

Cuidado em saúde ao adolescente em vulnerabilidade ao uso de drogas

Health care for adolescents who are susceptible to drug use

Grasiella Bueno Mancilha¹, Amalia Neide Covic¹

DOI: 10.1590/2358-289820241408516P

RESUMO Este artigo trata das adolescências, no plural, como construção histórico-social de um processo dinâmico, e do adolescente perante seus modos de vida e expressão em um contexto histórico-social e singular. Entende-se aqui que ações meramente prescritivas são insuficientes para responder às complexidades dos processos de adoecimento mental na sociedade contemporânea. Objetivou-se compreender o contexto das práticas de cuidado em saúde ao adolescente em vulnerabilidade, diante do uso de drogas, na dimensão das tensões dos campos de práticas do cuidado em saúde. Estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, que realizou entrevistas com profissionais da área da saúde (Unidade Básica de Saúde e Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil). Destacam-se as tensões no campo de práticas entre o modelo assistencial biomédico e de guerra às drogas *versus* o psicossocial/comunitário; redução de estigma; acesso; redução de danos e nos atendimentos individuais, bem como a importância de refletir e fomentar o processo de mudança da mentalidade diante do adoecimento mental, visando atualizar as formas de cuidar. Esse processo tem sido realizado conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com avanços e retrocessos que repercutem na atualização das práticas de cuidado em saúde mais alinhadas às propostas de ações psicossociais e redutoras de vulnerabilidade.

PALAVRAS-CHAVE Adolescentes. Uso recreativo de drogas. Vulnerabilidade em saúde. Saúde mental.

ABSTRACT *This article deals with adolescences, in the plural, as a socio-historical construction of a dynamic process and with the experience of adolescents with their lifestyle and self-expression in a unique socio-historical context. It assumes that purely prescriptive measures are insufficient to address the complexity of mental illness processes in contemporary society. This study aims to understand the context of health care practices for vulnerable youth, particularly those involved in substance use, through the lens of tensions in health practice domains. This is an exploratory, descriptive study using a qualitative approach, with interviews conducted with health professionals (in Basic Health Unit and Psychosocial Care Center for Children and Adolescents). The study highlights the tensions within health practice between the biomedical model and the war on drugs and a community-based psychosocial approach; it underlines the need for reducing stigmatization, improving access, harm reduction, and individualized care. It also emphasizes the importance of considering and promoting a shift in mentality towards mental illness in order to develop care strategies. This process was carried out in line with the principles of the Brazilian Mental Health Reform, with advances and setbacks that affect the updating of health practices, which are more oriented towards proposals for psychosocial and vulnerability-reducing actions.*

KEYWORDS *Adolescents. Recreational drug use. Health vulnerability. Mental health.*

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil.
grasiella.mancilha@gmail.com



Introdução

Parte-se da compreensão de que há adolescências, no plural, por serem estas construídas como um fenômeno sociocultural contemporâneo e complexo, uma noção que pretende dar um salto em relação aos recortes meramente biológicos, etários, normalizadores e homogeneizantes que cercam os adolescentes, contribuindo, assim, para avançar em uma compreensão singular da questão¹⁻⁵.

Para o adolescente, muitas situações são experimentadas pela ‘primeira vez’, e vividas com muita curiosidade, intensidade e criatividade. Essas novas e diferentes experiências são oportunizadas por seu meio social e cultural, conferindo características singulares aos modos de ser e viver e aos diferentes estilos de vida⁶⁻⁸.

A forma como as práticas de cuidado em saúde, destinadas a essa população, estão organizadas passa por uma reestruturação, e alguns esforços para embasar essas práticas têm ocorrido, como a linha de cuidado ao adolescente e jovem no Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de São Paulo⁹. Entende-se, nessa nova abordagem, que o processo de cuidar contempla o sujeito em sua integralidade, de forma biopsicossocial, sendo permeado pelas formas de viver e trabalhar, ou seja, influenciado por condições econômicas, culturais e sociais. As práticas em saúde correspondem a tentativas sempre plurais e que contribuem para a compreensão contínua e dinâmica dessa complexidade e integralidade do sujeito singular e coletivo¹⁰.

Para a elaboração de um plano de cuidados do adolescente em situação de vulnerabilidade – em consonância com o SUS (sobretudo no que se refere à integralidade); com a Rede de Atenção Psicossocial (Raps); e com as estratégias de Redução de Danos (RD) –, os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) elaborados, afinados com a teoria de vulnerabilidade em saúde, possuem ações amplas e potencialmente mais efetivas por compreenderem o processo de adoecimento de forma complexa e interconectada pelas situações vivenciadas pelo

adolescente, destacando aqui as complexidades que tangem o uso, ou vulnerabilidade ao uso, de álcool e de outras drogas.

A vulnerabilidade é entendida diante de três dimensões ou componentes: a individual, a social e a programática, sendo elas interconectadas e interdependentes. A teoria da vulnerabilidade em saúde instrumentaliza para que se analisem as complexas e diferentes realidades vivenciadas pelos sujeitos, o que constitui os processos saúde-doença populacionais¹¹⁻¹³.

O conceito de vulnerabilidade em saúde se expandiu diante do processo de crise das práticas biomédicas de cuidado. As ações meramente prescritivas não são suficientes para responder as complexidades dos processos de adoecimento mental da população na sociedade contemporânea. O sujeito que precisa de cuidados em saúde é visto como um agente protagonista em sua vida e que necessita ir além de sua ‘força de vontade’ para apreender as informações do que ‘deve’ ou ‘pode’ fazer em comportamentos redutores de vulnerabilidade¹¹⁻¹³. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi compreender o contexto das práticas de cuidado em saúde ao adolescente em vulnerabilidade diante do uso de drogas, na dimensão das tensões no campo de práticas do cuidado em saúde e no atendimento individual.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, utilizando a análise do conteúdo do discurso¹⁴, produto de uma tese. Foram selecionados os três territórios com maior índice de vulnerabilidade juvenil da zona leste da capital paulista – um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Caps IJ) e uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de cada um dos territórios. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, na modalidade on-line e individuais, com duração média de 40 minutos, gravadas em áudio e transcritas.

Participaram do estudo: nove profissionais, todos do gênero feminino entre 35 e 47 anos,

seis deles atuantes em Caps IJ e três atuantes em UBS. Quanto à área de formação das participantes: quatro assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira, duas psicólogas e uma pedagoga, desempenhando cargo de funcionária. A análise dos dados produzidos aconteceu em três etapas: Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos resultados: inferências e interpretação. Buscou-se o entendimento do sentido da comunicação e, principalmente, procurou-se outra significação, outra mensagem passível de se enxergar por meio ou ao lado da primeira.

A pré-análise envolveu o primeiro contato com o material, sua organização e as definições operacionais e sistematização das ideias, elaborando um plano de análise. O material foi organizado, analisado e, em posse do conteúdo, realizou-se a seguinte sequência de operacionalidade: leitura flutuante; escolha dos documentos; formulação de hipóteses e objetivos, referenciação dos índices e preparação do material a ser analisado¹⁴. Os dados apresentados neste artigo dizem respeito ao eixo de análise referente às práticas de cuidado em saúde ao adolescente na dimensão do campo das práticas do cuidado em saúde. A categoria apresentada se refere às práticas na relação de cuidado ao adolescente em vulnerabilidade ao uso de drogas; e as subcategorias: o cenário das práticas entre o modelo biomédico e manicomial *versus* práticas psicossociais e comunitárias; guerra às drogas *versus* redução de danos; estigma; acesso; atendimento individual e a compreensão dos diferentes padrões de uso e motivações para o uso. A pesquisa foi aprovada com o CAAE 30166520.4.0000.5505 e parecer 4.072.119.

Resultados e discussão

Desde o movimento de Reforma Sanitária, o modelo assistencial em saúde no Brasil vive tensões que colocaram em questionamento as práticas biomédicas. Por serem, muitas vezes, dispendiosas financeiramente e pouco

resolutivas, ocuparam-se com a queixa em si, intervindo no efeito, e não na causa¹⁵.

No Brasil, há um modelo historicamente hospitalocêntrico no que diz respeito às práticas de cuidado da pessoa que adoece mentalmente, cenário que produziu imensa exclusão e estigmatização dessas pessoas. Essas práticas estão marcadas por concepções do modelo médico-moral que consolidou o tratamento psiquiátrico com enfoque em medicamentos e disciplinarização, o que implica maus-tratos, coerção e abandono, destituindo o sujeito de sua autonomia. A concepção do adoecimento mental que tem raízes nesse modelo de cuidado enfoca a doença, o remédio, a internação, o médico e a obediência¹⁶.

As práticas psicossociais concebem o adoecimento mental como fenômeno biopsicossocial que busca compreender a pessoa que adoece como única e influenciada por seu meio e suas relações. Assim, as práticas de cuidado a serem construídas são as que consideram a integralidade e a singularidade da pessoa, integrando nessa compreensão as diversas dimensões de sua vida, como contexto familiar, social, comunitário, econômico e cultural¹¹.

Os profissionais relatam viver em uma crise relacionada com as práticas do cuidado em saúde, caracterizada por uma dualidade marcante e que tenciona as diferentes concepções entre os modelos de cuidado biomédico e de cuidado psicossocial, com uma demanda (social e familiar) em que predomina a lógica da internação.

E2: O desafio tem a ver, principalmente, com essa solicitação da internação. Que vem essa cultura que o adolescente ou a criança precisa estar em um grupo e você só ficaria em ambiente hospitalar com outras pessoas cuidando, sem você dar alguma autonomia ao sujeito. Quando a gente fala da proposta de acolhimento do Caps, ela confronta com essa idealização de uma internação, de estar livre. Então é uma briga muito desigual e aí a gente diz para família, 'vamos trabalhar' e a família diz, 'estou muito cansada, eu prefiro que ele esteja em outro lugar'.

Esse ‘outro lugar’ é um local de internação, fechado e ‘longe’ da realidade social do estilo de vida do adolescente. O contexto hospitalar ou de uma instituição fechada é um local ‘artificial’, pois não representa os reais desafios aos quais esse adolescente está exposto em sua comunidade e que caracterizam condições geográficas e existenciais. Isso permite afirmar que um afastamento dessa realidade, ou seja, das situações que o vulnerabilizam, não será considerado nem trabalhado durante uma internação de forma suficiente; e que, ao ter alta, o adolescente retornará ao seu contexto, com todas as situações que o vulnerabiliza. Assim, esse jovem estará desconectado de práticas de cuidado que sejam mais efetivas no que diz respeito ao desenvolvimento de comportamentos e atitudes mais saudáveis. É importante salientar que, no processo de cuidado e acompanhamento do adolescente, é fundamental conhecer o modo de consumir drogas ou mesmo as dimensões ‘para quê?’, ‘por quê?’ e ‘como?’ se dá o uso de drogas em sua vida, desenvolvendo formas de construção de um cuidado a partir das necessidades do adolescente e do que faz sentido para ele, por meio de estratégias de educação em saúde participativas com intenção emancipatória^{17,18}.

Torna-se necessário, portanto, o acompanhamento, o desenvolvimento e a elaboração de projetos, mediante ações práticas que transformam concretamente as condições de vida por meio de intervenções psicossociais conectadas com as necessidades do adolescente e que lhe enriqueçam pessoal e socialmente¹⁹.

É nessa tensão que o campo das práticas do cuidado em saúde ao adolescente tem acontecido. As subcategorias que se seguem apresentam análises para que os profissionais de saúde possam conduzir processos de cuidado e acompanhamento aos adolescentes de forma a construir intervenções e uma relação de cuidado mais alinhadas ao modelo biopsicossocial.

A resistência e a militância antimanicomial tornam-se, especialmente, importantes. Diante de diversas situações consideradas um ataque

às conquistas já consolidadas na política nacional de saúde mental, e dos consequentes retrocessos no campo das práticas de saúde que estão entretendo o avanço do modelo psicossocial, é especialmente importante resistir e trabalhar em prol da pessoa, salvaguardando seus direitos e oferecendo práticas de cuidado em saúde alinhadas com o que se direciona pelo modelo psicossocial.

Guerra às drogas *versus* Redução de Danos

Diante da contextualização do cenário de práticas no cuidado ao usuário de drogas, um dos desafios são as práticas ancoradas na compreensão do modelo de guerra às drogas, sendo decorrente de uma série de concepções moralistas e proibicionistas ao uso de drogas, culpabilizando o sujeito e delegando a este, exclusivamente, a escolha de cessar o uso, ou seja, o ‘sucesso’ do tratamento é entendido quando (e somente quando) há abstinência do uso da substância psicoativa. O viés moral acerca do ‘usuário de drogas’ o reduz; e, assim, limita a percepção acerca do que e como pode ser realizado o cuidado a essa pessoa, sendo que o entendimento é a abstinência das drogas como o único horizonte terapêutico, valorizando estratégias como a internação em detrimento de outras possibilidades de cuidado²⁰.

A RD busca compreender a dinâmica do uso de drogas feito pelo usuário naquele momento atual de vida e, conseqüentemente, ampliar as possibilidades de cuidado, para além da dicotomia de usar ou não drogas, pois o enfoque não é a droga, e sim a pessoa/adolescente; desse modo o sucesso do cuidado não ocorre somente quando ele está abstinente de drogas, o que ressignifica e amplia as propostas de cuidado¹³.

A RD visa conduzir um processo de cuidado e práticas que pretende gerar momentos de reflexões diante das escolhas do usuário de drogas e de como ele assume ou não o protagonismo destas, ou mesmo se tem oportunidades de fazer essas ‘escolhas’ de forma diferente^{11,21-23}.

Os profissionais percebem e questionam as incoerências das práticas proibicionistas *versus* redutoras de danos. A percepção a seguir traduz como essa incoerência pode aparecer no cotidiano.

E9: [...] *Tem uma placa assim: 'proibido fumar' bem ali e aí o adolescente, como é que eu vou segurar um adolescente aqui falar para ele ficar aqui que a gente tá pensando nele e ele não tá usando a maconha não tá usando crack, mas ele pede para fumar um cigarro [de nicotina] e eu falo que não, como é que eu vou lidar com isso? Que a gente consiga sair dessa caixa que é tão fechada, não é uma caixa que a gente consegue abrir os lados, e sair e voltar de novo, não, é uma caixa muito fechada e, é sempre, é muito único, né?*

A percepção acima dispara uma importante reflexão sobre a coerência das práticas de cuidado em saúde pautadas em ações redutoras de danos e que ampliem as possibilidades de compreensão, e, até mesmo, que discutam com o adolescente essas limitações percebidas, para também convidá-lo a contribuir para a construção de práticas de cuidado que se proponham a reformular estratégias sempre plurais e que, muitas vezes, se limitam na 'caixa tão fechada'.

O balizamento das expectativas diante do que é ou deixa de ser sucesso no processo de cuidado ao adolescente é fundamental para administrar e conduzir as práticas de cuidado em equipe.

Ao perceberem uma barreira de acesso aos serviços de saúde, os profissionais e as equipes fortalecem estratégias de busca ativa e alteram processos de trabalho restritos ao espaço da unidade de saúde para que aconteçam na comunidade de forma contínua, construindo projetos de cuidado longitudinais e em parceria com outros serviços e líderes comunitários⁹.

Estigma

A construção do modelo assistencial manicomial e de guerra às drogas colaborou

e intensificou a construção social de um sistema de crenças diante da pessoa usuária de drogas como 'nóia', 'vagabunda', que possui 'desvio de caráter', que não tem 'força de vontade' suficiente para parar de usar drogas, ou mesmo como 'incapaz' de mudar seus comportamentos²⁴.

A estigmatização da pessoa que usa drogas pode ser tão incapacitante quanto o processo de adoecimento, ou seja, quanto mais o ambiente em que a pessoa vive é estigmatizador, maiores são as dificuldades e os obstáculos ao cuidado, pois o estigma social inviabiliza o trabalho, impede a autonomia e impacta negativamente no tratamento e na qualidade de vida da pessoa²⁴.

E5: *Ainda tem esse estigma da saúde mental, porque que precisa passar com o profissional de saúde mental, mas eu faço uso recreativo, isso não impacta em nada na minha vida, eu vou pra escola e circulo no território. Então eu vejo que a gente tem muita essa dificuldade mesmo, assim da conscientização, sabe, das famílias de entenderem, eu sinto que em alguns momentos, isso é muito naturalizado o uso da droga. Quando vem o prejuízo, é aí pela violência, doença, enfim.*

Uma das ações redutoras de estigma social é falar sobre ele, porém, antes, os próprios trabalhadores da saúde devem realizar autorreflexões e reuniões de equipe sobre o tema. Isso pode ser feito, por exemplo, por meio da pergunta: "Como eu vejo o [adolescente] que usa drogas?". Essas oportunidades permitem que o trabalhador questione e reflita acerca da sua própria visão sobre o tema.

Outras ações, na comunidade, são: abordagens como protestos com relação a linguagem e imagens pejorativas que a mídia divulga associadas aos usuários de drogas; o estabelecimento de contato entre as diversas pessoas da comunidade, com o intuito de promover a troca de experiências e a oportunidade de desestigmatizar o assunto, ao terem a chance de perceber que há crenças errôneas²⁴.

Acesso

A garantia de acesso ao sistema de saúde é um dos direitos da população, que integra e discute os princípios fundamentais do SUS, os quais são mutuamente referentes e interconectados. É o princípio da universalidade, por exemplo, que impulsiona a construção do acesso para todos¹¹. Nesse sentido, quais são alguns dos desafios do acesso do adolescente aos serviços de saúde que o atende (ou possuem diretrizes para que ele receba atendimento)?

Como um dos elementos do sistema de saúde, o acesso é uma das formas de desenvolver a qualidade da assistência à saúde. À medida que se conhecem as barreiras para que a população chegue aos serviços, é possível elaborar estratégias que viabilizem sua chegada e, com isso, potencializar a continuidade do cuidado.

As características que prejudicam o acesso aos serviços de saúde são consideradas em duas principais dimensões, as organizacionais e as geográficas²⁵. São citados: localização da unidade de saúde; não saber onde se deve procurar atendimento em saúde para além das situações de urgência; e dificuldade de chegar até o serviço de saúde, por fatores como a precariedade e escassez de transporte. Os apontamentos de barreiras como a confidencialidade, o desconhecimento do que os serviços oferecem como atendimento e não possuir abertura com os profissionais para falar sobre suas preocupações de saúde são os fatores que afastam o adolescente desses serviços²⁵.

Segundo a Linha de Cuidado ao Adolescente e Jovem (LCA&J)⁹, o sigilo e a confidencialidade devem ser garantidos, e falados explicitamente ao adolescente em todo o atendimento, garantindo, assim, o seu direito²⁶ e colaborando para que ele se sinta seguro e aberto para relatar suas queixas.

Há uma importante lacuna entre o que os adolescentes precisam e o modo como os profissionais das equipes de saúde têm trabalhado⁹. Como construir pontes para garantir e ampliar o acesso a essa população?

E9: É um dos desafios que me pega muito é como que eles chegam, eles não chegam. Então assim, é muito pouco, a gente tem poucos atendidos adolescentes que estão aqui cadastrados, tem prontuário e que fazem uso. A gente tem pouquíssimos... E os que têm para acesso na unidade, eles também, a gente tem um desafio de vincular eles com os atendimentos terapêuticos. É, esse é um desafio tipo que me pega muito e faz com que, eu faço, eu tente muitas ações no território de é, não só de redução de danos, mas de prevenção, né?

Os profissionais detectam que há uma demanda pelo atendimento aos adolescentes, principalmente nas UBS, mas que, de fato, eles não acessam o serviço. Eles questionam quais são os motivos pelos quais os adolescentes têm tantos obstáculos ou não acessam os serviços de saúde, mesmo para os atendimentos de prevenção aos agravos à sua saúde.

O ‘não lugar’ desses adolescentes nesses espaços são formas e movimentos de uma lógica de funcionamento dos serviços e dos processos de trabalho. Esses espaços, muitas vezes, não são atrativos ao adolescente por diversas razões: por desconhecimento das atribuições dos serviços; por acreditarem que devam procurar somente quando há problema ou queixas (dor ou lesão), ou em situações específicas, como vacinas e demandas sobre sexualidade (camisinha, teste de gravidez, pílula do dia seguinte, teste de HIV); ou ainda por demandas da puberdade, como a menarca⁹.

Os ‘não lugares’ estão entrelaçados com os lugares antropológicos, a dicotomia de espaços construídos e os espaços vividos. Os lugares antropológicos estão carregados de sentido social. A escola, a rua, a casa ou o serviço de saúde são os locais onde cada movimento é interpretado. Há uma súbita e rápida substituição de lugares por não lugares, tornando a cidade cada vez mais um espaço de anonimato e solidão – onde prevalece a liberdade (indivíduo) sobre o sentido (social)²⁷.

Na sociedade contemporânea, em que há uma grande e rápida transformação, quando o ritmo das mudanças ultrapassa o ritmo da

vida, nada está à espera, tudo muda constantemente. Segundo Sá²⁷, os não lugares permitem uma grande circulação de pessoas, imagens e símbolos, que são meros espectadores de um espetáculo do qual ninguém faz parte verdadeiramente, o que permite inferir que são processos que afetam diretamente a construção de identidade e pertencimento do adolescente.

Conhecer as culturas juvenis, no sentido de buscar compreender (em parte) o que desejam ou mesmo o que não desejam, amplia as possibilidades e a elaboração de estratégias de cuidado que possam auxiliá-los na construção do seu lugar no mundo, entendendo que a negação da cultura vigente, constantemente imposta pela geração anterior ao adolescente, é parte do processo de construção identitária e de novos lugares no mundo. Não só pelo vir a ser, mas pelo que são no presente⁹. Conhecer as situações em que esses adolescentes chegam até os serviços de saúde ajuda a compreender parte da dinâmica de funcionamento, de somente acessarem os serviços de saúde quando um comportamento é visto como disfuncional, problemático e incômodo.

Para a contribuição de lógicas de funcionamento do sistema de saúde mais condizentes com as diretrizes psicossociais, de detecção precoce e busca ativa, priorizando ações de prevenção, os serviços que possuem Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizam com mais efetividade o encontro com os adolescentes e suas famílias em seu contexto comunitário. A busca ativa é uma diretriz no trabalho das equipes de saúde da família e é recomendação encontrada também na LCA&J para o trabalho com adolescentes e jovens⁹.

Um ponto de destaque para entender outros obstáculos que não permitem o acesso dos adolescentes em extrema vulnerabilidade aos serviços de saúde é a consequência de preconceito, discriminação e violência sentida por eles quando procuram esses serviços. Relatam que vivem situações discriminatórias enquanto aguardam os atendimentos e até mesmo quando são atendidos, sentindo-se humilhados, e, muitas vezes, respondem

a essas situações também de forma violenta (sentindo-se julgados e invadidos ao serem ‘interrogados’)²⁸.

Reiteradamente, eles se sentem discriminados pelas vestimentas, pela forma de andar e pelo uso de gírias, e, frequentemente, respondem a isso com violência²⁸.

Uma das maneiras de realizar os encontros com os adolescentes é por meio da articulação intersetorial entre a saúde e a educação. Essa é uma estratégia de cuidado em que os profissionais transitam nos territórios que atendem e constroem proximidade, vínculo e mostram que cuidado em saúde se dá de uma forma mais ampla, e que não é necessário estar com alguma queixa ou problema para acessar os serviços de saúde⁹.

Essa mudança de atitude requer uma mudança de mentalidade diante do conceito de saúde tanto da população quanto das lógicas de funcionamento de serviços de saúde, que ainda operam em lógicas biomédicas, e que medem sua produtividade por intermédio da quantidade de atendimentos, funcionando de forma incoerente ao direcionado pelas políticas públicas já consolidadas, e que estão fragilizadas, quadro agravado pelo contexto de pandemia. Assim, os desafios estão tanto nas características próprias da população adolescente quanto na forma de organização dos serviços.

Atendimentos individuais

Quais as principais diretrizes na condução do atendimento individual ao adolescente? Algumas características próprias dessa população requerem, dos profissionais, reflexões acerca da abordagem e da condução do acompanhamento.

E6: As nossas dificuldades em relação aos adolescentes é justamente essa questão da crítica, né? É você vai trabalhando com eles a questão da redução de danos, as questões dos prejuízos, que eles sim podem a fazer o uso dessa substância, mas que ele possa ocupar espaços na comunidade.

A importância da escuta é compreender como o adolescente vive e percebe a sua realidade, aceitando que há diversidade nessas vivências e compreensões. O profissional de saúde é aquele que desenvolve suas habilidades interpessoais, como a postura empática e a escuta qualificada, além de ter consciência da importância de gerenciar a sua tendência de querer ‘consertar as coisas’ e de ‘ter que convencer’ o adolescente de que aquilo que avalia é o melhor ou o correto²⁹.

Mais do que buscar falar a linguagem do adolescente, o profissional de saúde preparado e seguro considera que, mesmo entre os adolescentes, há uma grande diversidade; e, por isso, é importante estar aberto para escutar qual é a perspectiva daquele jovem, oferecendo a ele um espaço para que se expresse e se sinta reconhecido, não julgado e aceito como é. O reconhecimento, a legitimação e o não julgamento diante das falas do adolescente demonstram, portanto, aceitação, e contribuem para a construção de vínculo e confiança, favorecendo sobremaneira a qualidade dos atendimentos individuais³⁰.

E9: Mas eu fico feliz assim, quando o menino entende que esse espaço, é um espaço de cuidado para ele, aí dá uma satisfação assim, de chegar esse nível dele entender, ‘pô, não é todo mundo que quer me ver mal, né’.

Destaca-se, aqui, a importância de reconhecer as potencialidades do adolescente, como a criatividade e o engajamento, com vistas a construir espaços individuais e coletivos que colaborem para que ele tenha mais oportunidades para a construção de sua identidade e seja protagonista dessa construção. Assim, torna-se possível encontrar espaços para sua expressão e formas de que essa energia seja bem utilizada, favorecendo escolhas saudáveis para seu crescimento e desenvolvimento. Com isso, objetiva-se incrementar seu bem-estar e qualidade de vida ao construir espaços que promovam saúde mental e espaços protetivos de convivência entre os pares e na comunidade^{9,31}.

Compreensão das diferentes motivações e padrões de uso

Há diferentes motivações para o uso de drogas e parte do processo de cuidado é buscar compreender ‘o quê’, ‘quando’ e ‘em busca de quê’ (prazer, fuga...) o adolescente relata ter iniciado esse uso e, inclusive, entender os motivos pelos quais ele permanece usando, ou seja, qual o padrão de uso de drogas presente. É importante investigar qual(is) a(s) droga(s) de escolha, a via de administração, a quantidade que usa, a frequência, por quanto tempo usa e em que espaços – rua, festa, em casa e se faz uso sozinho ou com amigos.

Os diferentes padrões de uso descritos na literatura são: recreativo, beber pesado episódico – relacionado ao uso de bebidas alcólicas (descrito como *binge drinking*), abusivo ou nocivo e dependente. Estes possuem critérios diagnósticos que realizam a investigação clínica de como a pessoa faz o uso de drogas, se existem sintomas de abstinência, tolerância e fissura, e quais são as alterações de comportamento decorrentes, como os possíveis prejuízos escolares e nas relações interpessoais – familiares e amizades; buscando compreender se há estreitamento de repertório, ou seja, se o adolescente passa a maior parte do tempo envolvido com a obtenção, o uso e a recuperação¹⁸.

E4: A gente vai procurando entender, né? Em sua maioria, é o uso da maconha em si. A gente vai entendendo isso, se é um uso recreativo, se ele já tem uma percepção dos prejuízos que isso causa para ele, se já está interferindo não só na relação familiar, mas, por exemplo na escola, na aprendizagem, na socialização e na sua saúde.

Identifica-se que o uso de drogas é parte de um processo de adoecimento, que envolve desde uma busca de alívio de sintomas de sofrimento mental e emocional, como tristeza, até comportamentos de automutilação; podendo, também, estar associado com ideação e comportamento suicida.

E3: *É, essa adolescente tinha muita dificuldade de sustentar o desejo, eu não sei se é um termo correto, de sustentar o desejo de parar o uso. Porque, além da questão do uso, ela tinha um sofrimento psíquico muito grande, uma tristeza, então ela fazia automutilação.*

E4: *A gente já teve um caso de uma adolescente com o uso muito abusivo de álcool, com 16 anos, ela tinha até tentativas de suicídio.*

Esses relatos destacam que o uso de drogas, muitas vezes, vem acompanhado por outros quadros de sofrimento mental. A pandemia da Covid-19 também interferiu em aspectos relacionados com o aumento do sofrimento psíquico de adolescentes de forma geral, inclusive, diante do uso de drogas.

E6: *Então assim, a gente tem essas dificuldades né? De poder e a própria aderência a própria é... frequência do adolescente mesmo né? Que ele geralmente os adolescentes ele vem mais na crise tem alguns sim que criam vínculos né? Eles começam a vim nos grupos... Agora com a pandemia a gente percebe que essa questão do adolescente com o uso de substância, né? Devido ao isolamento, né? Essas relações frias e distanciadas assim da internet, né?*

A crise das práticas em saúde, principalmente em decorrência da pandemia da Covid-19, pede uma reflexão e ação diferentes para com as práticas que envolvem o adolescente:

E1: *A abordagem, eu acho que, é algo que precisa ser repensado. Talvez eu tenha essa visão porque eu estou na saúde mental, e eu penso de outro jeito e eu entendo que os meus colegas estão lá [UBS], estão em um momento gravíssimo, uma crise sanitária e tal. Mas eu acho que precisa sim ter um olhar um pouco mais amplo para isso. Porque a família vai desistindo, a rede vai desistindo, e eu não sei te dizer se é uma coisa muito mais individual ou se é o coletivo, mas até aqui mesmo assim, aqui em vários momentos, o que eu tenho mais a ofertar? o que meus colegas mais vão ofertar?*

Conhecer as razões e as motivações específicas de cada adolescente quanto ao uso de drogas permite ao profissional desconstruir visões estigmatizantes e aproximá-lo do adolescente. Dessa forma, ele pode verbalizar que tem interesse em conhecer a história de vida desses jovens, no intuito de juntos construírem estratégias de cuidado na elaboração do seu projeto de vida, até mesmo de resgatar desejos e sonhos, cultivando um espaço de esperança e capacidade de transformação, por meio da resiliência e do fortalecimento de uma rede de apoio.

O trabalho, cada vez mais emergente e urgente, para intensificar ações educativas coletivas, e mobilizar a construção de espaços de criação e discussão, busca identificar e refletir que tipo de produção de saúde se está (re)produzindo, com o intuito de refletir e fomentar a mudança da mentalidade diante do adoecimento mental e, conseqüentemente, visando atualizar as formas de cuidar. Ressalta-se que esse trabalho tem sido realizado historicamente desde os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas ainda se vive com intensas pressões para o retorno de espaços manicomial e retrocessos em conquistas^{9,18,28}.

As práticas norteadas pela integralidade em seus eixos necessidades, finalidades, articulações e interações são o fio condutor importante para as práticas de cuidado em saúde ao adolescente. Nesse sentido, elas contemplam dimensões que integram o usuário ao serviço de saúde e o olhar da vulnerabilidade em saúde em suas dimensões individual, social e programática, fornecendo, às equipes de saúde, reflexões e um posicionamento mais qualificado diante das situações complexas vividas pelo adolescente e sua família nesse contexto em que estão vulneráveis.

Considerações finais

Uma das principais contribuições da dimensão aqui discutida é que os tópicos apresentados foram importantes para destacar, refletir e

fomentar a ideia de que se vive um profícuo processo de desmitificação com relação ao adoecimento mental, atualizando as formas de cuidar. Ressalta-se que essa transição é histórica, acontecendo desde os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas ainda há importantes movimentos a serem consolidados, já que se vive ainda com intensas pressões para o retorno de espaços manicomiais e retrocessos em conquistas, haja vista os movimentos governamentais atuais para o desmonte da Raps e os investimentos ‘congelados’ para serviços como os Caps, os Serviços Residenciais Terapêuticos e os Centros de Convivência e Cultura. À medida que mais profissionais ampliam e transformam sua maneira de perceber as adolescências e o adolescente, sua forma de ser e estar no mundo, a família como um sistema, os cenários social, econômico e

político em que habitam, influenciam e são influenciados, atualizam as possibilidades de cuidado.

É importante salientar que uma limitação do presente estudo é apresentar apenas uma das faces de um problema de grandes proporções, não conseguindo abarcar a complexidade desse fenômeno contemporâneo, atravessado por muitos outros aspectos sociais, econômicos e políticos, o que motiva a pensar na continuidade dos estudos sobre o tema.

Colaboradoras

Mancilha GB (0000-0002-2698-7347)* e Covic AN (0000-0001-9700-7169)* contribuíram para concepção, coleta de dados, análise e elaboração do texto. ■

Referências

1. Catani AM, Gilioli RSP. *Culturas Juvenis: múltiplos olhares*. 1. ed. São Paulo: UNESP; 2008. (Paradigmáticos Série Cultura).
2. Dayrell J. O jovem como sujeito social. *Rev. Bras. Educ.* 2003 [acesso em 2018 jun 4]; 24:40-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782003000300004>.
3. Abramo HW. O uso das noções de adolescência e juventude no contexto brasileiro. In: Freitas MV, organizadora. *Juventude e adolescência no Brasil: referências conceituais*. 2. ed. São Paulo: Ação Educativa; 2005. p. 19-35. [acesso em 2018 jun 4]. Disponível em: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/05623.pdf>.
4. León OD. Adolescência e juventude: das noções às abordagens. In: Freitas MV, organizadora. *Juventude e adolescência no Brasil: referências conceituais*. São Paulo: Ação Educativa; 2005. p. 9-18. [acesso em 2018 jun 4]. Disponível em: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/05623.pdf>.
5. Ozella S, Aguiar WMJ. Desmistificando a concepção de adolescência. *Cad. Pesq.* 2008 [acesso em 2018 jun 4]; 38(133):97-125. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742008000100005>.
6. Nascimento MO, Micheli D. Evaluation of different school-based preventive interventions for reducing the use of psychotropic substances among students: a randomized study. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015 [aces-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- so em 2020 dez 10]; 20(8):2499-2510. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.15152014>.
7. Pillon SC, Vasters GP. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. *Rev. lat.-am. enferm.* 2011 [acesso em 2018 jun 4]; 19(2):1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000200013>.
 8. Scivoletto S. Mudanças psicológicas na adolescência e o uso de drogas nesta faixa etária. In: Silva EA, Micheli D, organizadores. *Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa*. 1. ed. São Paulo: FAP-UNIFESP; 2011. p. 71-90.
 9. Nasser MA, Takiuti AF, Sala A, et al. organizadores. *Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo*. São Paulo: LCA&J; 2021. [acesso em 2022 jan 12]. Disponível em: <https://saudeadolescentesjovens.net.br/>.
 10. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc.* 2004 [acesso em 2021 jan 28]; 13(3):16-29. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>.
 11. Ayres JRC, Franca Junior I, Calazans GJ, et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czerenia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
 12. Brêtas JRS. Artigo de reflexão. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* 2010; 10(2):89-96.
 13. Sodelli M. Uso de drogas e prevenção: da desconstrução da postura proibicionista às ações redutoras de vulnerabilidade. 1. ed. São Paulo: IGLU; 2010.
 14. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 1. ed. São Paulo: Edições 70; 2016.
 15. Sousa PF, Maciel SC, Medeiros KT, et al. Paradigma Biomédico x Psicossocial: Onde são Ancoradas as Representações Sociais Acerca do Sofrimento Psíquico? *Trends Psychol.* 2018 [acesso em 2023 jul 18]; 26(2):883-95. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/TP2018.2-13Pt>.
 16. Arbex D. *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial; 2013.
 17. Soares CB, Godoy-Vieira A, Dias VFG, et al. Oficinas emancipatórias como instrumento de formação em saúde coletiva para o cuidado à família. *Atas CIAIQ.* 2019 [acesso em 2022 jan 11]; 2:435-43. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/336529484>.
 18. Soares FRR, Oliveira DIC, Torres JDM, et al. Motivações do consumo de drogas entre adolescentes: implicações para o cuidado clínico de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm.* 2020 [acesso em 2023 abr 16]; 54:1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018058003566>.
 19. Kinoshita RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta A, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 55-9.
 20. Silva RAN, Zambenedetti G, Piccianni CA. O Trabalho do agente comunitário de saúde no cuidado com pessoas que usam drogas: um diálogo com a PNH. *Polis e Psique.* 2012; 2(temático):59-72.
 21. Hart C. *Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia a nossa visão sobre as drogas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2014.
 22. Centro de Convivência É de Lei [You Tube]. O que é Redução de Danos? [Video]; 2014 out 16. [8 min. 17s]. [acesso em 2020 dez 11]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=cDVR_NBAfyc.
 23. International Reduction Harm Association. O que é redução de danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA). Londres, Grã-Bretanha: IHRA; 2010. [acesso em 2020 mar 2019]. Disponível em: https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf.

24. Ronzani TM, Noto AR, Silveira PS. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. 1. ed. Juiz de Fora: Editora UFJF; 2015. [acesso em 2022 jan 29]. Disponível em: https://www.ufjf.br/crepeia/files/2014/05/MIOLO_Reduzindo-o-Estigma_ED-ATUALIZADA-baixa.pdf.
25. Martins MMF, Aquino R, Pamponet ML, et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2022 abr 15]; 35(1):1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hmf6CWrkQ89yKvgMKqJXrLJ/?format=pdf&lang=pt>.
26. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*. 16 Jul 1990.
27. Sá T. Lugares e não lugares em Marca Augé. *Tempo Soc*. 2014; 6(2):209-29.
28. Feffermann M. O acesso à saúde de jovens em situação de extrema vulnerabilidade. *Enfrentamento da violência pela saúde II*. BIS. 2019 [acesso em 2022 jan 15]; 15(1):75-81. Disponível em: <https://docs.bv-salud.org/biblioref/2019/12/1046933/bis-v15n1-enfrentamento-75-81.pdf>.
29. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Entrevista Motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar comportamento*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
30. Rosenberg M. *Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais*. 4. ed. São Paulo: Editora Ágora; 2006.
31. Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Adolescentes líderes e na ativa*. 2021 set 30. [acesso em 2022 jan 25]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/historias/adolescentes-lideres-e-na-ativa>.

Recebido em 24/04/2023

Aprovado em 18/09/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos