um critério claro para diferenciá-las.

Figura 10 – Distribuição de participantes com relato de fuga de casa (N=135)

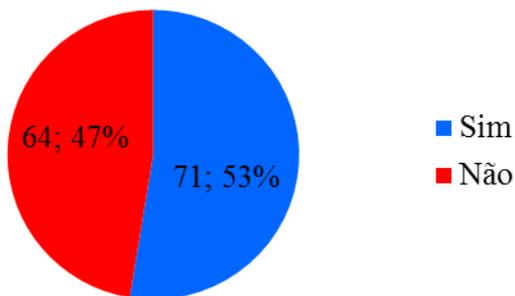
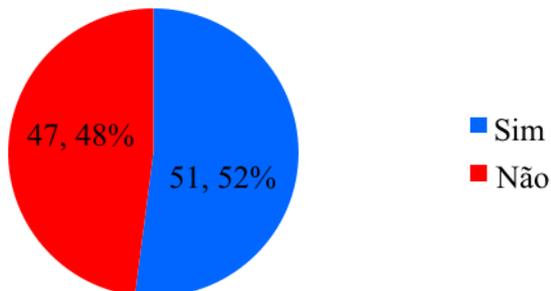


Figura 11 – Distribuição de participantes com relato experiência de rua (N=98)



Em relação ao consumo de drogas, as figuras 12,13 e 14 evidenciam que os jovens começaram a utilizar drogas no início da adolescência — em média, com 12,7 anos, mediana de 13 anos e desvio-padrão de 1,6 ano. Entre as drogas utilizadas, priorizaram a maconha, o álcool e o tabaco. Esse resultado pode representar a maior facilidade de acesso a esses três tipos de droga, sendo que o álcool e o tabaco possuem venda legalizada, ainda que não para a faixa etária em questão. Nota-se que o N=704, superior à amostra estudada, deve-se à utilização de múltiplas drogas pelos adolescentes, acarretando a marcação de mais de um tipo de substância na compilação dos dados.

Figura 12 – Idade da primeira experiência com drogas (N=224)

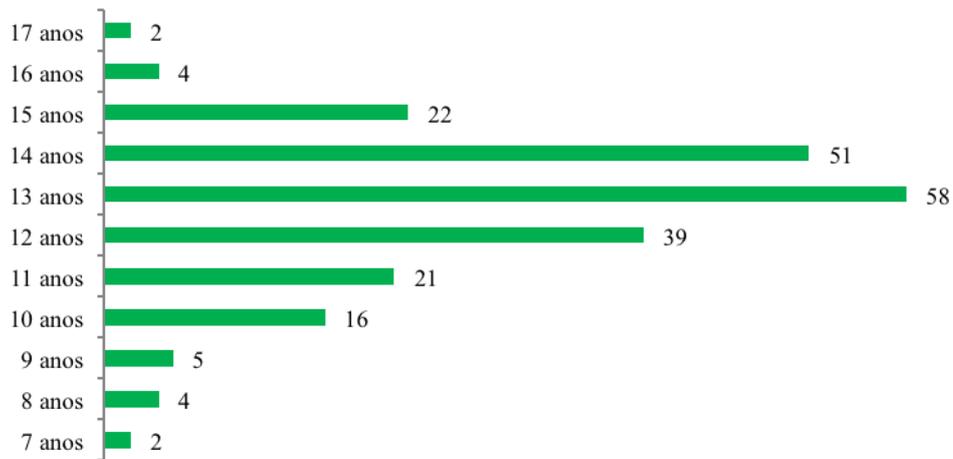


Figura 13 – Idade média de acesso às drogas, segundo tipo de droga (N=130)

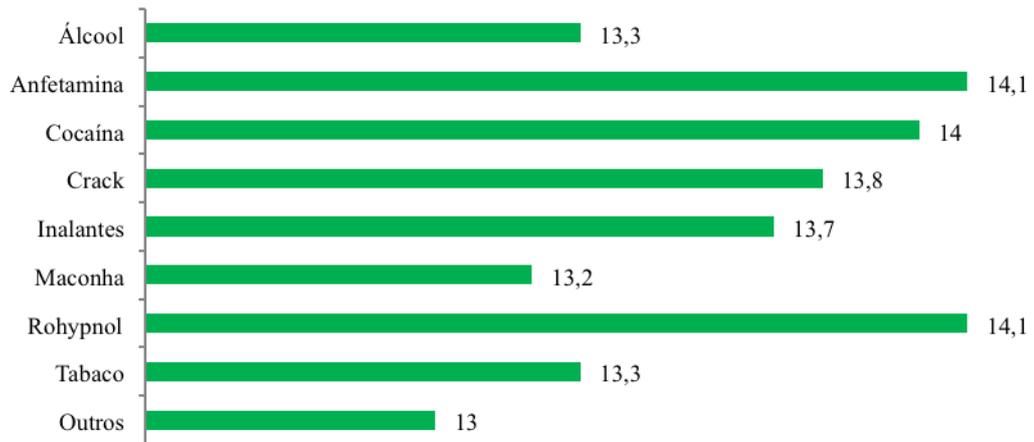
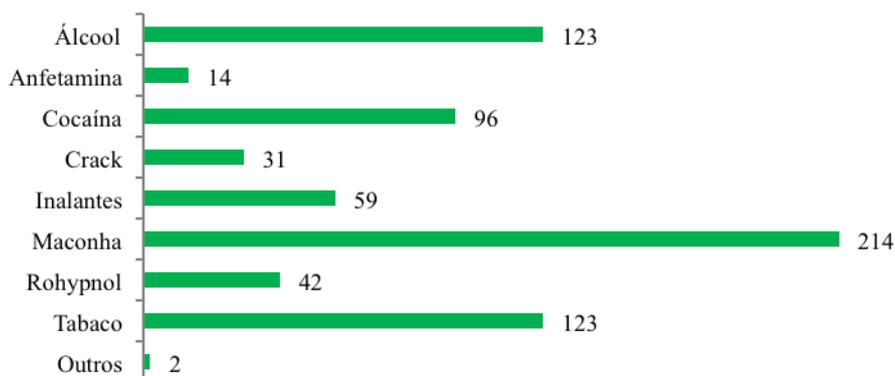


Figura 14 – Número de adolescentes usuários, segundo tipo de droga (N=704)



As figuras 15, 16 e 17 mostram que praticamente metade da amostra (51%) nunca cometeu ato infracional. Entre os que cometeram, o menor percentual foi de homicídios (3%), sendo que roubos ou furtos responderam por 18% dos casos. A seleção dos atos infracionais para a pesquisa deu-se a partir de um levantamento realizado pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT) em 2011, em que se constataram como atos infracionais mais comuns o roubo, o tráfico de drogas e o furto. O homicídio foi incluído para análise da relação entre o uso de drogas e as infrações contra a vida. Qualitativamente, na categoria outros, incluem-se desacato, porte de armas, porte e uso de drogas e agressão, segundo os relatos nos prontuários e nas fichas de pronto atendimento.

Ainda, 60% da amostra já cumpriu uma medida socioeducativa e 20% nunca cumpriu nenhuma. Entre essas medidas, a que teve maior número de indicação foi a liberdade assistida (11%), seguida pela prestação de serviços à comunidade (7%).

Figura 15 – Percentual de adolescentes conforme envolvimento em ato infracional (N=214)

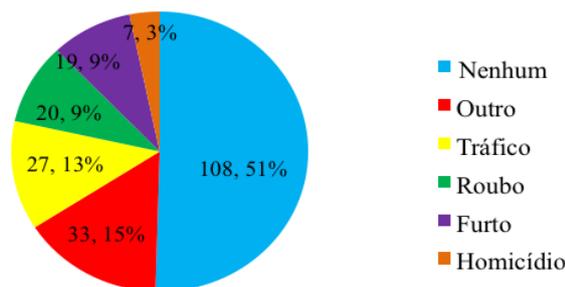


Figura 16 – Distribuição de participantes por número de medidas socioeducativas cumpridas (N=15)

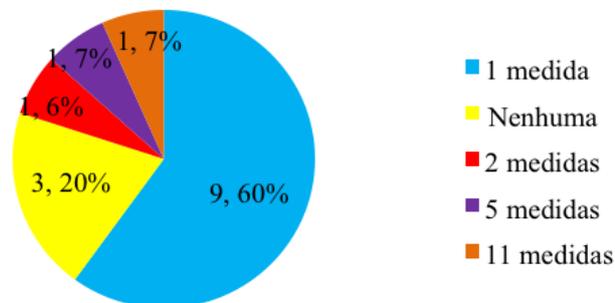
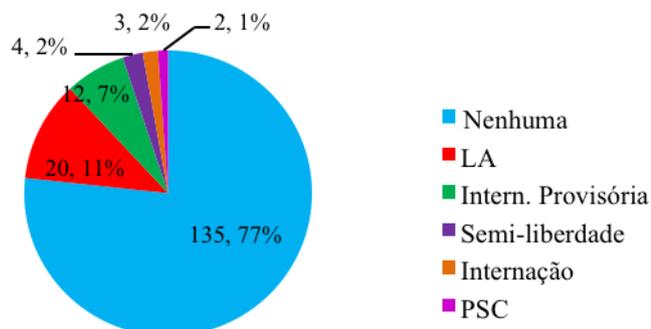


Figura 17 – Percentual do tipo de medida socioeducativa cumprida pelos participantes (N=176)



As figuras 18 e 19 mostram a frequência de comparecimento desses jovens ao serviço. A maior parte (68%) havia comparecido a até cinco consultas, sendo que o número de adolescentes diminuiu gradativamente quando se aumentou o número de consultas. Quanto às faltas, a maioria (57%) tinha uma falta e, basicamente, os outros jovens tinham de duas a cinco faltas. A abstenção foi de 4%.

Figura 18 – Número de consultas no serviço (N=263)

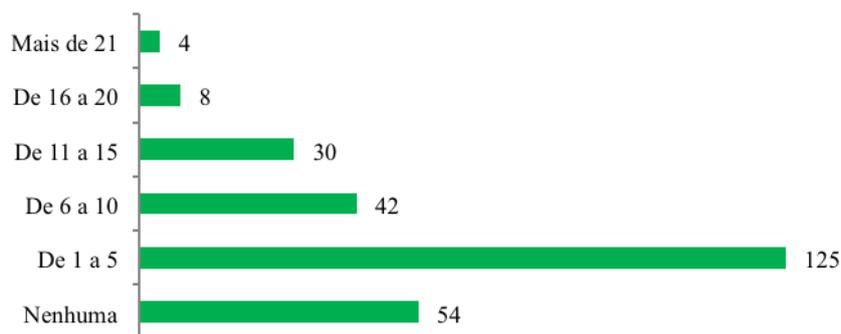
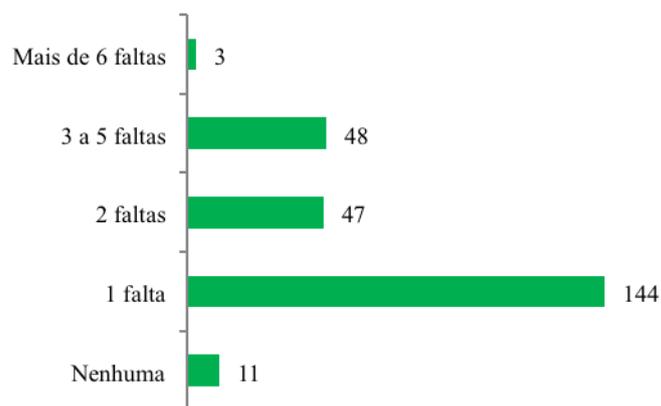


Figura 19 – Número de faltas no serviço (N=253)

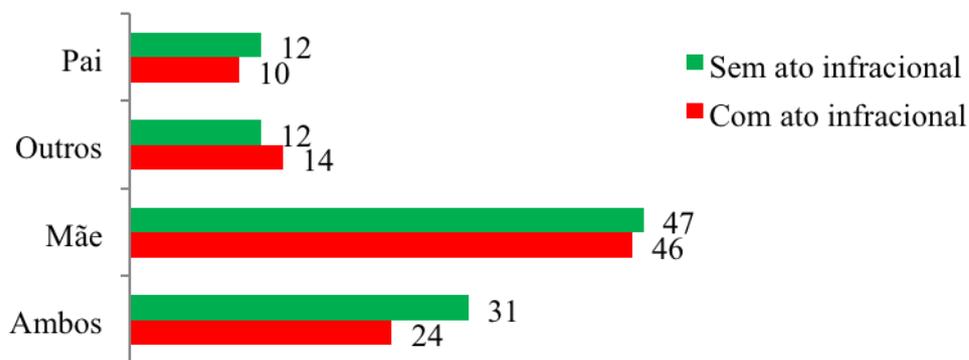


4.2 Relações estatísticas

A maior parte dos adolescentes morava com a mãe ou com a mãe e o pai (72%). Ainda, 49% desses adolescentes já haviam cometido atos infracionais. Procurou-se verificar se havia relação entre a pessoa com quem o adolescente morava e a prática de ato infracional. Para tal, foi utilizado o qui-quadrado, um teste estatístico de hipóteses que busca encontrar um valor de dispersão para duas variáveis nominais, avaliando a associação entre variáveis qualitativas. O p-valor do teste foi de 0,82, ou seja, maior que 0,05, que é o nível de significância adotado neste estudo, o que quer dizer que não há relação estatisticamente provada entre as duas variáveis apresentadas para a amostra em questão. A figura 20 projeta essa relação e permite verificar que a maior diferença entre a prática, ou não, de atos

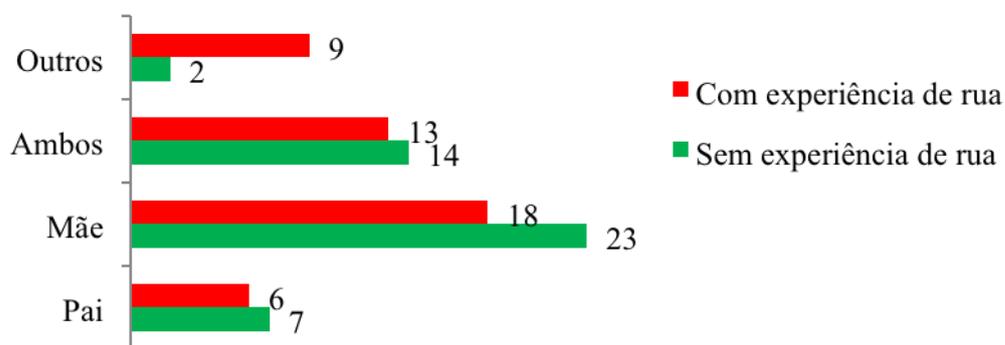
infracionais ocorreu entre os adolescentes que moravam com pai e mãe. Mas, ainda assim, não se obteve significância estatística.

Figura 20 – Pessoas com quem o adolescente reside x prática de ato infracional (N=196)



Outro aspecto analisado foi a experiência de rua do adolescente. Observamos que a maioria (52%) já teve essa experiência. Buscou-se verificar, novamente, se havia relação entre essa variável e as pessoas com quem o adolescente residia, conforme a figura 21. O p-valor do teste qui-quadrado foi de 0,15, o que revela que não há relação estatisticamente significativa entre essas variáveis. Apesar de os dados não se mostrarem significantes, o que poderia, eventualmente, ser demonstrado numa amostra maior, há uma relação interessante: quem residia com o pai, com a mãe, ou com ambos, estava menos propenso a ter experiência de rua do que quem residia com outras pessoas.

Figura 21 – Pessoas com quem o adolescente reside x experiência de rua (N=92)



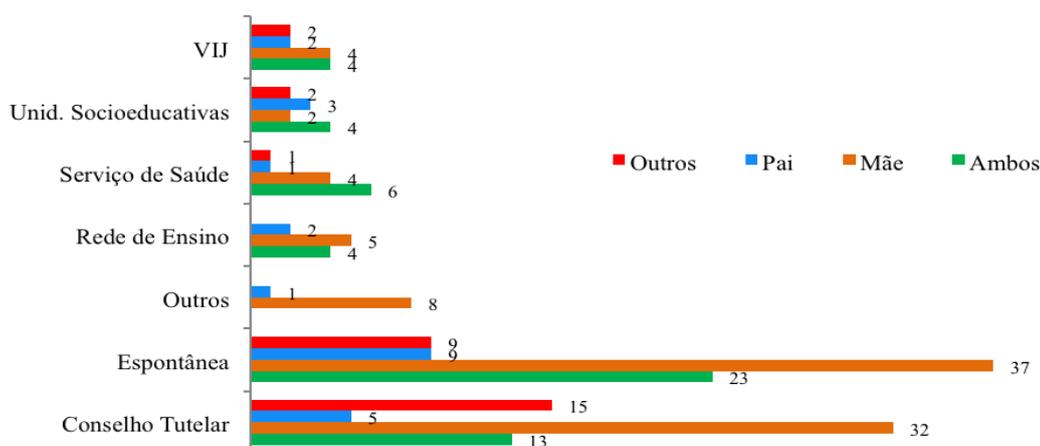
Analisando a idade dos adolescentes em relação ao encaminhamento ao CAPS, na tabela 4, nota-se que, apesar de próximas, a menor média de idade dos encaminhados ocorreu quando eles vieram via rede de ensino. Por outro lado, a maior média de idade foi quando eles vieram de unidades socioeducativas e outros.

Tabela 4 – Origem da procura pelo CAPS x idade (N=225)

Idade	Responsável pelo encaminhamento							Total
	Conselho tutelar	Procura espontânea	Outros	Rede de ensino	Serviço de saúde	Unidades socioeducativas	VIJ	
8 anos	0	1	0	0	0	0	0	1
11 anos	0	0	0	1	1	0	0	2
12 anos	0	1	0	1	0	0	0	2
13 anos	6	7	0	0	0	0	0	13
14 anos	11	7	1	4	2	0	2	27
15 anos	25	18	1	2	3	1	3	53
16 anos	15	17	1	3	5	4	2	47
17 anos	16	31	4	1	4	4	1	61
18 anos	4	6	2	1	0	2	4	19
Total	77	88	9	13	15	11	12	225
Idade média	15,7	15,9	16,8	15,0	15,6	16,8	16,5	15,9

Nota-se, na figura 22, que quem morava com ambos os pais, só com o pai, ou só com a mãe tendia a procurar o CAPS de maneira espontânea. Quem morava com outras pessoas tendia a ir ao CAPS via conselho tutelar.

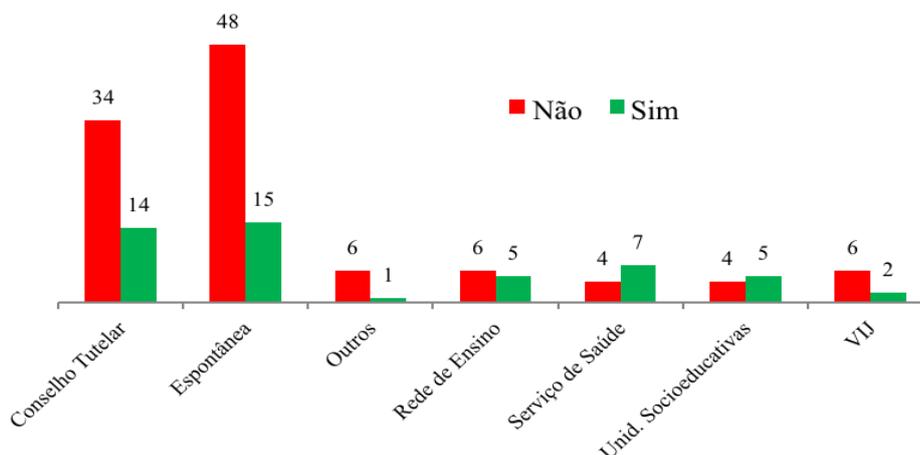
Figura 22 – Origem da procura pelo CAPS x pessoas com quem o adolescente reside (N=198)



A figura 23 mostra a tendência de que, independente da origem de procura ao CAPS, a maioria dos adolescentes não fazia acompanhamento de saúde, à exceção dos oriundos do

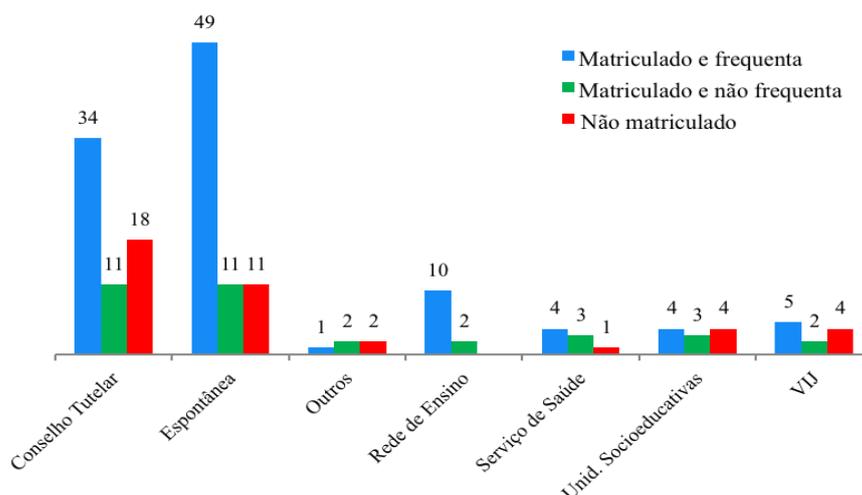
serviço de saúde e das unidades socioeducativas, situação em que o número de jovens que fazia acompanhamento superou o número dos que não faziam.

Figura 23 – Origem da procura pelo CAPS x acompanhamento de saúde (N=157)



A figura 24 evidencia que a maioria dos adolescentes que procurou o CAPS via conselho tutelar, de forma espontânea ou via rede de ensino, estava matriculada e frequentava a escola. Porém, quando os jovens vieram ao CAPS via unidades socioeducativas, vara da infância e juventude e outros meios, o número de matriculados que não frequentavam a escola, ou de não matriculados, superou o número de alunos matriculados.

Figura 24 – Origem da procura pelo CAPS x situação escolar (N=181)



Nota-se, pela tabela 5, que a maioria dos adolescentes que não cometeu ato infracional estava matriculada e frequentava a escola (73%). Quanto à infração “roubo”, a maioria que

cometeu não estava matriculada (47%). Em relação ao tráfico, grande parte dos que cometeram (42%) estavam matriculados e frequentavam a escola.

Tabela 5 – Prática de ato infracional x situação escolar (N=174)

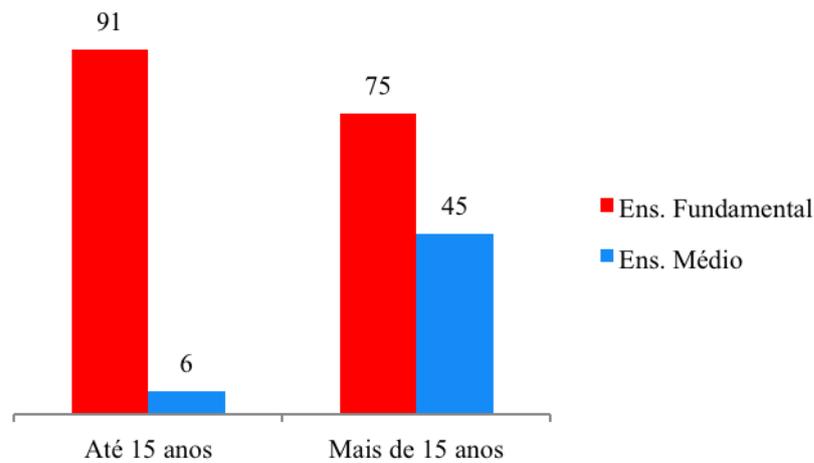
Ato infracional	Situação escolar			
	Matriculado e frequente	Matriculado e não frequente	Não matriculado	Total
Nenhum	66 (73%)	14 (15%)	2 (12%)	91 (100%)
Furto	7 (50%)	4 (29%)	3 (21%)	14 (100%)
Homicídio	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)	4 (100%)
Outro	10 (34%)	5 (17%)	14 (48%)	29 (100%)
Roubo	7 (41%)	2 (12%)	8 (47%)	17 (100%)
Tráfico	8 (42%)	5 (26%)	6 (32%)	19 (100%)
TOTAL	100 (57%)	32 (18%)	42 (24%)	174 (100%)

Observa-se, na tabela 6, que a maioria dos alunos cursava o ensino fundamental, sendo que a média de idade dos adolescentes nesse nível foi de 15,3 anos. Quanto ao ensino médio, a idade média foi de 16,7 anos. A análise da figura 25, utilizando o teste do qui-quadrado, evidencia que a idade relaciona-se estatisticamente com a série escolar para essa amostra (p-valor < 0,0001).

Tabela 6 – Ano escolar x idade (N=217)

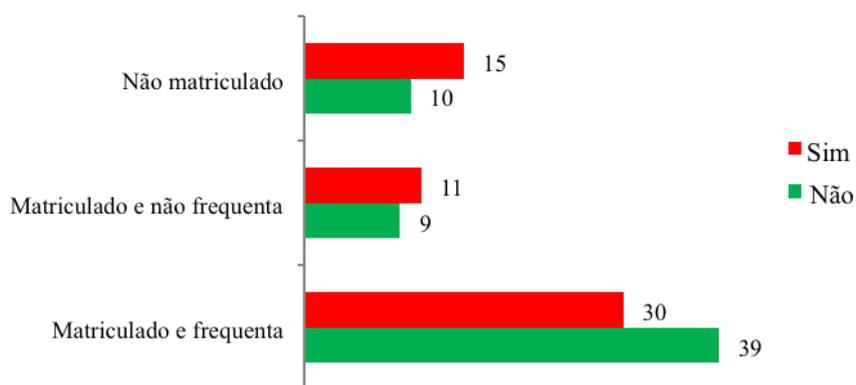
Série	Idade									
	8	11	12	13	14	15	16	17	18	Total
3º ano fundamental	1	1	0	0	0	0	2	2	0	6
4º ano fundamental	0	0	0	1	1	0	0	0	1	3
5º ano fundamental	0	0	2	5	3	5	1	2	1	19
6º ano fundamental	0	0	0	5	7	7	12	6	3	40
7º ano fundamental	0	0	0	3	5	16	4	4	2	34
8º ano fundamental	0	0	0	0	6	13	8	7	2	36
9º ano fundamental	0	0	0	1	3	6	5	11	2	28
Total – Ensino Fundamental	1	1	2	15	25	47	32	32	11	166
1º ano do ensino médio	0	0	0	0	0	6	10	16	5	37
2º ano do ensino médio	0	0	0	0	0	0	1	7	3	11
3º ano do ensino médio	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3
Total – Ensino Médio	0	0	0	0	0	6	11	25	9	51
TOTAL	1	1	2	15	25	53	43	57	20	217

Figura 25 – Ano escolar x idade (N=217)



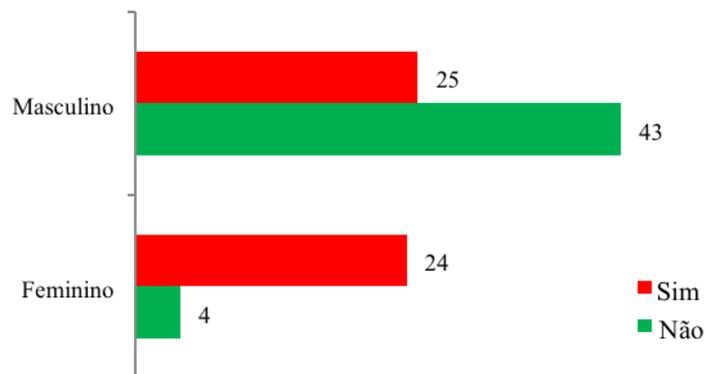
A figura 26 sugere que os alunos que não estavam matriculados na escola, ou estavam matriculados sem frequentar, tendiam a já terem vivenciado experiência de rua, posto que a maioria dos alunos matriculados que frequentava a escola não tendiam a tal experiência. Apesar da evidência, esse resultado não foi estatisticamente significativo para essa amostra, obtendo um p-valor de 0,22 no teste do qui-quadrado. Um aumento da amostra poderia fornecer conclusões significantes.

Figura 26 – Situação escolar x experiência de rua (N=114)



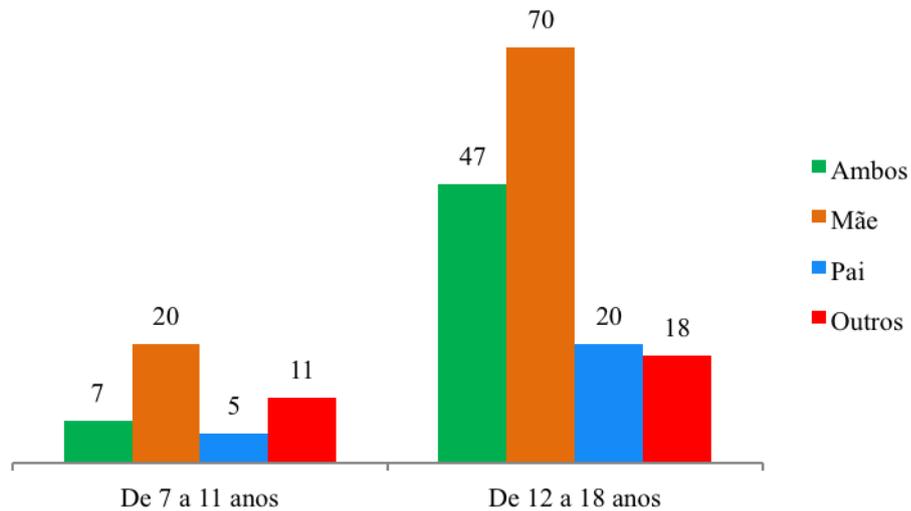
Observa-se, na figura 27, que as mulheres estavam mais propensas a terem experiência de rua do que os homens. Tal resultado foi estatisticamente significativo nessa amostra, com p-valor < 0,001 no teste qui-quadrado.

Figura 27 – Sexo x experiência de rua (N=96)



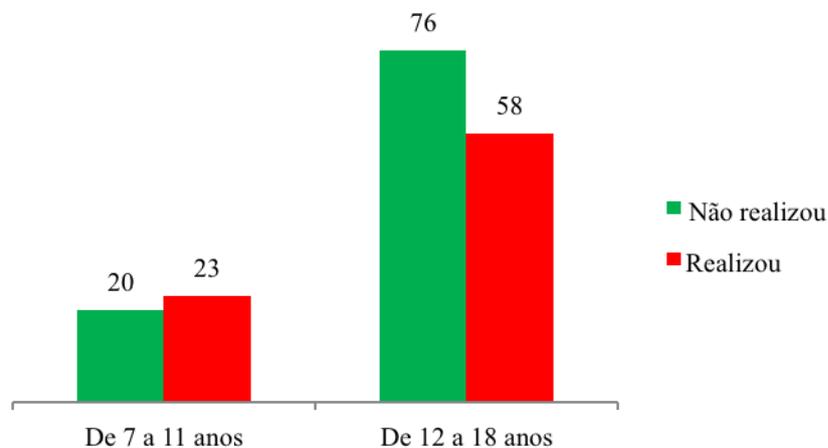
Na figura 28, nota-se que, entre os que começaram a usar drogas na infância (dos 7 aos 11 anos), a maioria morava com a mãe, seguida por outros. Quanto aos adolescentes, a maioria morava com a mãe, seguida por ambos, depois com o pai e, por último, outros. Assim, o gráfico sugere que morar com outros na infância predispõe ao início precoce do uso de drogas. Aplicando-se o teste do qui-quadrado, obteve-se um p-valor de 0,01, ou seja, fica provado estatisticamente, para essa amostra, que há relação entre idade em que se começou a usar drogas e pessoas com quem o jovem morava. Tem-se, ainda, que a idade média de acesso às drogas foi de 12 anos para quem morava com outros, 12,7 anos para quem morava com a mãe, 12,8 anos para quem morava com ambos e 13 anos para quem morava com o pai.

Figura 28 – Pessoas com quem o adolescente reside x idade de início do uso de drogas (N=198)



Na figura 29, vê-se que, dos jovens que começaram a usar drogas na infância, a maioria já praticou algum ato infracional. Já entre os que iniciaram o uso de drogas na adolescência, a maioria não cometeu ato infracional. Usar drogas na infância parece predispor ao cometimento de atos infracionais, porém, analisando os dados via teste do qui-quadrado, encontrou-se um p-valor de 0,24, o que não confere significância estatística ao resultado para essa amostra. Ressalta-se, no entanto, que um aumento da amostra poderia conduzir à significância estatística, dado o baixo p-valor.

Figura 29 – Prática de ato infracional x idade de início do uso de drogas (N=177)



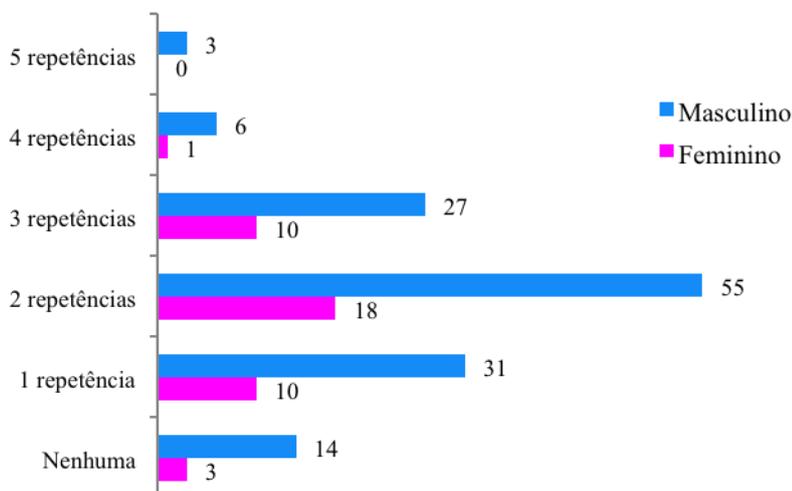
Na tabela 7, percebe-se que, quanto maior o número de repetências, menor a idade média de início do uso de drogas. Os adolescentes que iniciaram o uso de drogas mais novos tenderam a apresentar um índice de repetência maior. No entanto, o método utilizado para a geração dos dados não permite observar se as repetências foram anteriores ou posteriores ao início do uso de drogas. Dessa forma, os dados podem indicar que um maior número de repetências representa risco para o início precoce do uso de drogas.

Tabela 7 – Idade média de início do uso de drogas por número de repetências (N=158)

Número de repetências	Idade média
Nenhuma	13,8
Uma	13,6
Duas	12,7
Três	12,6
Quatro	12,6
Cinco	12,5

Nota-se, na figura 30, que a proporção de homens e mulheres com repetência escolar parece se manter ao longo das classes de número de repetências, fato corroborado pelas médias de reprovação por sexo: para homens, média de 2 reprovações e, para mulheres, média de 1,9 reprovação.

Figura 30 – Número de repetências x sexo (N=178)



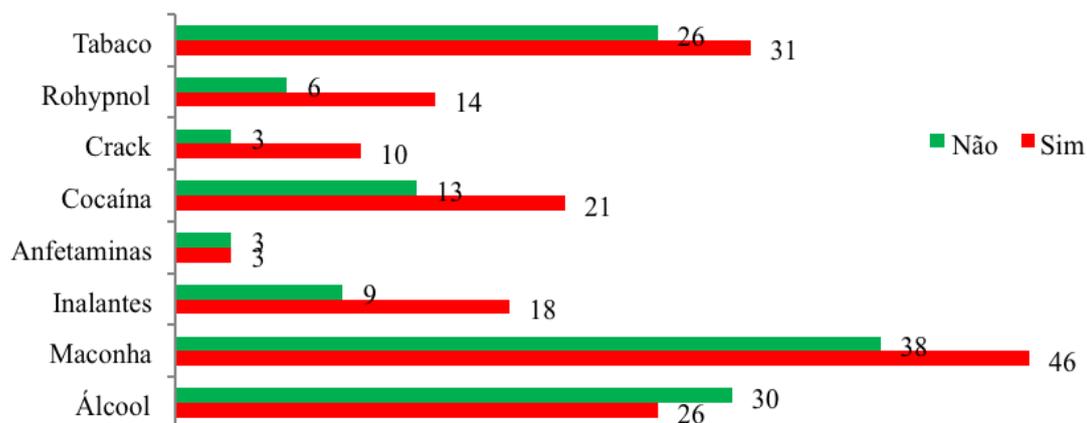
A tabela 8 ordena de forma crescente o número de consultas por adolescente para cada local de moradia. Nota-se que os usuários residentes no Lago Sul, Cruzeiro e Núcleo Bandeirante apresentam o maior número de consultas por adolescente.

Tabela 8 – Número de consultas x local de residência (N=256)

Local de moradia	Consultas	Total de adolescentes	Consulta/Adolescente
LAGO SUL	48	3	16,0
CRUZEIRO	51	5	10,2
NÚCLEO BANDEIRANTE	8	1	8,0
SÃO SEBASTIÃO	119	16	7,4
BRAZLÂNDIA	42	7	6,0
BRASÍLIA	94	17	5,5
RIACHO FUNDO	33	6	5,5
GUARÁ	71	13	5,5
RECANTO DAS EMAS	71	13	5,5
PARANOÁ	118	22	5,4
SOBRADINHO	173	36	4,8
SANTA MARIA	57	13	4,4
RIDE	122	29	4,2
PLANALTINA	53	14	3,8
GAMA	68	18	3,8
TAGUATINGA	15	4	3,8
ITAPOÃ	9	3	3,0
CEILÂNDIA	42	14	3,0
SAMAMBAIA	33	11	3,0
VARJÃO	8	3	2,7
ÁGUAS CLARAS	5	2	2,5
CANDANGOLÂNDIA	2	3	0,7
LAGO NORTE	1	3	0,3
TOTAL	1.243	256	4,9

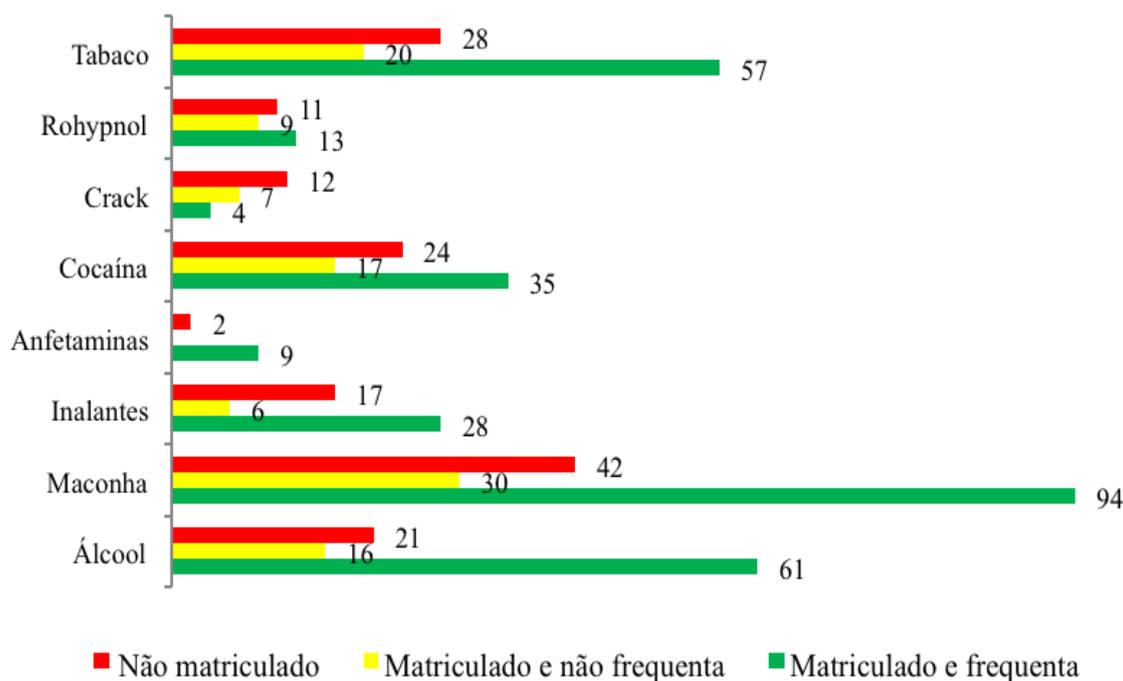
Da figura 31, depreende-se que a droga que possui mais usuários sem experiência de rua é o álcool. Com o uso de todas as outras drogas, a maioria dos usuários já teve experiência de rua.

Figura 31 – Tipo de droga x experiência de rua (N=297)



Na figura 32, o uso de todas as drogas parece condicionar o mesmo padrão de matrícula e frequência à escola. A maioria estava matriculada e frequentava a escola, seguida por não matriculados e, finalmente, matriculados que não frequentavam. A exceção se configura quando há uso de crack, caso em que o número de não matriculados supera o de matriculados que não frequentavam a escola, que, por sua vez, supera o de matriculados que frequentavam.

Figura 32 – Tipo de droga x situação escolar (N=563)



Da tabela 9, depreende-se que, à exceção dos que não cometeram nenhum ato infracional, as maiores predisposições dos usuários de drogas em relação aos atos infracionais são: álcool e outros atos (16%); maconha e outros atos (16%); inalantes e outros atos (19%); anfetaminas e roubo (30%); cocaína e tráfico (22%); crack e outros atos (25%); rohypnol e outros atos (24%); tabaco e outros atos (19%).

Tabela 9 – Tipo de droga x ato infracional (N=612)

Substância	Ato infracional						Total
	Furto	Homicídio	Nenhum	Outro	Roubo	Tráfico	
Álcool	11 (11%)	3 (3%)	50 (48%)	17 (16%)	8 (8%)	14 (14%)	103 (100%)
Maconha	14 (8%)	6 (3%)	90 (49%)	30 (16%)	19 (10%)	25 (14%)	184 (100%)
Inalantes	5 (10%)	2 (4%)	23 (44%)	10 (19%)	8 (15%)	4 (8%)	52 (100%)
Anfetaminas	1 (10%)	1 (10%)	3 (30%)	1 (10%)	3 (30%)	1 (10%)	10 (100%)
Cocaína	6 (7%)	3 (4%)	31 (37%)	15 (18%)	10 (12%)	18 (22%)	83 (100%)
Crack	3 (11%)	3 (11%)	6 (21%)	7 (25%)	4 (14%)	5 (18%)	28 (100%)
Rohypnol	4 (10%)	2 (5%)	11 (27%)	10 (24%)	7 (17%)	7 (17%)	41 (100%)
Tabaco	11 (10%)	2 (1%)	52 (47%)	21 (19%)	12 (11%)	13 (12%)	111 (100%)
Total	55 (9%)	22 (4%)	266 (43%)	111 (18%)	71 (12%)	87 (14%)	612 (100%)

Vê-se, na tabela 10, que 35% dos jovens que residiam com ambos os pais compareceram de duas a cinco consultas. Dos que residiam só com a mãe, 41% compareceram de duas a cinco consultas. Dos que residiam com outros, 28% não foram a nenhuma consulta. Dos que residiam com o pai, 43% compareceram de 2 a 5 consultas. Nota-se, portanto, a maior propensão de jovens que moravam com os pais a comparecerem às consultas.

Tabela 10 – Quantidade de consultas x pessoas com quem o adolescente reside (N=230)

Quantidade de consultas	Reside com				Total
	Ambos	Mãe	Outros	Pai	
Nenhuma	7 (11%)	20 (19%)	10 (28%)	8 (29%)	45 (20%)
1	9 (15%)	10 (10%)	7 (19%)	1 (4%)	27 (12%)
2 a 5	22 (35%)	43 (41%)	7 (19%)	12 (43%)	84 (37%)
6 a 10	12 (19%)	17 (16%)	6 (17%)	2 (7%)	37 (16%)
11 a 15	10 (16%)	10 (10%)	4 (11%)	3 (11%)	27 (12%)
16 a 20	1 (2%)	2 (2%)	1 (3%)	1 (4%)	5 (2%)
Mais de 20	1 (2%)	2 (2%)	1 (3%)	1 (4%)	5 (2%)
TOTAL	62 (100%)	104 (100%)	36 (100%)	28 (100%)	230 (100%)

Da tabela 11, observa-se que as origens de encaminhamento tendem a ter comparecimento majoritário de duas a cinco consultas, à exceção do encaminhamento por unidades socioeducativas, caso em que a maioria de jovens não compareceu a nenhuma consulta.

Tabela 11 – Número de consultas x origem do encaminhamento (N=226)

Quantidade de consultas	Origem do encaminhamento							Total
	Conselho tutelar	Procura espontânea	Outros	Rede de ensino	Serviço de saúde	Unidades socioeducativas	VIJ	
Nenhuma	18	17	1	3	2	4	1	46
1	13	8	1	1	2	3	1	29
2 a 5	26	35	6	4	4	3	4	82
6 a 10	13	11	1	4	2	1	3	9
11 a 15	5	11	0	1	3	1	1	22
16 a 20	2	5	0	0	0	0	1	8
Mais de 20	1	1	0	0	1	0	1	4
TOTAL	78	88	9	13	14	12	12	226

A tabela 12 mostra quantos adolescentes não usam, ou usam um ou mais de um tipo de droga. Como dito anteriormente, a maioria (51%) não referiu o uso de droga ou essa informação não constava nos prontuários, sendo que 22% fazem uso de mais de um tipo de droga.

Tabela 12 – Quantidade de drogas e usuários (N=264)

Quantidade	Adolescentes	%
Nenhuma	134	51%
Uma	71	27%
Duas	40	15%
Três	9	3%
Quatro	7	3%
Cinco	3	1%
Seis	0	0%
Sete	0	0%
Oito	0	0%

**PARTE IV – PROBLEMATIZAÇÕES: DesCAPSulando
ADOLESCENTES**

5 Dos números aos fatos: o impacto dos resultados na construção do Projeto Terapêutico Institucional do CAPS adi Brasília

O objetivo de toda terapia é chegar a um ponto em que se cessa a relação profissional, porque o viver e a vida do paciente “assumem o comando”.
Winnicott

Implantado em janeiro de 2013, o CAPS adi Brasília foi o primeiro serviço exclusivo voltado para a atenção integral de crianças e adolescentes em situação de uso de drogas, assim como de seus familiares, no DF. Embora tenha permanecido de janeiro a meados de setembro com atendimento ambulatorial, seu funcionamento representou o redirecionamento da assistência a essa população por meio da numerosa e polifônica equipe, assim como a aproximação da rede e construção de novos fluxos. Em dezembro de 2013, o serviço contava com 427 prontuários ativos e 232 fichas de pronto atendimento em seu banco de dados, totalizando 659 unidades de registro de usuários em acompanhamento.

O acolhimento é a porta de entrada no serviço e, conforme preconizado pela Política de Humanização do SUS, expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, uma atitude de inclusão. É uma das diretrizes de maior relevância ética, estética e política do referido documento e pretende evitar a “anestesia” da escuta, por vezes adotada como defesa pelos profissionais de saúde, com a humanização do atendimento; a garantia de acesso a todas as pessoas; e a escuta qualificada, dando ao usuário sempre uma resposta positiva e que o responsabiliza com a resolução do seu problema e a construção de vínculo.

Qualquer pessoa que chega ao CAPS adi Brasília e solicita ajuda é acolhida por uma dupla de profissionais de saúde de diferentes áreas. Após o acolhimento e a avaliação do quadro apresentado, são feitas as orientações necessárias, é dado o encaminhamento implicado — referenciando o usuário ao serviço que melhor o atenderá —, ou prossegue-se com o acompanhamento no serviço.

No CAPS adi Brasília, assim como no Subcolegiado AD do DF,²⁹ a discussão sobre esse momento salutar de encontro entre a demanda dos usuários e a disponibilidade dos

²⁹ O Subcolegiado AD é composto por todos os gestores de unidades destinadas a atender pessoas com necessidades decorrentes de uso de álcool e outras drogas do DF (CAPS ad, CAPS adi, Unidade de Acolhimento), assim como servidores e membros externos convidados. É coordenado por um membro da

serviços foi extensa. Como resultado, geraram-se modificações na ficha elaborada para a coleta de informações acerca da situação do usuário e de sua família no momento de acolhimento, de forma a “liberar” a escuta do profissional para dar atenção aos apelos dos que ali pedem ajuda, sem menosprezar a avaliação situacional como indicativa de condutas.

Tendo em vista que a coleta de dados neste estudo foi orientada pelas informações constantes na primeira ficha de acolhimento, sem as alterações acima citadas, percebemos que o número de variáveis abordadas nesse contato inicial era excessivo. Embora a orientação fosse privilegiar o vínculo e a escuta, a ficha funcionava como um “escudo” do profissional para lidar com as próprias angústias no encontro com o sofrimento do outro. Podemos depreender inclusive que, seja pela especificidade do momento do acolhimento, seja pela extensão dos dados analisados, seja ainda pela característica de cada profissional, muitas das variáveis pesquisadas aqui encontram baixo índice de resposta — por exemplo, as perguntas “quantas medidas socioeducativas já cumpriu?” (N=15), “tem filhos?” (N=16) e “já teve experiência de rua?” (N=98) —, dificultando a análise desses elementos.

Salientadas a relevância e as limitações do acolhimento, utilizamos como estratégia complementar para a coleta das informações aqui analisadas a evolução feita pelo profissional ao final de cada atendimento ao adolescente e/ou sua família. As pesquisas com base em dados produzidos por anotações em prontuário, embora numerosas no campo da saúde, ainda não têm sua validade e fidedignidade amplamente testadas (Sarmiento et al., 2011), tanto pelo caráter recente do interesse dos pesquisadores por esse documento-fonte quanto pela qualidade na produção de dados.

Vale ressaltar que as fichas de pronto atendimento representam, em sua maioria, usuários que compareceram ao serviço apenas para o acolhimento, não retornando mesmo depois de realizada a busca ativa, o que pode ter acarretado a redução do N na avaliação de alguns itens.

A amostra analisada nos prontuários e nas fichas de pronto atendimento é composta de adolescentes entre 14 e 17 anos, sendo a maioria (74%) do sexo masculino. A população de adolescentes de ambos os sexos no DF, comparativa e independentemente, está na faixa de 15 a 19 anos (Codeplan, 2012). A variável “sexo” é apontada como fator de risco para o primeiro consumo de drogas (Noto, Sanchez & Moura, 2011): a população de sexo masculino é mais vulnerável, o que pode justificar o maior índice de usuários desse sexo atendidos no serviço.

Esse achado vai ao encontro das postulações psicanalíticas que descrevem como mais comuns os comportamentos externalizantes na população masculina, conforme referido por Nasio:

As pulsões dos meninos orientam-se espontaneamente para o exterior, num movimento centrífugo. Nas meninas, em contrapartida, a principal tendência pulsional que marca seus comportamentos de crise é a propensão a retrair-se e encerrar-se em si mesmas: o tropismo pulsional é, nesse caso, centrípeto (2011, p. 61).

Assim, Nasio (2011) sugere que, diante do sofrimento, os meninos se expõem ao perigo, apresentam comportamentos por vezes explosivos, prenhes de agressividade. Esses comportamentos tendem a incomodar e alarmar as famílias e as instituições, como a escola, o que pode refletir na maior procura de ajuda profissional para usuários do sexo masculino.

Além disso, tendo em vista que 35% dos usuários do CAPS adi procuraram o serviço por meio de encaminhamento dos conselhos tutelares — por requisição de serviço público com vistas a acompanhamento de medida protetiva —, é comum que a “inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento para alcoólatras e toxicômanos” seja acompanhada de decisão judicial como resposta a atos infracionais, em especial ao tráfico. No DF, em 2011, o envolvimento em atos infracionais era mais comum na população do sexo masculino (86,7%), sendo o ato infracional de tráfico o segundo mais prevalente (15,9%) (MPDFT, 2011). O tratamento como resposta ao envolvimento com drogas pode representar a consideração devida do tráfico como forma de exploração de trabalho infantil, assim como representar a mudança de olhar para os adolescentes em situação de uso de drogas no contexto da justiça.

É importante salientar que os próprios adolescentes declararam, em pesquisa realizada pelo MPDFT em 2011, o porte e o uso de drogas como atos infracionais, indicando a abordagem controversa do tema nos termos de necessidade de tutela ou de proteção. Depreende-se daí que, entre a amostra pesquisada pelo MPDFT, os adolescentes em situação de uso de drogas reconheciam-se como infratores.

Sobre a relação entre o uso de drogas e a criminalidade, Xavier pontua que,

no caso do usuário de drogas, não sabemos qual o delito implícito para que ele seja tratado como criminoso. [...] O problema da questão das drogas está muito mais na criminalização e na penalização do que no efeito que as substâncias causam no organismo do usuário. [...] Com a lei nova, a decisão sobre se o indivíduo é usuário ou traficante vai caber a um policial ou a um juiz e não a um profissional mais capacitado para fazer esse tipo de diferenciação. Essa mudança para uma legislação tão ambígua está aumentando muito a indevida penalização dos usuários. É preciso ter discernimento para diferenciar o usuário do dependente e do traficante, caso contrário, acabamos excluindo o simples consumidor, taxando-o de bandido ou de doente mental (2013, p. 79-80).

A aplicação da medida de tratamento pode também assumir essa indiferenciação e ambiguidade. São encaminhados para tratamento no CAPS adi os adolescentes “pegos” por porte, uso ou tráfico. É preciso salientar que, no contexto do uso ocasional da maconha, droga de uso prevalente neste estudo, por exemplo, mais de 90% nunca vão se tornar dependentes, independentemente de terem passado por tratamento (Xavier, 2013).

O encaminhamento para o CAPS adi, embora nos dê a oportunidade de reorientar as ações para o fluxo recomendado a cada caso, corrobora a visão de que, estando o adolescente envolvido com drogas, o serviço que deve atendê-lo é o CAPS ad. As variáveis sociais, culturais e ambientais são negligenciadas nessa lógica unilateral drogas-saúde mental. Costumamos expor no serviço que, se alguém faz menção à palavra “droga”, nem que seja na frase “Minha vida é uma droga!”, o restante do contexto é apagado imediatamente, sendo o CAPS adi seu destino certo. A desconstrução dessa demanda e o redirecionamento aos demais serviços socioassistenciais são realizados no cotidiano do serviço por meio do acolhimento e do trabalho com outros dispositivos da rede.

A implicação de outros serviços da rede assistencial, com olhar ampliado para as necessidades do adolescente, ensejará a melhoria da qualidade de vida dele e de sua família. A droga não pode tomar o lugar de seus usuários. Como afirmam Olievenstein e Parada (2005), a droga é uma substância inerte e inócua, portanto, a atenção deve ser sempre dirigida ao sujeito que a usa, seu contexto e a interação entre eles — droga, sujeito e situação.

A medida de proteção também é aplicada diante de situações de violação de direitos, por ação ou omissão do Estado; por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável; e em razão de sua conduta.³⁰ Tais fatores também são considerados de risco, salientando-se os problemas relativos ao ambiente familiar; à reprovação ou ao baixo rendimento escolar; à violência doméstica e ao abuso sexual na infância (Outeiral, 1994; Niel, Moreira & Silveira, 2009; Noto, Sanchez & Moura, 2011; Scivoletto, 2011). O alto índice de encaminhamentos via conselho tutelar parece representar a soma de vários desses fatores de risco. O envolvimento com drogas na adolescência parece considerado situação de vulnerabilidade.

Ainda no tocante à procura por atendimento do CAPS adi Brasília, a demanda espontânea foi a mais declarada na amostra estudada, chegando a 38%. Esse dado não necessariamente significa que o próprio adolescente tenha solicitado ajuda ao serviço. A informação pode ter sido declarada por seus familiares ou responsáveis, que podem ser atendidos independentemente da vinculação do usuário ao serviço. Não há critério definido

³⁰ Conforme o artigo 98 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

em equipe para caracterizar o motivo da procura como espontânea, o que pode ocasionar distorções na interpretação desse dado.

Além disso, adolescentes encaminhados por unidades socioeducativas de internação podem ter sua demanda considerada espontânea caso o adolescente declare no atendimento que o solicitou à sua equipe técnica de referência. Esse fato pode ter acarretado, inclusive, a subnotificação dos encaminhamentos por unidades socioeducativas (5%).

Segundo Scivoletto, “para muitos adolescentes, é difícil aceitar a ideia de que a droga faz mal, pois é através dela que se relacionam, ou seja, a droga é o meio de que se utilizam para pertencer a alguma coisa” (2011, p. 87). Não é incomum que os familiares e responsáveis procurem e frequentem o CAPS adi Brasília sem a adesão do adolescente à proposta de tratamento, pois as pessoas mais próximas tendem a notar e compreender o prejuízo antes do adolescente. A confusão entre uso, dependência e criminalidade, somada à campanha do medo veiculada pela mídia, contribui para a procura do serviço como ação profilática por parte da família e demais instituições, embora a prevenção e a promoção de saúde devam ser encontradas na atenção básica e nas escolas.

Além disso, as famílias tendem a formular a demanda do ponto de vista de não usuário, o que dificulta o reconhecimento dos “ganhos” que o sujeito pondera ao fazer o uso, assim como o sentido e o contexto do uso pelos adolescentes. Rottelli (1991), citado por Alarcon, ao identificar o sofrimento do usuário e o difícil processo de reconhecimento dos prejuízos ao longo da vida, explica que

ninguém consegue, com facilidade e sem sofrimento, abandonar hábitos longamente adquiridos, quanto mais hábitos produtores de prazeres. As drogas tornam-se hábitos (ou seja, seu uso torna-se um “costume”, sendo constantemente repetido) exatamente pela sedução que provocam. O objetivo último que começa com o diagnóstico da dependência química é ajudar na construção de condições de vida cuja sedução possa concorrer com um prazer que se tornou, ao mesmo tempo, nocivo; hábito causador de uma satisfação efêmera cujo custo é pago à prestação sob a forma de transtornos de todas as ordens (2012a, p.133).

Na perspectiva de redução de danos como orientadora do Projeto Terapêutico Institucional do CAPS adi Brasília, entendemos ser importante informar os pais, os responsáveis, as instituições (escolas, unidades de medida socioeducativa), os conselheiros tutelares e a sociedade como um todo que os danos gerados pelo uso das drogas não estão limitados às suas propriedades farmacológicas. Decorrem, em grande parte, da estigmatização sofrida pelo usuário, que vê suas possibilidades de inserção no mundo diminuídas.

A visão negativa das pessoas em situação de uso de drogas, aliada ao não reconhecimento dos prejuízos associados ao uso, impede que elas acessem os serviços de saúde e assistência, conforme enunciado pelo próprio Ministério da Saúde:

A dependência das drogas é transtorno em que predomina a heterogeneidade, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias. Muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e do desejo de abstinência dos profissionais de saúde, e abandonam os serviços. Outros sequer, procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças (Brasil, 2004b, p. 8).

Em nossa experiência como serviço aberto ao acolhimento, vemos que a demanda das famílias e demais responsáveis pelos encaminhamentos resume-se ao pedido de cura por meio da abstinência.

No CAPS adi, partindo das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a ideia de cura é abandonada em favor da ideia de cuidado. Os atendimentos aos familiares e adolescentes são orientados para o empoderamento destes na condução de suas vidas, respeitando-se cada limite. Abandonada a noção de cura, ocupamo-nos de construir, com as famílias e adolescentes, possibilidades de estar no mundo. Cada passo rumo à autonomia e à conquista de objetivos formulados pelo próprio sujeito é tido como sucesso.

Xavier elucida que “a redução de danos também promove o acesso a serviços de baixa exigência como alternativa de inclusão e a autonomia dos sujeitos, permitindo-lhes participar ativamente de todo o processo” (2013, p. 75). Ao reconhecer a possibilidade do uso, a instituição mostra-se solidária às dificuldades dos sujeitos que ali pedem ajuda. O reconhecimento do interesse do usuário como o propulsor do planejamento das intervenções terapêuticas permite ao adolescente perceber a sua importância para a família, para aquele grupo e para o mundo.

Sobre a perspectiva da redução de danos, controversa na atenção à população infantojuvenil, ressaltamos que, longe de fazer apologia ao uso ou combater a abstinência, ela se contrapõe ao modelo de tratamento único por meio da abstinência. Precisamos atentar ao índice de realidade, que nos revela que 65% dos usuários em tratamento não conseguem ficar abstêmios (Xavier, 2013). A maioria não se enquadra nesse modelo, o que pode trazer a sensação de fracasso e culpa. Ainda conforme Xavier,

redução de danos aceita a inevitabilidade de determinado nível de consumo de drogas na sociedade, pois as drogas existem, sempre existiram, e estão aí para ficar. O objetivo primário dessa estratégia é reduzir as consequências adversas desse consumo. A guerra às drogas parte do pressuposto utópico de que é possível uma sociedade sem drogas. Na redução de danos enfatiza-se a mensuração de resultados no âmbito da saúde e da vida em sociedade, na guerra às drogas enfatiza-se a mensuração da quantidade de droga consumida e a quantidade de droga apreendida. Redução de danos ressalta a importância da cooperação intersetorial, ela é multidisciplinar; a guerra às drogas segue orientação política populista, prevendo visibilidade e votos.

Redução de danos julga que as atividades educativas referentes às drogas devem ser de natureza fatural e terem sido fundamentadas em pesquisas para se obter a credibilidade da população alvo, traçando objetivos realistas. Enfim, a redução de danos trabalha com a política do possível (2013, p. 77).

Procurando minimizar a resistência dos adolescentes a frequentar o CAPS adi e atuar na “política do possível”, assinalada por Xavier (2013), explicamos que estaremos ali para cuidar de sua saúde e ajudá-los em suas dificuldades. O uso de drogas é abordado no contexto dos atendimentos e de forma transversal. O contrato estabelecido com os adolescentes lhes garante sigilo, assim como acesso às informações geradas sobre si nos atendimentos com suas famílias e responsáveis. A estruturação dos serviços de saúde mental, segundo Goldberg (1996), citado por Miranda e Campos, requer

[...] um trabalho interdisciplinar, capaz de produzir um cotidiano institucional repleto de projetos, atividades e vivências, de tal modo que cada paciente seja tratado através de uma abordagem pessoal, podendo perceber a seriedade com que suas falas e gestos são acolhidos (2013, p. 102).

Daí a importância de o PTS ser produzido de forma conjunta, considerando o desejo e a necessidade do usuário e trabalhando também a irrealidade de algumas demandas advindas das famílias e demais instituições.

A família é parte importante do estabelecimento da terapêutica. Da população atendida pelo CAPS adi, 45% residem só com a mãe; 27%, com o pai e a mãe; e 12%, só com o pai, revelando que os laços familiares continuam estabelecidos para a maioria dos usuários. Essa característica possibilita que o CAPS adi atenda na perspectiva de corresponsabilização com as famílias pelo cuidado e monitoramento dos usuários atendidos. Para tanto, é preciso também confortar e dar suporte aos pais e responsáveis, muitas vezes culpabilizados pelos comportamentos dos filhos por outras instituições, pelos amigos ou pela própria família. Os familiares contam com grupos terapêuticos específicos para essas finalidades.

Acolher a família permite ao serviço a utilização do seu potencial como fator protetivo. De acordo com Scivoletto (2011), envolvimento familiar positivo, monitoramento das atividades dos filhos pelos pais, regras claras de conduta reforçadas pela atitude familiar e participação dos pais na vida dos filhos são tidos como fatores de proteção importantes. Além do mais, o comportamento-sintoma uso de drogas adquire proporções sistêmicas, permitindo o reconhecimento da contribuição de cada membro na manutenção e resolução das dificuldades. Se o adolescente não quer frequentar o serviço, por exemplo, mas seus pais solicitam apoio, acreditamos que a mudança do comportamento deles pode impactar na modificação do comportamento dos filhos.

Visualizamos na Figura 22 que os usuários que moravam com ambos os pais, só com a mãe ou só com o pai tendiam a procurar o CAPS de forma espontânea, ao passo que os que moravam com “outros” tendiam a vir via conselho tutelar. Na tabela 10, verificamos ainda que os usuários que moravam com os pais tendiam a comparecer às consultas. Residir com os pais parece indicar proteção não só na procura espontânea ao serviço, mas também na manutenção do plano terapêutico.

É preciso ainda salientar que, embora o uso de drogas seja considerado grave problema de saúde pública, a necessidade dos pais ou responsáveis de solicitar liberação dos empregadores para o acompanhamento no CAPS adi ainda se configura como um dos motivos de abstenção, assim como o custo com o transporte. Os familiares relatam a dificuldade em abordar o tema no trabalho por receio de estigmatização ou por vergonha. Esse comportamento é compreensível, tendo em vista a campanha de culpabilização dos pais pelas dificuldades do filho, seja na política direcionada ao menor, seja no estabelecimento, hoje, da figura da negligência. Procurar ajuda significa ter coragem. Reconhecer a competência da família ao formular essa demanda é muito importante no estabelecimento do vínculo de confiança com os profissionais do serviço. No CAPS adi Brasília, os pais serão acolhidos e responsabilizados pelo cuidado e não culpabilizados, o que é muito diferente.

A associação dos fatores idade de início do uso de drogas e pessoas com quem o usuário reside foi comprovada estatisticamente para a amostra desta pesquisa (p-valor 0,01). A idade média de início do uso foi de 12 anos para quem residia com “outros”; 12,7 anos para quem morava com a mãe; 12,8 anos para quem morava com ambos os pais; e 13 anos para quem morava com o pai. Assim, para esta amostra, residir com os pais favoreceu o atraso no início do uso de drogas. Isso corrobora, mais uma vez, o papel da família na construção da proteção. Quanto mais cedo ocorre o primeiro uso de qualquer substância, maior o risco de prejuízos ao desenvolvimento cognitivo, com a apresentação de incapacidades de enfrentamento. Fica dificultada a solução de problemas e a assertividade, e abre-se espaço para baixa autoestima e insegurança, o que pode fortalecer a vulnerabilidade ao uso de drogas (Micheli et al., 2011).

Os adolescentes que começam a utilizar drogas mais tarde têm a possibilidade de desenvolver habilidades de enfrentamento e maior repertório de experiências de prazer e interação social dissociados do uso de substâncias. Vale lembrar ainda que a experimentação da droga expõe o jovem a outros fatores de risco. Os resultados da pesquisa de Martins e Pillon (2008) revelaram que há uma relação significativa entre a idade da experimentação do

álcool e da maconha e os atos infracionais — quanto mais precoce é o primeiro uso de álcool e de maconha, mais novo se cometem atos infracionais.

Na amostra desta pesquisa, dos usuários que começaram a usar drogas na infância, a maioria já praticou ato infracional. Já entre os usuários que iniciaram o uso de drogas na adolescência, a maioria não cometeu ato infracional. Dessa forma, o gráfico sugere haver essa relação encontrada por Martins e Pillon (2008); porém, analisando os dados via teste do qui-quadrado, encontrou-se um p-valor de 0,24, o que não confere significância estatística ao resultado para essa amostra. Ressalta-se, no entanto, que um aumento da amostra poderia conduzir à significância estatística, dado o baixo p-valor.

Embora não tenhamos chegado a resultados conclusivos com a nossa amostra, devido à marcação de múltiplas drogas por um mesmo usuário, podem-se estabelecer as predisposições entre tipo de drogas e atos infracionais da seguinte forma: anfetaminas e roubo (30%); crack e outros atos (25%); rohypnol e outros atos (24%); cocaína e tráfico (22%); inalantes e outros atos (19%); tabaco e outros atos (19%); álcool e outros atos (16%); e maconha e outros atos (16%). Como outros atos, excluem-se: roubo, furto, tráfico e homicídio.

Em 2002, uma pesquisa designada Mapeamento da Situação das Unidades de Execução de Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade ao Adolescente em Conflito com a Lei, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e pelo Departamento da Criança e do Adolescente (DCA), da Secretaria dos Direitos Humanos, do Ministério da Justiça, constatou que 85,6% dos adolescentes privados de liberdade no Brasil eram usuários de drogas antes da internação. Entre as drogas mais citadas estavam a maconha (67,1%), o álcool (32,4%), a cocaína/crack (31,3%) e os inalantes (22,6%).

A associação entre “pessoas com quem o adolescente reside” e “cometimento de ato infracional”; e “pessoas com quem o adolescente reside” e “experiência de rua”, embora não tenha encontrado significância estatística para esta amostra, revela que o cometimento de ato infracional não se relaciona às pessoas com quem o adolescente reside; e os adolescentes que residiam com o pai, com a mãe ou com ambos estavam menos propensos a ter experiência de rua do que os que residiam com “outros”, o que aponta novamente para o caráter protetivo dos pais. A tabulação do dado “experiência de rua” foi feita, em sua maioria, pelo relato e pela concepção dos familiares e/ou responsáveis durante o acolhimento, não havendo critério para sua delimitação.

A família é o contexto mais primário de socialização, transmitindo à criança valores e visões de mundo, daí sua importância fundamental. A assistência a ela é basilar de forma a

dar-lhe condições de intervir e instrumentalizá-la ao reconhecimento de seu papel. Os familiares também devem ser foco nas ações de prevenção, conforme salientado por Dell'aglio e Santos:

A família tem sido citada como o ambiente com maior número de fatores de risco e de proteção para o consumo de drogas entre os adolescentes. As dificuldades de comunicação familiar, conflitos frequentes, baixa coesão, castigos excessivos e o consumo pelos pais repercutem na vida dos filhos. Um bom relacionamento com os pais tem sido associado à boa autoestima dos adolescentes e à escolha das amizades, diminuindo a probabilidade de envolvimento com usuários de drogas (2011, p. 233).

Assim, o cuidado, o carinho e o resgate desse amor na história dos próprios pais permitem a imersão e o protagonismo destes na condução das terapêuticas.

No entanto, os adolescentes que não vivem com suas famílias ou que estão em situação de rua parecem mais expostos ao uso e abuso de drogas. Neiva-Silva (2008), citado por Dell'aglio e Santos, afirma que “[...] as variáveis ‘não morar com a família’, ‘passar mais de oito horas na rua’ e ‘estar há mais de cinco anos na rua’ são preditores do uso de drogas ilícitas entre os adolescentes de rua” (2011, p. 234). De qualquer forma, é preciso salientar que pesquisas com população em situação de rua revelam que o uso de drogas não é o maior motivo para o afastamento familiar. O mais comum é o uso se intensificar após a exposição à rua (Noto et al., 2003).

A população de rua tem sido o foco de atenção no tocante à problemática do uso de drogas. A retratação das “cracolândias” como espaços potencialmente perigosos tem exigido medidas de caráter higienista em grande parte dos estados brasileiros. O apelo para a internação compulsória tem sido feito sob a justificativa do cuidado imperativo sobre a liberdade.

Faltam políticas específicas adequadas à população de rua no DF. Não é só de “teto” que essas pessoas precisam. Inclusive, o critério “teto” tem justificado o encaminhamento para “tratamentos” das mais diversas instituições filantrópicas ou de caráter religioso. Podemos aqui afirmar que “teto” não é o aspecto terapêutico mais importante do dispositivo que trabalhamos. A rua, inclusive, também deve ser tomada como *setting*.

Raramente o menino de rua afirma ter saudades de casa ou das instituições oficiais de atendimento. Não apenas porque elas e também a família falham, mas também porque na rua existem o lúdico e a sensação de liberdade. É dentro deste grupo e do seu tempo de rua que o menino encontra a sua identidade. Portanto, ficar na rua não significa estar abandonado ou não ter para onde ir (Moura, 2011, p. 267).

Sobre o destino tomado como certo para essa população, Xavier ressalta:

Vale lembrar que nessa defesa da internação compulsória existe o pressuposto de que esses indivíduos estão naquela situação de exclusão social em decorrência do uso de drogas, o que não é verdade. Eles estão lá por uma série de motivos, como a falta de acesso à saúde, educação, moradia, cidadania, ou seja, tornaram-se sujeitos

vulneráveis às drogas. Assim, a droga não é a causa, mas consequência. É inviável se propor uma intervenção pela consequência e não pela causa do problema (2013, pp. 78-79).

Assim, para ser efetiva, a intervenção deve ocorrer levando em conta a complexidade do fenômeno. Atuar sobre a causa e não sobre a consequência é o mais importante, pois a saúde não pode ser persecutória. Como afirmam Castiel e Diaz,

tal política de saúde segue os cânones do racionalismo vigente, sobretudo em termos de seus princípios norteadores “universais” que determinam como deveria comportar-se os corpos humanos. Se estes se insubordinarem, serão considerados desviantes, anormais e, portanto, castigáveis. No entanto, o castigo não pode ser improcedente, porque a civilização racionalista é “equânime”. Deste modo, criam-se instâncias e regras que ordenam, dosam e administram culpas e castigos (2007, p. 44).

Destacamos sempre que a vida acontece precipuamente do lado de fora dos muros da instituição e, embora o CAPS adi Brasília tenha pretensões de se aproximar do seu território, devida a sua extensa área de abrangência, é impossível atingir todas as comunidades. A insuficiência de outros dispositivos da RAPS também dificulta o acesso aos usuários, principalmente as crianças e os adolescentes em situação de rua. A responsabilidade pela condução do cuidado no território é então dividida com a família, os conselhos tutelares, a rede de assistência social e a rede de ensino, conforme preconizado pelas diretrizes da RAPS. O exercício de estabelecer a rede é cotidiano.

Conforme observamos na Figura 4, o local de residência dos usuários atendidos pelo CAPS adi Brasília é pulverizado em 22 RAs, além da RIDE. Essa disparidade dificulta a condução do trabalho em território, tendo em vista que cada RA constitui uma comunidade com características e necessidades muito específicas. São como os municípios que compõem os estados. Para minimizar o prejuízo gerado pela extensão do território, a equipe foi dividida em três miniequipes multidisciplinares de referência, que são as orientadoras do cuidado para um conjunto de RAs específico. São elas: miniequipe Brasília, miniequipe Sobradinho e miniequipe Planaltina. A miniequipe Brasília é referência para as regiões de saúde centro-sul e centro-norte; a miniequipe Sobradinho é referência para Sobradinho e a região de saúde leste; e a miniequipe Planaltina atende exclusivamente a essa RA e suas adjacências.

A RA prevalente quanto ao local de residência foi Sobradinho, seguida, no DF, por Paranoá, Gama, Brasília e São Sebastião. Os usuários que residem na RIDE foram o segundo grupo mais atendido no CAPS adi no período pesquisado. Acreditamos que a distância entre o local de residência e o CAPS, assim como o alto custo das passagens, pode repercutir no comparecimento às consultas — relação significativa não estabelecida pela análise estatística.

Da amostra estudada, 169 usuários indicaram a sua condição civil: a maioria estava solteira (80%), 32 estavam namorando (19%) e um era casado (1%). A maioria dos usuários

(75%) declarou nunca ter feito acompanhamento de saúde e, dos que disseram já ter feito algum acompanhamento, só 33% o faziam quando foram acolhidos no CAPS adi Brasília. Os serviços de saúde representaram ainda apenas 7% da origem de encaminhamento para tratamento no CAPS adi Brasília.

Desse dado podemos esmiuçar uma série de reflexões sobre a saúde do adolescente. Devido à consideração dessa etapa da vida como fundamentalmente saudável, criou-se a falsa impressão de que os adolescentes não precisavam de atenção à saúde a não ser com relação à saúde reprodutiva (Brasil, 2010). No entanto, a vulnerabilidade dessa população à violência e o aumento da mortalidade, principalmente por causas externas, têm mudado essa perspectiva.

Podemos depreender dos dados que a maioria dos usuários teve o seu primeiro acompanhamento de saúde realizado no CAPS adi Brasília (75%). Qualitativamente, dos usuários que declararam ter feito acompanhamento anterior, a maioria o fez para tratar de questões relativas à saúde mental ou às situações de violência.

O CAPS adi Brasília, para a amostra estudada, parece ter se constituído como porta de entrada para a saúde. Isso sugere algumas indicações para o Projeto Terapêutico Institucional: formulação de ações conjuntas com os dispositivos da atenção básica; início do matriciamento das redes de saúde de seu território; estabelecimento de grupos com os adolescentes para a promoção da saúde; parceria com as escolas no estabelecimento de ações de prevenção; e descentralização do atendimento por meio de encaminhamento implicado. O matriciamento³¹ é o conceito motriz das ações das miniequipes do CAPS adi Brasília. Embora estejamos apenas iniciando o processo de aproximação de rede, e com algumas dificuldades, a missão das equipes tende a chegar ao ideal do matriciamento em saúde mental.

A atenção à saúde sexual e reprodutiva merece destaque. Embora não tenhamos dados com relação à vida sexual dos usuários aqui pesquisados e poucos tenham declarado ser pai ou mãe, a estatística nacional revela que 16,4% dos óbitos relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério são de adolescentes; e 80% dos casos de doenças sexualmente transmissíveis e aids notificados entre 2000 e 2006 foram de pessoas entre 13 e 24 anos (Brasil, 2010). Tendo em vista a grande quantidade de usuários sem acompanhamento, sendo o CAPS adi Brasília o dispositivo de saúde de referência dessa amostra, é importante que se executem ações em educação sexual e planejamento familiar, assim como o redirecionamento do fluxo para as unidades de atenção básica dos territórios.

³¹ “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Chiaverine, 2011, p. 13).

Com relação aos indicadores educacionais, do total de 207 declarantes, 120 estavam matriculados e frequentando a escola (58%); 50 não estavam matriculados (24%); e 37, embora estivessem matriculados, não frequentavam a escola (18%). A maioria dos usuários cursava o ensino fundamental (77%) e já havia sido reprovada mais de uma vez na escola (90,5%).

A relação entre a idade e o ano em que o adolescente estuda foi estatisticamente significativa para esta amostra. A maioria dos usuários cursava o ensino fundamental, tanto na faixa de até 15 anos de idade como na de mais de 15 anos. A idade média dos que estavam no ensino médio era de 16,7 anos. Tendo em vista que o ingresso no ensino médio acontece por volta dos 15 anos, podemos observar uma defasagem escolar entre os usuários da amostra estudada. A maior parte dos usuários de 15 anos estava cursando o 7º (N=16) e o 8º (N=13) anos do ensino fundamental. Entre os que cursavam o 1º ano do ensino médio, a maioria tinha entre 17 e 18 anos.

Esse dado correlaciona-se com as informações sobre o número de reprovações escolares. A maior parte dos usuários já havia repetido mais de uma vez alguma série no ensino regular. A proporção de usuários do sexo masculino e do feminino que foram reprovados na escola parece ser mantida ao longo das classes de repetência, fato corroborado pelas médias de reprovação por sexo: para homens, média de 2 reprovações e, para mulheres, média de 1,9 reprovação. Quanto maior o número de reprovações escolares, menor a idade para o início do uso de drogas.

Apesar de o resultado da associação não ser estatisticamente significante, os dados sugerem que os usuários que não estavam matriculados na escola ou estavam matriculados sem frequentar tendiam a já terem passado por experiência de rua, posto que a maioria dos alunos matriculados e que frequentava a escola não tendiam a tal experiência. O uso de todas as drogas parece condicionar o mesmo padrão de matrícula e frequência à escola: a maioria estava matriculada e frequentava a escola, seguida por não matriculados e, finalmente, por matriculados que não frequentavam. A exceção se configura quando há uso de crack, caso em que o número de não matriculados supera o de matriculados que não frequentavam a escola, que, por sua vez, supera o de matriculados que frequentavam. No estudo de Malta et al. (2011), dados de 2009 revelam que os alunos que faltam à aula sem avisar os pais têm mais hábito de fumar, beber e experimentar drogas e, quanto mais dias faltam às aulas, mais aumentam as chances de uso.

A maioria dos usuários que não cometeram ato infracional estava matriculada e frequentando a escola (73%). Os que declararam “roubo” estavam em maioria não

matriculados (47%), assim como os que cometeram “outros” atos infracionais (48%). Nos demais atos infracionais, o número de usuários matriculados e frequentando a escola é maior do que o dos que não a frequentam ou não estão matriculados.

Moreira e Andreoli (2009) destacam que a escola passou a ser o espaço privilegiado para a prevenção. Em uma extensa revisão de estudos, os autores constataram que o absenteísmo escolar em alunos mais jovens e a insatisfação com a escola e/ou o baixo rendimento escolar aos 12 anos aumentaram o risco de uso de álcool e outras drogas e de morte ou hospitalização em decorrência desse uso.

Para que a prevenção nas escolas seja efetiva é preciso, primeiramente, trabalhar com os educadores. Uma pesquisa sobre as representações sociais dos professores sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas na adolescência revelou que a visão estigmatizante da adolescência e do uso de álcool e outras drogas prepondera, dificultando o diálogo sobre a questão com os adolescentes e a atuação preventiva (Araldi et al., 2012). Os autores mostraram ainda que a família é culpabilizada pelos professores, pois deixaria para a escola toda a tarefa de educar. Os educadores sentem-se descrentes em um trabalho preventivo e ainda sustentam a visão repressora. Em contrapartida, as famílias também têm tido uma representação negativa da escola, desqualificando-a como protetiva.

Essa briga de forças impede a ação conjunta e a soma dos esforços de ambas as instituições na construção de um ambiente acolhedor, de valorização do adolescente e de desenvolvimento de vínculos fundamentais a uma educação em saúde de qualidade. A falta de conhecimento sobre a área e o domínio da visão negativa do usuário propagada pela mídia dificultam a aproximação afetiva com o tema e com os adolescentes que estão em situação de uso de drogas.

As ações de prevenção na escola, assim como o processo como um todo, devem promover autonomia e protagonismo. Para que os adolescentes possam fazer suas escolhas, precisam do maior número de informações possíveis para refletir e avaliar as dimensões e as implicações de suas decisões.

Albertani (2011) destaca como ações importantes para o trabalho preventivo a desmitificação do uso e dos usuários de drogas; o esclarecimento sobre os tipos de drogas e seus efeitos; a informação sobre as diferentes relações com as drogas e sobre os padrões de consumo; a reflexão sobre formas de reduzir riscos e danos; a descoberta dos recursos na comunidade; e as orientações sobre como agir nas emergências. Para tanto, é necessária também a sensibilização dos educadores. Não falar sobre as drogas não as afasta, e ainda vulnerabiliza os que não têm as informações para proceder melhor a suas escolhas. A escola,

porém, não deve fazer esse trabalho de forma solitária, mas em associação com as famílias e as instituições de saúde da comunidade. É preciso abandonar o modelo de palestras e ações pontuais, para promover ações contínuas e intersetoriais.

Os profissionais do CAPS adi Brasília têm buscado intermediar a relação entre a escola e as famílias por meio de estudos de caso. Quando chamados a promover ações na escola, temos optado por orientar a intervenção para a sensibilização dos educadores e do corpo técnico da instituição. A desestigmatização dos usuários deve ser anterior às intervenções diretas com os alunos, pois serão os profissionais da escola que manterão no cotidiano as discussões motivadas ou iniciadas com os profissionais de saúde.

Por muitas vezes, ouvimos os pais se queixando que os filhos foram convidados a se retirar da escola ou automaticamente transferidos quando houve a associação do adolescente ao uso de drogas. Para nós, essa é a exclusão da exclusão. Se as instituições responsáveis pela formação e o cuidado não tiverem a capacidade de sobreviver às investidas agressivas, destrutivas e contestadoras dos adolescentes, eles ficam sem um espaço protegido para se desenvolver.

Podemos pensar que o mesmo desgaste, desespero e sentimento de impotência diante dos riscos vividos por alguns adolescentes em situação de uso de drogas é compartilhado, muitas vezes, entre familiares, educadores e profissionais de saúde. Seria prepotência de qualquer parte desse conjunto clamar para si a responsabilidade total pela culpa ou pela solução dessa situação. O mais óbvio é somarem-se as forças e as ações serem planejadas conjuntamente.

Winnicott (2005) nos propõe que, em vez de respostas morais, os adolescentes precisam de afeto. Se é tomado como tendência antissocial, o uso de drogas nos informa sobre um sofrimento que nos passou despercebido, e mais, sobre um sofrimento que agora o adolescente tem a esperança que seja acolhido.

Não adianta estabelecer limite sem amor nem firmar contrato terapêutico sem vínculo. Esse manejo não é fácil quando as formações profissionais exigem o afastamento e uma suposta imparcialidade diante das pessoas das quais cuidamos. Semelhante ao movimento entre a mãe e o bebê no estabelecimento do concernimento, nós, profissionais, devemos sobreviver aos ataques e aceitar os movimentos reparadores dos adolescentes que atendemos. Isso os habilitará a lidar com as ambivalências de sentimentos, assim como ajudará a desenvolver a capacidade de se preocupar com o objeto simultaneamente amado e odiado (Miranda & Campos, 2013).

A supervisão, a discussão de casos clínicos, as reuniões de equipe e o que chamamos no CAPS adi Brasília de *intervisões* são espaços construídos para compartilhar angústias e responsabilidades e realinhar práticas entre a equipe técnica. Permitem, ainda, que nos confrontemos com o nosso eterno dilema ético “entre cuidado e tutela, atenção constante e controle, proximidade afetiva e objetificação do outro” (Miranda & Campos, 2013, p. 107).

Retomando a descrição dos resultados, os dados referentes a “fugas de casa” e “experiência de rua” devem ser analisados com cuidado, tendo em vista representarem a fala dos familiares e responsáveis, não havendo critério único para sua definição. Observa-se também o número de declarantes com relação aos dois itens, sendo N=135 para fuga de casa e N=98 para experiência de rua. Destes, a maioria já fugiu de casa (53%) e já teve experiência de rua (52%). Nesta amostra, as mulheres estavam mais propensas à experiência de rua do que os homens, resultado estatisticamente significativo (p-valor < 0,001).

A significância estatística correlacionando a variável sexo feminino com a experiência de rua pode estar relacionada à abordagem educacional mais rígida para as meninas. Enquanto os meninos podem passar dias foras de casa e isso não ser considerado experiência de rua ou fuga de casa, a não notificação do paradeiro para os pais das meninas pode configurar experiência de rua na representação das famílias. A Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE) revelou que os pais são mais informados sobre as atividades das meninas (59,7%) do que sobre as dos meninos (51,4%). O comportamento de faltar à aula sem a anuência dos pais também é mais frequente entre meninos (Malta et al., 2011).

Depreende-se que o tipo de droga menos relacionado à experiência de rua, nesta pesquisa, é o álcool. Com todas as outras drogas, a maioria dos usuários já teve experiência de rua. Esse dado não é conclusivo, tendo em vista, conforme afirmado anteriormente, que o N=297, maior que a amostra total do estudo, indica a marcação de mais de uma droga por participante.

Nesta amostra, a idade média para o início do uso de drogas é 12,7 anos, a mediana é de 13 anos, e o desvio-padrão, de 1,6 ano. Entre as drogas utilizadas, as mais referidas foram a maconha, o álcool e o tabaco. Talvez esse resultado ocorra devido à maior facilidade de acesso a esses três tipos de drogas, sendo que o álcool e o tabaco possuem venda legalizada, ainda que não para a faixa etária em questão. Nota-se ainda que o N=704 da representação tipo de drogas é superior à amostra estudada. Isso se deve à utilização de múltiplas drogas pelos usuários, acarretando a marcação de mais de um tipo de substância na compilação dos dados.

No levantamento realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) em 2010, constatou-se que em Brasília houve aumento no consumo de todas as drogas, excluindo-se tabaco e álcool, nas comparações de 2004 e 2010 (SENAD, 2010). Os que relataram algum consumo eram, na maioria, maiores de 16 anos. Notou-se a tendência de crescimento do uso de cocaína e o decréscimo da tendência de uso na vida de álcool e tabaco em ambos os gêneros. O uso no ano de qualquer droga, exceto álcool e tabaco, sofreu tendência de crescimento nas faixas etárias 13 a 15 anos e 16 a 18 anos. Entre as mulheres, a tendência para crescimento de “uso no ano” apresentou-se maior. Maior proporção de meninos relatou o uso de drogas ilícitas, ao passo que maior proporção de meninas relatou uso de medicamentos sem prescrição.

Na PeNSE, realizada em 2009, a experimentação de droga alguma vez na vida foi de 8,6% entre os escolares, sendo maior em adolescentes mais velhos, entre meninos e entre estudantes de escola pública. Em geral, o uso de tabaco, álcool e outras drogas aumenta com a idade; meninas entre 13 e 15 anos têm maiores chances de consumir álcool; e meninos têm maiores chances de usar outras drogas (Malta et al., 2011).

Os estudos apontam ainda a diminuição da idade média de início de consumo de álcool para cerca dos 12 anos. Além disso, sugerem que na população de rua o primeiro uso de álcool e tabaco antecedeu a situação de rua, ao passo que o uso de outras drogas ocorreu, em sua maioria, após essa situação — indica-se inclusive que o uso de drogas não é o maior motivo para o afastamento da família, e sim que há intensificação do uso após a situação de rua (Amstalden, Hoffman & Monteiro, 2010).

Podemos observar que os dados da amostra conferem, parcialmente, com as pesquisas nacionais, embora o relato de uso de maconha aqui supere o de uso do álcool. A tolerância ao uso do álcool na cultura brasileira pode ocasionar a não procura dos serviços de saúde para atenção a esse problema. A alta sensibilidade dos adolescentes ao efeito estimulante do álcool, em termos neurobiológicos, é outro fator que pode contribuir para seu alto consumo (Micheli et al., 2011). Nota-se ainda que os usuários da amostra que relataram uso de álcool consomem múltiplas drogas, sendo o uso isolado de álcool não representativo e não condizente com as pesquisas nacionais.

Para Outeiral, existem

[...] grupos familiares nos quais não há um “alcoologista”, mas sim uma “cultura alcoólatra”, em que o álcool é “idolatrado”. Existe em casa um “altar e ícones”, em lugar privilegiado (em geral na sala), que é o bar e as garrafas de bebida. Quando chega algum amigo, ou alguém da família quer prestar uma gentileza, abrem uma das garrafas e bebem algo. O adolescente, vendo esta substância “tão venerada”, quer usá-la também. Sem falar no fato tão comum de os pais acharem graça e até se sentirem

orgulhosos se seu filho se embriaga: “é coisa de homem, acontece...”, dizem satisfeitos (1994, p. 43).

Os dados do IBOPE de 2011 referem que 45% dos adolescentes de 12 a 17 anos já experimentaram bebida alcoólica e 39% compraram o produto em algum estabelecimento comercial; 44% dos adolescentes de 12 e 13 anos costumam ingerir bebidas alcoólicas na companhia das famílias; e um em cada cinco adolescentes foi incentivado por um parente. Assim, o início do uso de álcool muitas vezes acontece em família. Os usuários que bebem regularmente em família geralmente experimentaram a bebida mais cedo do que aqueles que a provaram com o grupo de amigos, contradizendo a crença de que usar em família é um fator de proteção à dependência (Noto, Sanchez & Moura, 2011).

Atentar para a questão do uso de álcool nessa faixa etária é importante tendo em vista sua correlação com o percentual elevado de mortes de adolescentes por causas externas, assim como por acidentes de transporte terrestre. O uso do álcool também tem sido correlacionado com situações de violência doméstica e sexual, sendo um grande fator de risco para essa faixa etária.

O uso da maconha foi o mais referido nesta pesquisa, indo ao encontro dos demais estudos nacionais, que a consideram uma das substâncias de maior prevalência de uso entre adolescentes. Embora a maconha seja droga ilícita, o acesso parece estar mais fácil e seu uso mais disseminado entre os adolescentes e a população adulta. Alguns a consideram uma droga de menor potencial ofensivo, assim como menor potencial para a dependência, negligenciando os riscos associados ao seu uso durante a adolescência. Segundo Nasio,

[...] um adulto que consome maconha diariamente já tem um eu formado, podendo então amortecer parcialmente seus efeitos. No caso do jovem, é muito diferente. O consumo regular de maconha provoca nele quatro efeitos nocivos significativos, hoje bem conhecidos: a maconha exacerba a suscetibilidade; incita o jovem a isolar-se — mesmo quando fuma em grupo ele se isola em meio aos demais; a maconha provoca distúrbios de concentração e memória; e, finalmente, é uma substância que pode enfraquecer o eu e desencadear uma esquizofrenia que se achava latente em um adolescente vulnerável à psicose (2011, p. 45).

Apesar de apontados os riscos acima e de o tema estar sendo mais estudado, ainda há poucas certezas sobre as consequências do uso de maconha, tanto físicas quanto psicológicas, a médio e longo prazo. Por vezes, seu uso esporádico é tomado como normativo; não é associado à dependência; e é citado como precipitador de problemas de saúde mental. Esse desacordo científico também se faz sentir nas discussões sobre a descriminalização da produção e do uso da maconha (Fonseca, 2010). Na ausência de consensos científicos, a abordagem de seu uso, principalmente devido à fase peculiar da adolescência, deve ser feita

cuidadosamente. Há ainda necessidade de maiores produções científicas na área, com estudos longitudinais, para a avaliação de riscos e prejuízos relativos ao uso precoce.

Da amostra disponível, 51% nunca cometeram ato infracional. Entre os que cometeram, o menor percentual foi de homicídios (3%), sendo que roubos ou furtos responderam por 18% dos casos. Ainda, 60% da amostra já cumpriu uma medida socioeducativa e 20% nunca cumpriram nenhuma. Entre as medidas socioeducativas, a que teve maior número de indicação foi a liberdade assistida (11%), seguida pela prestação de serviços à comunidade (7%). Esses dados revelam que a associação entre o uso de drogas e a delinquência, apesar de cotidianamente fomentada pela mídia, ainda é uma questão delicada a ser analisada e necessita de maiores estudos. Ambos os fenômenos são multideterminados, sendo impossível estabelecer uma relação unilateral e unicausal entre estes.

D'amico et al., partindo das evidências de estudos anteriores sobre a forte ligação entre o uso de substâncias psicoativas e a delinquência, tentaram estimar a associação temporal entre esses dois fatores em jovens de risco a partir de três possibilidades já estudadas, e concluíram:

Os resultados deste estudo sugerem que o uso de substâncias e comportamentos delinquentes têm efeitos recíprocos. Em todos os momentos e para todos os três tipos de comportamento delincente (crimes contra propriedade, interpessoal, e crimes relacionados com drogas), o uso da substância foi preditivo de comportamento delincente futuro e para o crime interpessoal, comportamento delincente foi preditivo de uso de substâncias no futuro. Além disso, [...] os resultados foram estatisticamente significativos para os efeitos em ambos os sentidos. A excelente adaptação do modelo também sugere que os efeitos não são diferentes para diferentes tipos de comportamento delincente. Assim, a interdependência observada para o uso de drogas e a delinquência não parece ser específica para um determinado tipo de comportamento delincente, mas é bastante geral (2008, pp. 89-90).

Os resultados da análise, no estudo supracitado, sugeriram que nem o uso de substâncias nem o comportamento delincente podem ser definidos como os causadores um do outro. Em vez disso, ambos os comportamentos se influenciaram mais ou menos igualmente, sugerindo que os esforços de intervenção com essa população de alto risco poderiam ter como alvo tanto o uso de substâncias como o comportamento delincente e vir a contribuir para um declínio em ambos.

O CAPS adi Brasília é o serviço de referência para o atendimento de uma unidade socioeducativa de internação provisória, duas unidades socioeducativas de internação estrita e catorze unidades de medidas em meio aberto. O trabalho de estabelecimento de fluxos e de garantia de atendimento da população em cumprimento de medidas socioeducativas é contínuo, embora ainda esbarremos em grandes dificuldades institucionais.

Apresentadas nossas análises, deixaremos aqui importantes apontamentos para o Projeto Terapêutico Institucional do CAPS em Brasília a partir destas, além dos já elencados anteriormente no escopo da discussão.

A primeira é que a nossa concepção acerca das adolescências e da situação de uso de drogas tem que ser flexibilizada e, se possível, singularizada. O que condiciona a identidade do que queremos tratar como adolescências é o processo de amadurecimento, a transição da dependência para independência. Precisamos contribuir com esse processo para que continue o curso do desenvolvimento do adolescente rumo à autonomia e ao protagonismo. Não há identidade monolítica entre os adolescentes. Devemos fazer o mesmo com relação ao uso de drogas. Precisamos ter claras as diferentes necessidades e potencialidades de intervenção para o usuário esporádico, o dependente e o adolescente que está envolvido com o tráfico. São condições distintas que conduzem a atuações diferentes, mesmo que em todos esses casos tentemos aumentar o contexto de proteção e minimizar a vulnerabilidade.

Diminuir a estigmatização é um exercício fundamental entre a equipe, os usuários do serviço e os demais componentes da rede. Ressaltamos sempre que não trabalhamos com a dependência química somente; trabalhamos com pessoas que necessitam de cuidados decorrentes do uso de álcool e de outras drogas. Isso faz muita diferença, pois reorienta o olhar da doença para os sujeitos. Se estamos ressaltando o lugar do sujeito nessa clínica, devemos também mudar o foco dos comportamentos e sintomas em direção aos seus sentidos e significados. Enquanto atuarmos na perspectiva de cessação de sintomas sem intervir nas causas, estaremos apenas contribuindo para o processo de medicalização da vida e patologização das condutas. O uso excessivo de fármacos se dá pela falta de outras ferramentas terapêuticas de escuta.

Devemos lembrar que a transgressão está entre a agressividade e a destrutividade. A agressividade como força motriz para os investimentos cotidianos, se não contingenciada pelo ambiente, pode se transformar em violência (Winnicott, 2005). O que dirá o caminho que isso vai tomar é o ambiente; no nosso contexto, somos nós e a nossa potencialidade institucional de funcionar como *holding* para os adolescentes.

A continência é diferente da simples contenção, embora esta última às vezes seja necessária. Não podemos adotar a política do terror. Devemos criar um ambiente confiável, pois sem afeto nenhum desenvolvimento emocional é bem-sucedido. Assim, devemos apostar nas famílias, que são as primeiras responsáveis pelo cuidado integral das crianças e adolescentes e também precisam de cuidado.

O sofrimento contamina. Então temos que cuidar, além dos usuários e de suas famílias, dos servidores. Como declarado por Rottelli (2001), eles são os principais atores da Reforma. A implicação da presença é o que permite aos usuários ter a sensação de acolhimento, mas nem sempre esse é um caminho fácil de empreender. Compreender que é preciso primeiro estar presente para ir aos poucos se ausentando não é fácil quando a formação profissional prega a distância.

Devemos nos manter em “um posicionamento que guarda um paradoxo de importância da manutenção constante da dialética presença implicada – reserva” (Miranda & Campos, 2013, p. 107). Em outras palavras, nem tutela, nem abandono. Para os que aqui tratamos, a procura por aquela falha ambiental que gerou pedidos recorrentes de ajuda deve ampliar a visão da equipe que atende do usuário ao seu mundo e sua história. Por causa da extensão territorial de nossa área de abrangência, porém, temos dificuldade em nos aproximar dos contextos de vida desses meninos e meninas, perdendo parte do nosso potencial terapêutico e de continência como CAPS.

Vale salientar que muitas portas já se fecharam para estes de quem pretendemos cuidar. O desafio da equipe do CAPS adi Brasília é concorrer com duas portas que nunca se fecham: a da rua e a do uso de drogas. Ao desencapsularmos os adolescentes, pretendíamos conhecê-los, pois geralmente não tememos aquilo que nos é familiar. Agora que os vimos, precisamos de disponibilidade, escuta e amor para manter-lhes as portas abertas.

Mesmo diante das dificuldades, reafirmo que devemos nos apegar ao que nos é possível sem, com isso, nos escusar de cumprir a nossa missão. Se chegamos até aqui é porque nos permitimos nos aproximar dos nossos adolescentes e por eles sermos tocados...

O campo da saúde mental é de conhecimento e atuação indissociáveis, e o retrato aqui fornecido da população infantojuvenil em situação de uso de drogas no CAPS adi Brasília permitiu que víssemos “mais meninos do que drogas”. É o sofrimento que leva as pessoas aos serviços de saúde e não as doenças. Portanto, devemos estar habilitados a escutar, além da queixa, a demanda. O fato de não haver doença não exclui o sofrimento e, desta feita, não é o diagnóstico que determina as necessidades terapêuticas dos usuários que pretendemos cuidar: é a sua trajetória de vida.

Dizemos isso reiterando o que afirmamos nos capítulos anteriores: pretendemos cuidar de pessoas que, por terem sido estigmatizadas como problemáticas, criminosas e viciadas,

tiveram as possibilidades de gozar de seus direitos diminuídas. Elas sofreram uma “atrofia da vida”,³² encerrando-se, muitas vezes, nas características que as estigmatizaram.

Na discussão deste estudo, desvelamos adolescentes que têm muitas outras características e não se limitam ao papel de usuários de drogas. São estudantes do ensino médio e fundamental que residem, em sua maioria, com os pais, que encontram alguma dificuldade no ensino regular, que saem pelas ruas, que testam seus limites, que infringem menos do que a sociedade supõe. São meninos e meninas. Assim, a precipitação de enfocarmos somente no comportamento “uso de drogas” pode reduzir o campo da nossa ação nos serviços assistenciais à extinção do sintoma-droga, sem considerar as suas causas e implicações. Além disso, torna tal ação iatrogênica, sem considerar a simbologia desse uso.

As drogas em si não são más ou boas; depende do tipo de relação que determinada pessoa mantém com determinada substância em uma determinada situação. Por isso, cada plano terapêutico deve ser singular. E mais, depende do tipo de relação que nós profissionais estabelecemos com elas: isso direcionará a nossa conduta. O que propusemos foi criar uma instituição suficientemente boa, e não completa, que seja capaz de acolher, humanizar e reconhecer as potencialidades daqueles que se apresentam diante de nós solicitando ajuda, como sujeitos. Nenhum serviço dá conta da integralidade do cuidado sozinho, por isso ele é pensado em rede.

Para tanto, é necessário pensar nas barreiras invisíveis que impedem o acesso desses sujeitos aos seus direitos, criadas por nós mesmos, operadores de políticas públicas. O exercício de “colocar a droga entre parênteses” deve ser diário. Precisamos nos debruçar sobre os meninos e as meninas que fazem uso de drogas e não sobre as drogas que os meninos usam. Precisamos conhecê-los e ouvi-los. Falta muito disso nas nossas produções científicas.

Para finalizar, reiteramos a relevância de debater o tema das drogas para além do conflito “é permitido ou é proibido”, “pode ou não pode”, “faz mal ou não”. Não adianta ter bons serviços sem que o processo seja devidamente conduzido rumo ao reconhecimento das pessoas de quem se visa cuidar, sua subjetividade e seus direitos.

³² Palavras do professor Edson Lopes Cardoso, assessor especial da ministra da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República, na oficina Racismo, realizada com os profissionais do CAPS adi Brasília em maio de 2013.

REFERÊNCIAS

- Alarcon, S. (2012a). A Síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. In S. Alarcon, & M. A. S. Soares Jorge (Org.), *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo* (pp. 45-62). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Alarcon, S. (2012b). Critérios para o diagnóstico de dependência química. In S. Alarcon, & M. A. S. Soares Jorge (Org.), *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo* (pp. 131-150). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Alarcon, S. (2012c). Drogas psicoativas: classificação e bulário das principais drogas de abuso. In S. Alarcon, & M. A. S. Soares Jorge (Org.), *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo* (pp. 103-130). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Alarcon, S., Belmonte, P. R., & Jorge, M. A. (2012). O campo de atenção ao dependente químico. In S. Alarcon, & M. A. S. Soares Jorge (Org.), *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo* (pp. 63-82). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Albertani (2011). Prevenção na escola: um novo olhar, uma nova prática. In E. A. Silva, & D. Micheli (Org.), *Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa* (pp. 637-656). São Paulo: Fap-Unifesp.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amstalden, A. L., Hoffman, M. C., & Monteiro, T. P. (2010). A política de saúde mental infantojuvenil: seus percursos e desafios. In E. Lauridsen-Ribeiro, *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS* (pp. 33-45). São Paulo: Hucitec.
- Andrade, R. C.; Silva, V. A., & Assumpção Jr., F. B. (2004). Preliminary data on the prevalence of psychiatric disorders in Brazilian male and female juvenile delinquents. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 37(8), 1155-1160.
- APA (1995). *DSM IV: manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Araldi, J. C., Njaine, K., Oliveira, M. C. & Ghizoni, A. C. (2012). Representações sociais de professores sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas na adolescência: repercussões nas ações de prevenção na escola. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 135-148. Epub March 06, 2012. Recuperado em 13 de dezembro de 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100011&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1414-32832012005000002.
- Aries, P. (1978). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Baccara-Araújo, S. M. (2006). *Pai aproxima de mim esse cálice: significações de juízes e promotores sobre a função paterna no contexto da justiça* (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília, Brasília.

- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal.
- Brasil. Ministério da Justiça. (2005). *Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA*. Brasília: MEC, ACS, Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004a). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004b). *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas* (2.ed. rev. ampl.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção e recuperação da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2011c). *Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília: Ministério da saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011a). *O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades*. Brasília: UNICEF/ Fundo das Nações Unidas para a Infância.
- Brasil. Presidência da República (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília.
- Brasil. Presidência da República. (2006a). *Sistema nacional de atendimento socioeducativo – Sinase*. Brasília: CONANDA/Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- Brasil. Secretaria de Direitos Humanos. (2006b). *Parâmetros para a formação do socioeducador: uma proposta inicial para reflexão e debate*. Brasília: SEDH.
- Brasil. Secretaria de Direitos Humanos. (2011b). *Levantamento nacional do atendimento socioeducativo ao adolescente em conflito com a lei 2010*. Brasília: SEDH.
- Campos, G. F. (2008). *Adolescência: de que crise estamos falando?* Campinas: Setembro.
- Castiel, L., & Diaz, C. (2007). *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Chiaverine, D. H. (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde / Centro de estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- Codeplan (2012). *Retrato da infância e da adolescência no Distrito Federal*. Brasília: Seplan.
- Costa, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave*. Brasília: Positiva.

- Costa, I. I. (2006). *Adolescência e primeira crise psicótica: problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e psíquico grave*. Disponível em http://psicopatologiafundamental.org/uploads/files/ii_congresso_internacional/mesas_edondas/ii_con._adolescencia_e_primeira_crise_psicotica.pdf
- D'amico, E. J., Edelen M. O., Miles, J. N., & Morral, A. R. (2008). The longitudinal association between substance use and delinquency among high-risk youth. *Drug and Alcohol Dependency*, 93(1-2), 85-92.
- Dell'aglio, D. D., & Santos, L. L. (2011). Adolescentes em situação de vulnerabilidade: drogas, risco e resiliência. In E. A. Silva, & D. Micheli (Org.), *Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa* (pp. 231-255). São Paulo: Fap-Unifesp.
- Dias, E. O. (2003). *A Teoria do Amadurecimento de D W Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Ferigolo, M.; Barbosa, F. S.; Arbo, E.; Malysz, A. S.; Stein, A. T.; Barros, H. M. T. (2004). Prevalência do consumo de drogas na FEBEM, Porto Alegre. *Rev Bras. Psiquiatria*, 26(1), 10-16.
- Fonseca, A. C. (2010). O consumo de cannabis na adolescência: dados de um estudo português. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 44-2, 61-79.
- Fonseca, E. M., & Bastos, F. (2012). Os tratados internacionais antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas. In S. Alarcon, & M. A. S. Soares Jorge (Org.), *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo* (pp. 15-44). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Foucault, M. (1991). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Goffman, E. (2012). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC.
- Goldshmidt, D. & Moreira, F. (2009). O desenvolvimento na adolescência. In F. Moreira, M. Niel, & D. X. Silveira, *Drogas, família e adolescência* (pp. 31-38). São Paulo: Atheneu.
- Herrmann, F., & Lowerkron, T. (2004). *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Houaiss, A. (2001). *Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Knobel, M. (1981). A síndrome da adolescência normal. In A. Aberastury, & M. Knobel, *Adolescência normal: enfoque psicanalítico* (pp. 24-62). Porto Alegre: Artmed.
- Machado, A. R., & Miranda, P. S. C. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 14(3), 801-821. Recuperado em 5 de dezembro de 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300007&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0104-59702007000300007.
- Malta, D. C., Porto, D. L., Melo, F. C. M., Monteiro, R. A., Sardinha, L. M. V., Lessa, B. H. (2011). Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes. *Pesquisa*

- Nacional de Saúde dos Escolares. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14(1), 166-177.
- Marcílio, M. L. (2001). O jovem infrator e a FEBEM de São Paulo: história e atualidade. In D. L. Levisky, *Adolescência e violência: consequências da realidade brasileira* (pp. 175-185). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Martins, M. C., & Pillon, S. C. (2008). A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(5), 1112-1120.
- Micheli, D., & Renner, C. (2011). Problemas na validade do diagnóstico de abuso e dependência de álcool e outras drogas em adolescentes. In E. A. Silva, & D. Micheli, (Org.), *Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa* (pp. 175-179). São Paulo: Fap-Unifesp.
- Micheli, D., Formigoni, M. L., Andrade, A. L. & Abrahão, K. P. (2011). Neurobiologia das drogas de abuso na adolescência. In E. A. Silva, & D. Micheli (Org.), *Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa* (pp. 119-131). São Paulo: Fap-Unifesp.
- Miranda, L., & Campos, R. T. O. (2013). Balizamentos éticos para o trabalho em saúde mental: uma leitura psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(1), 100-115.
- Moreira, F., & Andreoli, S. (2009). Como promover saúde e prevenir o uso de drogas no ambiente escolar. In F. Moreira, M. Niel, & D. X. Silveira, *Drogas, família e adolescência* (pp. 53-66). São Paulo: Atheneu.
- Moreira, F., & Silveira, D. X. (2009). O que é prevenção ao uso indevido de drogas? In F. Moreira, M. Niel, & D. X. Silveira, *Drogas, família e adolescência* (pp. 25-30). São Paulo: Atheneu.
- Moura, Y. G. (2011). Uso e abuso de drogas entre adolescentes em diferentes contextos. In E. A. Silva, & D. Micheli (Org.), *Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa* (pp. 257-270). São Paulo: Fap-Unifesp.
- MPDFT (2011). *Relatório de pesquisa: perfil do adolescente infrator*. Brasília.
- Nascimento, M. L., Cunha, F. L., & Vicente, L. M. D. (2007). A desqualificação da família pobre como prática de criminalização da pobreza. *Revista Psicologia Política*, 7(14). Recuperado em 5 de dezembro de 2013, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2007000200006&lng=pt&tlng=pt.
- Nasio, J.-D. (2011). *Como agir com um adolescente difícil? Um livro para pais e profissionais*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Niel, M., Moreira, F., & Silveira, D. (2009). Reflexões sobre o uso indevido de drogas. In F. Moreira, M. Niel, & D. X. Silveira, *Drogas, família e adolescência* (pp. 71-90). São Paulo: Atheneu.

- Noto, A. R., Galduróz, J. C. F., Nappo, S. A., Fonseca, A. M., Carlini, C. M. A., Moura, Y. G., & Carlini, E. A. (2003). *Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: Cebrid.
- Noto, A. R., Sanchez, Z. V. M., & Moura, Y. G. (2011). Uso de drogas entre adolescentes brasileiros: padrões de uso e fatores associados. In E. A. Silva, & D. Micheli (Org.), *Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa* (pp. 101-118). São Paulo: Fap-Unifesp.
- Olievenstein, C., & Parada, C. (2005). *Como um anjo canibal: droga, adolescentes, sociedade*. São Paulo: Loyola.
- Outeiral, J. (1994). *Adolescer: estudos revisados sobre a adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Ouvry, O. (2010). Adolescência e violência. In D. Amparo, *Adolescência e violência: teorias e práticas nos campos clínico, educacional e jurídico* (pp. 19-44). Brasília: Líber.
- Ozella, S. (2011). Adolescência: um estereótipo ou uma construção histórico-social. In: E. A. Silva, & D. Micheli (Org.), *Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa* (pp. 31-50). São Paulo: Fap-Unifesp.
- Pacheco, M. L. (2013). *Saúde mental e Economia Solidária: trabalho como dispositivo de autonomia, rede social e inclusão* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Piccolo, F. D., & Leal, A. L. (2011). Aspectos socioculturais do uso de substâncias psicoativas na juventude. In E. A. Silva, & D. Micheli (Org.), *Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa* (pp. 183-207). São Paulo: Fap-Unifesp.
- Pinho, S. R., Dunningham, W., Aguiar, W. M., Andrade Filho, A. S., Guimarães, K.; Guimarães, K., ... Dunningham, V. (2006). Morbidade psiquiátrica entre adolescentes em conflito com a lei. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(2), 126-130.
- Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal – PDR (2007)*.
- Porto, K., & Costa, A. (2013). Relatório de execução do Plano Distrital de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (agosto a outubro de 2013). Brasília: DISAM/SAS/SES/DF.
- Reis, A. O., Delfini, P. S., Dombi-Barbosa, C. & Neto, M. M.. (2010). Breve história da saúde mental infantojuvenil. In E. Lauridsen-Ribeiro, *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS* (pp. 109-130). São Paulo: Hucitec.
- Rioseco, P., Vicente, B., Valdivia, S., Cova, F., Melipillan, R. & Rubi, P. (2009). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley: Estudio caso-control. *Rev. chil. neuro-psiquiatria*. Vol.47, n.3, 190-200.
- Rizzini, I. & Rizzini, I. (2004). *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio.

- Rocco, C. (2004). *Contribuições da teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott para o atendimento socioeducativo ao adolescente privado de liberdade* (Dissertação de Mestrado). PUC São Paulo, São Paulo.
- Rotelli, F. (2001). A instituição inventada. In F. Rotelli, O. Leonardis & D. Mauri, *Desinstitucionalização* (pp. 89-99). São Paulo: Hucitec.
- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In F. Rotelli, O. Leonardis, & D. Mauri, *Desinstitucionalização* (pp. 17-59). São Paulo: Hucitec.
- Russo, J., & Venâncio, A. T. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a ‘revolução terminológica’ do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9, 460-483.
- Sarmiento, R. M. B., Obadia, R. C. M., Camacho, P. G., Rocha, M. R. L., & Thuler, L. C. S. (2011). Fidedignidade e completude dos prontuários médicos em relação aos eventos ou reações adversas em pesquisa clínica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 57(4), 535-540.
- Scivoletto, S. (2011). Mudanças psicológicas na adolescência e o uso de drogas nesta faixa etária. In E. A. Silva, & D. Micheli (Org.), *Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa* (pp. 71-90). São Paulo: Fap-Unifesp.
- SENAD (2010). *VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010*. Brasília: SENAD.
- Sudbrack, M. F. O. (2011). Apresentação. In E. A. Silva, & D. Micheli (Org.), *Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa* (pp. 17-19). São Paulo: Fap-Unifesp.
- Telles, H. P. (2010). A criança nos discursos da saúde mental: um percurso histórico a partir de recomendações para políticas públicas. In E. Lauridsen-Ribeiro, *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS* (pp. 131-143). São Paulo: Hucitec.
- Tenório, F. (2000). Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. *Cadernos IPUB*, 6(17), 79-91.
- Vicentin, M. C., & Rosa, M. D. (2010). Os intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. *Revista Psicologia Política*, 10(19), 107-124. Recuperado em 5 de dezembro de 2013, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2010000100010&lng=pt&tlng=pt.
- Vitalle, M. S. S. (2011). Vulnerabilidade e risco na adolescência. In E. A. Silva, & D. Micheli (Org.), *Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa* (pp. 51-69). São Paulo: Fap-Unifesp.
- Winnicott, D. W. (1999). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes.

- Winnicott, D. W. (2005). *Privação e delinquência*. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes.
- Wong (2011). Prefácio. In E. A. Silva, & D. Micheli (Org.), *Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa* (pp. 21-23). São Paulo: Fap-Unifesp.
- Xavier, D. (2013). Política atual de álcool e outras drogas e perspectivas. In Conselho Federal de Psicologia, *Drogas, direitos humanos e laço social* (pp. 73-82). Brasília: CFP.