



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

VÁLTER FERNANDO FARIAS LEMOS JÚNIOR

**A REDE DE CUIDADOS A JOVENS EM SITUAÇÃO DE DROGADIÇÃO: QUAIS
ABORDAGENS?** Um estudo de caso sobre a rede de atenção à juventude no
município de Campo Bom-RS

Porto Alegre

2019

VÁLTER FERNANDO FARIAS LEMOS JÚNIOR

A REDE DE CUIDADOS A JOVENS EM SITUAÇÃO DE DROGADIÇÃO: QUAIS ABORDAGENS? Um estudo de caso sobre a rede de atenção à juventude no município de Campo Bom-RS

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Peixoto de Albuquerque

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

LEMOS JUNIOR, Válder Fernando Farias
A REDE DE CUIDADOS A JOVENS EM SITUAÇÃO DE DROGA
DIÇÃO: QUAIS ABORDAGENS? Um estudo de caso sobre a
rede de atenção à juventude no município de Campo
Bom-RS / Válder Fernando Farias LEMOS JUNIOR. -- 2019.
101 f.
Orientador: Paulo Peixoto de Albuquerque.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina,
Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto
Alegre, BR-RS, 2019.

1. Saúde. 2. Políticas Públicas de Juventude. 3.
Rede de Atenção à Juventude. 4. Juventude e
Vulnerabilidade . 5. Drogadição. I. Albuquerque, Paulo
Peixoto de, orient. II. Título.

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

VÁLTER FERNANDO FARIAS LEMOS JÚNIOR

A REDE DE CUIDADOS A JOVENS EM SITUAÇÃO DE DROGADIÇÃO: QUAIS ABORDAGENS? Um estudo de caso sobre a rede de atenção à juventude no município de Campo Bom-RS

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovado em 22 de março de 2019.

Prof. Dr. Paulo Peixoto de Albuquerque – Orientador

Profa. Dra. Carmem Lúcia Bezerra Machado - UFRGS

Profa. Dra. Fernanda dos Santos Paulo - UNISINOS

Prof. Me. Jean Jeison Fuhr - UNISINOS

AGRADECIMENTOS

Às quatro mulheres da minha vida: minha mãe Nélia, minha esposa Cris, minha filha Sofia e minha irmã Paloma por sempre me apoiarem em tudo. A todos os meus nove irmãos e à memória do nosso irmão Jeferson (Jefinho) que foi vítima da drogadição e violência da periferia e nos deixou em 2015 aos 20 anos de idade, alvejado covardemente por 5 tiros, o maior golpe na minha alma. Minha sogra Mari que muito cuidou da Sofia para que eu pudesse fazer o mestrado. A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde (PPGENSAU) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela forma como cada um guiou meu crescimento.

Um salve ao meu orientador *Paulo Peixoto de Albuquerque*, do qual eu me referencio no saber e no viver, pela experiência ética humana na convivência. Obrigado por se empenhar por mim. Aos colegas do mestrado que tiveram paciência nas minhas limitações e muito me ajudaram sempre que precisei, especialmente: Leonardo, Michele, Sabrina, José Luís, Laércio e Daiana pela proximidade e divisão do peso das angústias.

Agradeço à Secretária Suzana e ao secretário Eduardo de Campo Bom por me abrirem as portas da rede do município na realização da pesquisa. Aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial de Campo Bom pelo carinho e atenção com que me receberam. Também aos jovens militantes em políticas públicas para juventude de Campo Bom que muito me ajudaram, bem como a direção e os envolvidos com o Centro Cultural Marcelo Breunig e os líderes estudantis da União dos Estudantes de Campo Bom.

E finalmente a todos os lutadores imprescindíveis (dos quais Brecht falava), como o Sandro, Victor, Flávio, João Flávio e o Éberson que acreditam em um outro mundo e por isso lutam. À Busca de uma realidade onde não seja comum, nem aceitável, um ser sofrer por algo evitável, onde saúde e suas tecnologias e saberes sejam acessíveis a todos e não haja mais pessoas que já nasçam condenadas a sofrerem.

RESUMO

As políticas públicas de juventude seguem sendo negligenciadas, não só pelo estado, mas também pela academia e sociedade em geral. Em tempos onde o genocídio da juventude negra é uma realidade não combatida na vida nacional as últimas conferências de juventude indicam a questão do uso e abuso de drogas como uma das principais demandas de saúde para a juventude no Brasil. Essa ineficiência do estado diante desta demanda é condição intrínseca à realidade de violência e de morte massiva da juventude pobre e principalmente negra. Esse contexto é presente mesmo em cidades pequenas e médias onde os índices de desenvolvimento humano atingem os critérios “ditos aceitáveis”, como é o caso de Campo Bom no Rio Grande do Sul. Nosso estudo sobre a rede de atenção aos jovens em situação de drogadição no município de Campo Bom tem o **objetivo geral de construir propostas de educação em saúde, cuja abordagem utilize ferramentas que possam ter um alcance efetivo ao promover à atenção integral destes jovens**. E como objetivos específicos: a) Conhecer esta rede; b) Identificar seus limites e suas potencialidades; c) propor uma metodologia de Educação em Saúde na rede que possa ser realizada em outros municípios. A pesquisa se desenvolveu através de um estudo de caso. Inicialmente buscamos conhecer a rede através das ferramentas disponibilizadas pela prefeitura municipal como site oficial e busca de informação presencial sobre os serviços disponíveis para este público, bem como a Lei Orçamentária e a estruturação da gestão. Para tanto, analisamos a estrutura dessa rede e seu alcance, entrevistando profissionais, gestores, usuários, ativistas e lideranças da comunidade. Como resultado encontramos os elementos que identificam potencialidades e limites nesta estrutura; concluindo que é necessário superar alguns paradigmas com relação às políticas para a juventude no âmbito epistemológico, estrutural e político. Isto significa que há muitas convergências na percepção da falta de investimento (não só no sentido financeiro) para as políticas direcionadas a este público bem como de que, de fato, o tema é extremamente complexo. O estudo propõe ideias concretas que apresentam um acervo de características com potencial de atingir este envolvimento de agentes da comunidade e dos próprios jovens em situação de vulnerabilidade, bem como qualificando os profissionais que trabalham com este público. Os achados expostos neste trabalho expõem de forma muito consistente e apurada este contexto, sendo, esta leitura, elemento determinante para a elaboração dos produtos aqui propostos como abordagens viáveis e objetivas de inovação social. Assim promovendo uma articulação desta rede que propicie a superação dos limites e desenvolva e inovação nas possibilidades e resultados na rede de atenção à juventude em situação de drogadição.

Palavras-chaves: Juventude. Vulnerabilidade social. Educação em saúde. Rede de atenção à juventude.

ABSTRACT

Public youth policies are neglected, not only by the state, but also by academia and society in general. In times where the In progress, genocide of black youth is a reality unmatched in national life as the latest youth conferences indicate a question of drug use and abuse as one of the main health demands for youth in Brazil. This inefficiency of the state in the face of this demand is intrinsic condition to the reality of violence and massive death of poor and mainly black youth. This inefficiency of energy consumption is an important issue for the life and moral violence of youth and especially black. This context is present even in small and medium-sized cities where human development the indexes of "acceptable", it is presented in the case of Campo Bom in Rio Grande do Sul. Our study about the network of attention to young people in situations of drug addiction in the municipality of Campo Bom has the general objective of constructing proposals of health education, whose approach uses tools that can have an effective reach when promoting the integral attention of these young people. And as specific objectives: a) To know this network; b) Identify its limits and its potentialities; c) Propose a methodology of Health Education in the network that can be carried out in other municipalities. The research was done developed through a case study. Initially, we sought to know the network through the tools provided by the municipal government as an official website and search for information about the services available to this public, as well as the Budget Law and the structuring of management. To do so, we analyze the structure of this network and its scope, interviewing professionals, managers, users, activists and community leaders. As a result we find the elements that identify potentialities and limits in this structure; concluding that it is necessary to overcome some paradigms regarding youth policies in epistemological, structural and political terms. This means that there are many convergences in the perception of the lack of investment (not only in the financial sense) for the policies aimed at this public as well as that, in fact, the subject is extremely complex. The study proposes concrete ideas that present a collection of characteristics with potential to reach this involvement of agents of the community and of the young people in vulnerable situation, as well as qualifying the professionals that work with this public. The findings presented in this paper expose this context very consistently and accurately, and this reading is a determining factor for the elaboration of the products proposed here as viable and objective approaches to social innovation. Thus promoting an articulation of this network that allows to overcome the limits and develops and innovation in the possibilities and results in the network of attention to youth in situation of drug addiction.

Keywords: Youth. Social vulnerability. Health education. Network of youth attention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Imagem 1 - Lei Orçamentária Anual, Município de Campo Bom-RS, 2018.....	22
Imagem 2 – Lei Orçamentária Anual, Município de Campo Bom-RS. 2018	23
Figura 1 – Mapa conceitual da situação real e da ineficácia da rede de atenção aos jovens em situação de drogadição em Campo Bom-RS	40
Figura 2 - Mapa conceitual da situação ideal da rede de atenção aos jovens em situação de drogadição em Campo Bom-RS – de acordo com a proposta deste trabalho.....	50

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - (Entrevista aos jovens usuários) Qual serviço da rede você usa?.....	55
Quadro 2 - (Entrevista aos jovens usuários) Como tu chegou a este serviço?.....	56
Quadro 3 - (Entrevista aos jovens usuários) Em algum momento tu opinou e se sentiu com poder de decidir com os profissionais sobre o teu tratamento?.....	57
Quadro 4 - (Entrevista aos jovens usuários) E o atendimento que tu recebeu te ajudou a melhorar tua qualidade de vida?.....	58
Quadro 5 - (Entrevista aos jovens usuários) Na tua opinião qual foi o atendimento que mais te ajudou?.....	59
Quadro 6 - (Entrevista aos jovens usuários) Na tua opinião o que poderia melhorar nos serviços públicos para atender jovens com este problema?.....	60
Quadro 7 - (Entrevista aos jovens usuários) Quais ações que você participou aqui no atendimento que te ensinaram algo?.....	59
Quadro 8 - (Entrevista aos jovens usuários) Na tua opinião os profissionais que te atendem estão preparados pra atender jovens?.....	60
Quadro 9 - (Entrevista aos jovens usuários) Durante teu atendimento tu teve atividades de integração com atividades esportivas e culturais por exemplo?.....	62
Quadro 10 - (Entrevista aos jovens usuários) E tu acha que este tipo de ação ajuda a ter resultado?.....	63
Quadro 11 – (Entrevista aos jovens usuários) Em algum momento houve alguma atividade na tua comunidade?.....	63
Quadro 12 – (Entrevista aos jovens usuários) E tu acha que se houvesse atividades assim no teu bairro te ajudaria?.....	64
Quadro 13 – (Entrevista aos profissionais) Qual o trabalho que você desenvolve com o público em questão?.....	66
Quadro 14 – (Entrevista aos profissionais) Qual o seu nível de satisfação com a rede de atenção e cuidado (políticas públicas) para o público em questão?.....	67

Quadro 15 – (Entrevista aos profissionais) Como você avalia o índice de resultados das ações da rede na melhoria da qualidade de vida destes jovens?.....	69
Quadro 16 – (Entrevista aos profissionais) Na sua opinião, quais os aspectos positivos e as principais deficiências desta rede?.....	70
Quadro 17 – (Entrevista aos profissionais) Quais ações de Ensino na Saúde ocorrem com os profissionais que atendem este público?.....	71
Quadro 18 – (Entrevista aos profissionais) Na sua opinião os processos de Ensino e Saúde no seu local de trabalho dão conta dos desafios de trabalhar com este público?.....	72
Quadro 19 – (Entrevista com os jovens ativistas) Qual sua opinião sobre a rede de atenção à jovens na cidade?.....	75
Quadro 20 - (Entrevista com os jovens ativistas) Em algum momento você opinou ou sentiu-se com poder de decidir sobre as ações do poder público para os jovens?.....	75
Quadro 21 – (Entrevista com os jovens ativistas) Na sua opinião qual a principal ação de política pública que ocorre na cidade para este público?.....	76
Quadro 22 – (Entrevista aos profissionais) Na sua opinião, qual a grande falha do poder público local nesta área?.....	76
Quadro 23 – (Entrevista com os jovens a ativistas) Na sua opinião, o que poderia melhorar nos serviços públicos disponíveis para jovens usuários de drogas em vulnerabilidade social?.....	77
Quadro 24 – (Entrevista com os jovens ativistas) Você conhece alguma ação de educação e cidadania que o poder público desenvolve para este público?.....	77
Quadro 25 – (Entrevista com os jovens ativistas) Na sua opinião os profissionais estão preparados para atender jovens deste perfil?.....	78
Quadro 26 – (Entrevista com os jovens ativistas) Existe alguma ação do poder público que atue nas comunidades para atender estes jovens?.....	78
Quadro 27 – (Entrevista com coordenadora do CAPS) Qual a dimensão do público de jovens em situação de drogadição de famílias vulneráveis dentro do universo do CAPS?.....	80
Quadro 28 – (Entrevista com coordenadora do CAPS) Como você vê a rede de atenção a estes jovens, além do CAPS, com relação a políticas públicas?.....	81

Quadro 29 – (Entrevista com coordenadora do CAPS) Existe um fórum de articulação das ações das diferentes secretarias para este público?.....	81
Quadro 30 – (Entrevista com coordenadora do CAPS) Qual o seu nível de satisfação com a rede de atenção e cuidado (políticas públicas) para o público em questão?.....	82
Quadro 31 – (Entrevista com coordenadora do CAPS) Na sua opinião, quais os aspectos positivos e as principais deficiências desta rede?.....	83
Quadro 32 – (Entrevista com coordenadora do CAPS) Na sua opinião, quais os aspectos positivos e as principais deficiências desta rede?.....	84
Quadro 33 – Síntese da análise das entrevistas referentes à Rede de Atenção aos Jovens e os serviços.....	85
Quadro 34 – Síntese da análise das entrevistas relativa à Educação e Saúde.	85

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 NO CONTEXTO LOCAL: QUAL O LUGAR DA JUVENTUDE?.....	18
2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE JUVENTUDE E SAÚDE: CONTEXTOS E TEXTOS	26
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE JUVENTUDE	27
2.2 SAÚDE E JUVENTUDE.....	28
3 AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS: TEXTOS E CONTEXTOS.....	30
3.1 AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS NO BRASIL.....	30
3.2 A POLÍTICA E A REALIDADE.....	32
3.3 A IDEIA DE REDE.....	33
4 DROGADIÇÃO E JUVENTUDE EM CAMPO BOM.....	36
5 CONSTRUINDO CHAVES ANALÍTICAS PARA COMPREENDER POLÍTICA DE SAÚDE, REDE MUNICIPAL E JUVENTUDE FRAGILIZADA.....	40
6 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	46
7 A REDE DE ATENÇÃO À JOVENS EM SITUAÇÃO DE DROGADIÇÃO EM CAMPO BOM.....	51
7.1 TODO CONHECIMENTO É UM EMPREENDIMENTOCOLETIVO, NENHUM CONHECIMENTO É PRODUZIDO NA SOLIDÃO DO SUJEITO, MESMO PORQUE ESSA SOLIDÃO É IMPOSSÍVEL.....	51
7.1.1 Os jovens na rede	52
7.1.2 O conhecimento a partir da percepção sujeito/objeto.....	54
7.1.3 A visão dos profissionais	65
7.1.4 Os jovens ativistas	74
7.1.5 A coordenação do CAPS	80
7.2 O LIMBO: SÍNTESE GERAL DAS ENTREVISTAS.....	85
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICE 1 (METODOLOGIA)	96
APÊNDICE 2 (TCLE).....	100

APRESENTAÇÃO

A escolha do tema para este projeto se deu em razão da minha vivência e preocupação com o tema juventude em situação de vulnerabilidade e fragilidade social. Bem como a percepção da necessidade de aprofundar o conhecimento sobre este tema que venho trabalhando como educador desde antes da graduação em Pedagogia.

A relação entre temática de pesquisa, então está diretamente vinculada às minhas experiências como sujeito social que ao fazer um retrospecto vivencial atualiza elementos de tensão que, carregados pela memória permitem a visualização de um contexto que se faz necessário explicitar para melhor entender juventude/contexto social e, nele, que lugar ocupa a rede de cuidados para a saúde.

Tive a oportunidade de me envolver com o movimento estudantil durante o ensino médio no ano 2000. Antes disso havia ficado três anos fora da escola por necessidade de trabalhar e não ter conseguido vagas em escolas noturnas. Como a família era grande e muito humilde e eu era um dos filhos mais velhos não tive opção, acabei tendo que deixar de estudar para trabalhar. Consegui voltar a estudar porque no final de 1999 sofri um acidente de trabalho em uma máquina de calçado e tive a mão esquerda amputada. Como fiquei afastado do trabalho e recebendo auxílio-acidente do INSS¹ pude voltar a estudar. Minha história de ativismo em defesa de políticas públicas de juventude através de atuação em movimentos sociais e também como acadêmico e educador é movida pelo fato de eu haver nascido e crescido em um bairro de periferia urbana, fazer parte de uma família pobre e ter sofrido e vivenciado diversas formas de vulnerabilidades que os jovens pobres moradores de periferia sofrem cotidianamente.

Este panorama de exclusão e vulnerabilidade social de uma parcela significativa da juventude brasileira é um desafio para que mais estudos e pesquisas sejam realizados na busca de uma leitura cada vez mais altera sobre esta realidade. Propiciando, assim, que novos caminhos, novas ações, novas alternativas de abordagens educativas e de políticas públicas nas diversas áreas possam se efetivar. Mesmo dez anos depois da publicação do documento base da Primeira Conferência Nacional de Juventude e da aprovação do Estatuto da Juventude em 2013 o estado não se encontra adequado às necessidades desta parcela da população.

A preocupação é porque o Estado não se preparou para receber adequadamente esse enorme contingente de jovens. A oferta de bens e serviços públicos é insuficiente para atender toda a demanda. O Ensino Médio ou o

¹ Instituto Nacional de Seguridade Social

mercado de trabalho, por exemplo, ainda estão longe de atender a todos. Soma-se a isso o baixo conhecimento do poder público sobre a realidade juvenil, o que em muitos casos provoca um desencontro entre as demandas dos jovens e as políticas públicas. (CONJUVE, 2008)

Compreendendo que hoje cerca de 26% da população brasileira é composta por jovens, que têm entre 15 e 29 (IBGE, 2010) anos de idade, esta parcela da população tem protagonismo nos âmbitos estratégicos do desenvolvimento do país como: atividade econômica, produção cultural, educação, etc. Porém é fato que o estado e a sociedade não se prepararam para atender esta demanda de população jovem com acesso a políticas públicas adequadas. Devido a este fato esta população é também protagonista nos temas mais preocupantes no cenário nacional no que se refere aos altos índices de violência. É importante ressaltar que a falta de acesso aos serviços básicos como saúde, educação, cultura, lazer, segurança e emprego é o retrato de um cenário atual que vulnerabiliza esta população e expõe a ineficiência do estado na garantia dos direitos básicos à dignidade e cidadania, bem como do acesso à saúde.

A taxa de homicídios entre os jovens é duas vezes e meia maior do que entre os outros segmentos etários. Enquanto o número de assassinatos se manteve estável no restante da população, entre a juventude esse índice cresceu 81,6% nos últimos 22 anos. (UNESCO,2004).

Dados mais recentes confirmam que esta situação só se agrava. A taxa de homicídio de jovens no Brasil teve um crescimento de 17,2% entre 2005 e 2015, segundo o Atlas da Violência, pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ([Ipea](#)) e do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (IPEA, 2017). Esse contexto de mortalidade da juventude brasileira está diretamente ligado a questão da venda e uso de drogas e do comportamento de risco ao qual os jovens envolvidos com drogas ficam expostos.

Embora a sociedade tenha conquistado marcos importantes de garantias de direitos como o SUS² que preconiza uma intervenção embasada na lógica da promoção da saúde e nos princípios da atenção integral no que tange a atenção aos usuários de substâncias psicoativas, o quadro é alarmante. O próprio Estatuto da Juventude (Lei 12852/2013) se constitui enquanto um dispositivo de garantia destes direitos também. Porém estas ferramentas e marcos legais não se efetivam na realidade concreta e cotidiana através da rede de atendimento de saúde. Configurando assim um cenário de baixa adesão de jovens ao tratamento na rede pública de saúde. Esta problemática da baixa adesão se constitui em uma questão extremamente

² Sistema Único de Saúde. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

pertinente no que diz respeito às políticas públicas de acesso a saúde para jovens em situação de vulnerabilidade. Este contexto é um grande desafio ao sistema de saúde, ao estado e a sociedade na busca de alternativas que o enfrentem.

É consenso na literatura que os adolescentes são uma população exposta ao risco do uso de drogas, podendo levar ao desenvolvimento dos quadros de abuso e/ou dependência de substâncias. Assim, se faz necessário compreender melhor os processos envolvidos no tratamento dessa população. (BARBIERI; SCADUTO, 2009, p. 607)

Compreendendo que a população jovem está exposta ao envolvimento, ao experimento, às descobertas e que o acesso e uso de substâncias psicotrópicas se inserem neste contexto de risco de uso abusivo e DQ (dependência química) que podem resultar em consequências nocivas à saúde e desenvolvimento destes jovens.

Estimativas do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime evidenciam que aproximadamente 243 milhões de pessoas, número que corresponde a 5% da população, consomem substâncias psicoativas ilícitas e, destes, 0,6% desenvolvem a dependência de tais substâncias, ocasionando intenso impacto na vida individual, familiar, social e ocupacional. (FERREIRA, 2015, p. 151)

A demanda de serviços de saúde que atendam estes jovens em situação de uso abusivo e DQ se coloca como principal problemática no âmbito das políticas públicas de saúde de juventude. Desta forma, a busca por abordagens eficazes e de inclusão destes jovens em processos de atenção que enfrentem este cenário é um desafio considerável. E ações e abordagens que promovam o cuidado e a adesão destes jovens ao tratamento se apresentam como um gargalo extremamente significativo neste processo.

A adesão ao tratamento torna-se imprescindível para o gerenciamento desse transtorno, pois da adesão dependem o sucesso da terapêutica proposta, a minimização dos sinais e sintomas, a remissão do transtorno, a redução de possíveis doenças e agravos, a motivação para a reabilitação, prevenção de lapsos e recaídas e a reinserção social. (FERREIRA, 2015, p. 151)

Diante desta situação é inegável a emergência na busca de respostas e no processo de pensar, refletir e encontrar alternativas que enfrentem esta grave lacuna na garantia de direitos a esta parcela da população. O presente trabalho se propôs a este desafio de pensar a juventude enquanto uma prioridade, enquanto um tema complexo que merece investimento em todos os sentidos.

Nossa reflexão está armada a partir de três movimentos: primeiro, identificar, através de um estudo de caso em um micro contexto, que relações se apresentam/constroem estes jovens quando em tratamento com os profissionais de saúde; segundo: caracterizar a estrutura da instituição de atendimento, seus contextos de vivência social, familiar e comunitária e terceiro: destacar quais as

percepções destes sujeitos envolvidos.

Estas intenções derivam da percepção imediata que as fragilidades/insuficiências desta rede de atenção na cidade de Campo Bom com relação a drogadição juvenil têm elementos de pouca efetividade, pois a recorrência e a não continuidade das políticas públicas são reveladas pelo panorama deste público. Onde é empiricamente perceptível a baixa adesão de jovens aos serviços do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), o alto índice de jovens excluídos do mercado de trabalho e da escola, o contexto de violência e de situação de rua ou não moradia, entre outras formas de vulnerabilidades.

Assim, a partir desta constatação inicial, se materializou/explicitou nosso Objetivo Geral: construir propostas de educação em saúde, cuja abordagem utilize ferramentas que possam ter um alcance efetivo ao promover à atenção integral destes jovens.

O trabalho reflexivo **está centrado na** rede de atenção a estes jovens e a ênfase analítica tem por foco no atendimento à usuários de substâncias psicotrópicas de um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) do município de Campo Bom no Rio Grande do Sul, mas tendo presente que a atenção da rede está para além da forma de atuar do CAPS.

Entendemos que a atenção integral à juventude (ou as políticas públicas) não se efetivam apenas através da saúde pública, mas no acesso a assistência social, à educação, ao trabalho, cultura, etc. Desta forma buscamos observar através deste trabalho de pesquisa se há uma rede de atenção a estes jovens usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social. Como se constitui esta rede, suas eficiências e deficiências.

Diante disso, propomos ferramentas de Ensino na Saúde com potencial de auxiliar estes pacientes e também profissionais nessa tarefa de atenção e cuidado. Nossa proposta partiu dos seguintes princípios de trabalho: **Desconsiderar a(s)rede(s) social(is) e o protagonismo juvenil dificulta a proposta de promoção da saúde através da multiplicação de saberes em saúde, na medida em que desconsidera o potencial de impacto destes mecanismos de articulação social, ao mesmo tempo em que fragiliza as políticas públicas de promoção da saúde de juventude.**

Nesse sentido, **propor/pensar ferramentas educativas e de apoio pedagógico tem sentido quando se tem presente o deterioro das propostas de manter e cumprir um programa de alcance municipal.** E como objetivos específicos: a) Conhecer esta rede; b) Identificar seus limites e suas potencialidades; c) propor uma

metodologia de Educação em Saúde na rede que possa ser realizada em outros municípios.

O texto que segue está organizado da seguinte maneira: no primeiro capítulo apresentamos a temática e salientamos a sua singularidade e pertinência para o PPGENSAU; no segundo apresentamos o panorama sobre as políticas públicas de juventude no país, bem como a questão da saúde da juventude dentro do debate de políticas públicas e a dimensão que o tema drogadição veste nesse contexto; no terceiro tratamos das políticas de atenção aos usuários de drogas e a questão da atenção aos jovens em drogadição nestas políticas; no quarto capítulo a situação da juventude em drogadição no contexto local é exposta; no quinto capítulo expomos uma análise consistentemente fundamentada da real situação desta rede com relação a este determinado público e demanda no contexto municipal, da juventude fragilizada e o contexto de saúde; no capítulo sexto apresentamos o potencial e as possibilidades da prática da Educação para Saúde como elemento de inovação social no enfrentamento a este desafio; no capítulo sétimo capítulo temos as contribuições dos atores envolvidos no contexto: usuários, profissionais, gestores e comunidade que nos possibilitam substanciar determinantes desse cenário estudado e as problemáticas de fato e nas considerações finais apontamos alguns caminhos balizados pelo ensino na saúde (razão de ser do Programa de pós graduação Ensino na Saúde) que nos promovem possibilidades viáveis e objetivas de enfrentamento efetivo e de mudança social diante do problema em questão.

Este trabalho não se reduz a simples constatação, pelo contrário, tem uma natureza pragmática que se materializa na criação de ferramentas que contribuam no movimento permanente de construção deste elo entre o usuário e a rede de atenção.

1 NO CONTEXTO LOCAL: QUAL O LUGAR DA JUVENTUDE?

Campo Bom se caracteriza como uma cidade com cerca de 66.000 habitantes (IBGE, 2017), dos quais 26% são jovens de 15 a 29 anos. É uma cidade industrial com uma significativa presença de periferias urbanas e com um contingente juvenil vulnerabilizado pela falta de políticas públicas básicas nas áreas da saúde, habitação, educação, acesso ao trabalho e segurança. Populacionalmente comunga com a realidade de cerca de 7% dos municípios brasileiros (em torno de 380 cidades) do mesmo perfil em números de habitantes, bem como de uma realidade de descompasso com relação às políticas públicas para a população jovem. Sendo assim e tendo presente a realidade dos municípios de omissão, descaso e desresponsabilização naquilo que diz respeito às aspirações, os desejos e as possibilidades dos jovens que estão em situação de vulnerabilidade e fragilidade social.

Em 2014 na cidade de Campo Bom-RS havia um déficit no Ensino Médio que superava o número de 2000 vagas. De lá para cá esta situação provavelmente se agravou. Embora seja muito curioso que, embora as entidades estudantis denunciem este cenário, as autoridades e as direções das escolas não reconhecem esta demanda por não haver uma procura por vagas que demonstre mais do que três centenas de adolescentes que acabam ficando sem vagas. Porém de acordo com o último censo do IBGE (2010) a população em idade de cursar o Ensino Médio já se encontrava com cerca de 6000 habitantes na cidade (com idade entre 14 e 19 anos), enquanto a Secretária Estadual de Educação oferecia pouco mais do que 4000 vagas nesta etapa de ensino.

Embora a cidade ofereça alguns espaços de prática de esporte e lazer, estes não são acessíveis com a necessária descentralização, ou seja, são localizados em áreas centrais da cidade. Muitos espaços que são bastante utilizados, mesmo sendo centralizados, não recebem a devida manutenção, é o caso da pista de skate, que pela falta de iluminação se torna um ambiente de insegurança em horários entre a tarde e à noite. É importante considerar que a cidade é reconhecida como a mais quente do estado, portanto no período do verão os espaços ao ar livre ficam sem condições de serem utilizados antes das 18 horas. E os casos de violência, roubos, assaltos durante a noite são muito comuns, o que configura um fator adverso para que os jovens tenham um real acesso a estes espaços públicos. É necessário levar em conta o déficit em mobilidade urbana que é um determinante na dificuldade de acesso na cidade, pois não há linhas de transporte coletivo que atendam os bairros da periferia. Sendo que a

única linha de ônibus da cidade sai de um bairro e atravessa o centro da cidade encerrando seu itinerário em um outro bairro no extremo da cidade, sem ter linhas alternativas. E quando as têm, estas dispõem de poucos horários, que ocorrem durante a ida e vinda dos trabalhadores às fabricas de calçados (entre as 6 e 7 horas e 17 e 18 horas).

O município conta com um teatro e um cinema, ambos públicos, foram construídos no ano de 2007 em obras com alto aporte de orçamento. Além de contar com um CEU (Centro de Artes e Esportes Unificados) que custou R\$ 4,3 milhões de reais (Campo Bom, 2015) em uma parceria com o governo federal. Este espaço é equipado com laboratórios de arte, salas para oficinas de teatro e música, quadras de futsal, basquete e rampa de skate propiciando uma diversidade de atividades de cultura e lazer para a comunidade. Fica localizado no bairro Operária, que é o maior bairro da cidade. Porém o CEU foi inaugurado em 2015, iniciou seu funcionamento somente em meados de 2016 e está sendo subutilizado, poucas atividades ocorrem neste espaço e não há um envolvimento da população local, principalmente a jovem, na gestão, nas atividades que são basicamente de oficinas de arte com aulas de instrumentos musicais e o acesso às quadras de esportes.

Da mesma forma o teatro e o cinema da cidade são pouco utilizados. O Teatro conta com atividades muito restritas a um público de classe média e adulto, com poucas atrações direcionadas à juventude. Ambos ficam localizados no centro da cidade e contam com uma escola de arte. Esta escola de arte atende crianças e adolescentes com até 15 anos de idade, que são os alunos já incluídos na rede municipal de educação. Estes mesmos alunos se apresentam esporadicamente no teatro.

Portanto o público de juventude vulnerabilizada, excluída do mercado de trabalho e da escola, que compreende principalmente os jovens de 15 até 29 anos estão totalmente fora do acesso a estes recursos. O cinema, embora tenha preços populares nos ingressos, normalmente tem suas sessões com as salas contendo pouco público e sem atender esta parcela de juventude vulnerável.

É importante ressaltar que o contexto econômico das últimas décadas da cidade, com a crise da indústria calçadista, teve um grande impacto no aumento da pobreza das famílias, em um cenário de desemprego que não era tão aprofundado antes da crise e conseqüentemente a violência e o uso de drogas tomaram uma outra dimensão na vida do município. Na década de 1990 o município chegou a ter 20 mil trabalhadores nas indústrias de calçado, hoje são cerca de 5 mil trabalhadores neste setor (dados informados pelo Sindicato dos trabalhadores da indústria coureiro

calçadista de Campo Bom-RS). O desemprego não era um problema recorrente na cidade e hoje tem índices dentro das proporções nacionais. No que tange a juventude, a diversificação econômica se deu pelo surgimento de uma grande empresa do ramo da tecnologia, *Call Center* e *telemarketing* que emprega cerca de mil trabalhadores. Estes determinantemente jovens que estão incluídos na escola, ensino médio e cursos superiores.

Mas onde está esta juventude em vulnerabilidade? Este perfil de juventude, com algumas exceções, mora nas áreas mais vulneráveis da cidade. Nos bairros de periferia, nas ocupações irregulares que representam um marcador forte na paisagem geográfica da cidade. Pois o mercado imobiliário ultimamente explorou muito a área do município e os governos municipais optaram por Campo Bom ser a única cidade da região que não executou nenhuma política pública de habitação popular. Hoje a cidade tem onze ocupações de moradia irregulares e um grande déficit habitacional (de acordo com a UABV)³. Embora surgiram muitos novos bairros de classe média com imóveis tendo altos valores, estas áreas irregulares com condições subumanas e com degradação ambiental são marcantes na cidade. E uma parte da juventude que está fora da escola, do mercado de trabalho e envolvida com contravenção, violência, venda e uso de drogas vive nestes locais além dos bairros regularizados da periferia da cidade.

De acordo com publicações do Jornal A Gazeta (periódico da cidade), (2014-2017), houveram mais de 20 homicídios na cidade durante os anos de 2014 até 2017. De acordo com a publicação as autoridades policiais confirmam que praticamente todas as ocorrências estão ligadas a venda e ao consumo de drogas. E 14 das vítimas tinham menos de 29 anos.

A rede de atenção à saúde destes jovens é muito pouco procurada, só em situações onde uma dor de dente muito forte ou infecção ocorre ou mesmo por situações de traumas como acidentes ou ferimentos por brigas e violência. A atenção básica oferece poucas fichas de atendimento, os postos de saúde não tinham um sistema de marcação ou agendamento de consultas, que só foi adotado em 2017, antes era necessário que o paciente chegasse de madrugada para conseguir uma ficha de atendimento nas UBSs⁴. Só há atendimento odontológico em uma unidade centralizada. O CAPS⁵ fica junto ao hospital, na região central da cidade e também tem poucos profissionais para a demanda.

De acordo com o Conselho Tutelar da cidade, um encaminhamento para um

³ União das Associações de Bairros e Vilas de Campo Bom-RS.

⁴ Unidades Básicas de Saúde.

⁵ Centro de Atenção Psicossocial.

adolescente ao atendimento psicológico leva cerca de três meses para ser atendido. Além disso, não há um tipo de campanha ou trabalho da rede de saúde e assistência que busque expor à comunidade os serviços de atenção psicossocial disponíveis nesta rede. E quando um jovem recebe alguma atenção ou auxílio para tentar modificar o comportamento de risco a intervenção usual acaba sendo uma internação em alguma fazenda terapêutica de cunho religioso. Pois esta ajuda acaba vindo das igrejas evangélicas e não da rede de políticas públicas de atenção.

Diante deste contexto, complexo, desolador e excludente é possível afirmar que há jovens sofrendo, alguns morrendo e muitos sendo sonegados de oportunidades de mudança no modo de levar a vida. Há um processo de invisibilização desta parcela da sociedade que não produz dentro da lógica exigida, pouco consome do mercado formal e acaba interferindo na vida da cidade nas ocorrências de violência ou na poluição visual de um centro bonito e receptivo, dentro da sua arquitetura com características de colonização germânica.

Por outro lado, algumas organizações de juventude buscam de alguma forma abrir espaços de sociabilidade e cidadania em áreas urbanas para este público. Através de jovens artistas ligados ao movimento Hip Hop, da União da Juventude Socialista que é uma organização de cunho político e partidário, juntamente com artistas autônomos e militantes do movimento estudantil, dos movimentos populares da cidade, das associações de bairros e vilas. Este tema vem sendo pautado em alguns fóruns. De forma autônoma e sem a participação da prefeitura municipal (que optou por não participar, mesmo sendo convidada) em 2011 e 2015 ocorreram as Conferências Municipais de Juventude que, tendo estes atores sociais envolvidos, definiram como prioridade a defesa da criação de um Conselho Municipal de Políticas Públicas de Juventude que, composto por diversos atores da organização juvenil, devem cumprir um papel de pensar, elaborar e cobrar o governo municipal e a sociedade na implementação de políticas públicas de juventude. A UJS conseguiu eleger um vereador para defender esta pauta na Câmara Municipal. Partindo do princípio de que não há ninguém melhor do que os próprios jovens para dizer o que é preciso ser feito para suplantar as mazelas às quais a juventude padece.

É importante ressaltar que nesse processo, muitas organizações foram convidadas por estas que protagonizaram as conferências e não demonstraram interesse em participar. Dentre estas uma organização juvenil de clubes de serviço (ligada ao Rotary Clube), as juventudes das igrejas católicas e evangélicas e a juventude do PMDB⁶ e PP⁷ do município, respectivamente partidos políticos com

⁶ Partido da Mobilização Democrática do Brasil

bastante influência na cidade e conseqüentemente os partidos que governaram e governam o município se alternando nas gestões.

No entanto as tentativas de possibilitar um espaço de participação e cidadania para a juventude, através da prática democrática, de diálogo e de debate sobre as questões da juventude conseguiu entrar nas escolas, muitas vezes enfrentando resistência de diretores e professores. Através dos grêmios estudantis e da UECB⁸ debates sobre o tema foram realizados nas escolas com os estudantes. O tema passou pelo legislativo (Câmara de Vereadores) sendo aprovada a proposta de criação do Conselho de Juventude dentro da Lei Orçamentária de 2014. Mas a ideia foi ignorada pelo poder executivo que não efetivou a proposta. Em 2018 a Lei Orçamentária contempla o Conselho de Juventude, porém ainda não foi efetivado pelo poder executivo.

ÓRGÃO: 7 - SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HABITAÇÃO
PROGRAMA: 0027 - SERVIÇOS DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

AÇÕES	OBJETIVOS	LOCAL	VALOR/CUSTO	META N°	RECURSO
0027.1 - Manutenção da Casa de Passagem	Conjunto de Ações de garantia, proteção, amparo e desenvolvimento de Crianças e Adolescentes através de várias formas de atendimento. Construção do Prédio e ou Reforma e adaptações. Órgão Unidade: 0702		R\$ 740.000,00	67	Livre - 1
	Recursos do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome para atendimento Programa "Piso de Alta Complexidade - Criança Adolescente para Aplicação Casa de Passagem". Órgão Unidade: 0703		R\$ 60.000,00		União 1091
0027.2 - Atendimento à Jovens	Programas voltados a adolescentes infratores. Propor diretrizes de ação governamental voltadas à promoção de políticas públicas de juventude, com criação do Conselho Municipal da Juventude e do Fundo Municipal da Juventude.		R\$ 64.168,00	68	Livre - 1
	Órgão Unidade: 0702				

Imagem1: (Lei Orçamentária Anual, Município de Campo Bom, 2018)

A imagem da Lei orçamentária apresenta o valor de R\$ 64.168,00 (sessenta e quatro mil e cento e sessenta e oito reais) para investir no que eles chamam de “*atendimento à jovens*”. Englobando programas voltados a adolescentes infratores, propor diretrizes de ação governamental voltadas à promoção de políticas públicas de juventude e do fundo municipal de juventude. Primeiro a própria nomenclatura de *atendimento à jovens* já é um equívoco. Vai de encontro a todo o acúmulo do processo de formulação do SNJ e do CONJUVE sobre juventude e políticas públicas onde o caráter de passividade dado à juventude foi eliminado como proposta de ação. Juventude não se atende, juventude se envolve, se convence e se engaja. O jovem não espera um ser superior que vai atendê-lo, ou curá-lo, iluminá-lo. O jovem exige

⁷ Partido Progressista

⁸ União dos Estudantes de Campo Bom.

situações, intervenções que lhe permitam protagonizar a superação de suas dificuldades e de seu sofrimento como um ser ativo e não passivo.

Enquanto as crianças e os adolescentes dependem do colo do Estado e da família para viver em plenitude, os jovens já são capazes de optar sozinhos por parte de seus caminhos. Assim como todo ser humano precisa de proteção, os jovens, mais do que isso, precisam de direitos e oportunidades de emancipação. (SNJ, 2008, p. 8)

Portanto, o processo de elaboração de uma ação para investir recurso público que contemple a juventude deságua na letra fria de uma lei orçamentária que, pela própria escrita se percebe que não foi construída pelo diálogo e pela escuta. A relação do poder público com a temática se limita não na escuta, mas no máximo por ouvir de longe (bem de longe) as críticas da falta de PPJ no município. Críticas feitas pelos movimentos sociais, pela UECB, pelo movimento Hip Hop, por um vereador em uma sessão na câmara de vereadores. Portanto se concretiza em uma escrita com sentido que concebe a juventude no espectro de passividade, de um grupo que não tem muito pra contribuir, mas deve ser atendido. O equívoco vai além da palavra e segue nos números onde o orçamento de R\$ 64.168,00 (sessenta e quatro mil e cento e sessenta e oito reais) dentro da pasta da secretaria de assistência social, desenvolvimento humano e habitação que tem um montante de R\$ 9.300.000,00 (nove milhões e trezentos mil reais) anuais de orçamento. Portanto o investimento em juventude representa em torno de 0,5% do orçamento da secretaria. Com relação ao orçamento anual do município este investimento seria de 0,02% de um orçamento de mais de 307 milhões de reais no ano.

TOTAL GERAL POR SECRETARIAS	2018
Câmara Municipal	R\$ 4.800.000,00
Gabinete do Prefeito	R\$ 4.272.000,00
Secretaria Geral	R\$ 232.000,00
Secretaria de Administração	R\$ 14.979.000,00
Secretaria de Finanças	R\$ 8.900.000,00
Secretaria de Educação e Cultura	R\$ 81.900.000,00
Secretaria de Desenvolvimento Social e Habitação	R\$ 9.300.000,00
Secretaria de Saúde	R\$ 60.660.000,00
Secretaria de Obras, Serviços Urbanos e Trânsito	R\$ 33.584.000,00
Reserva de Contingência	R\$ 2.000.000,00
IPASEM	R\$ 46.000.000,00
Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Turismo	R\$ 27.505.000,00
Secretaria de Meio Ambiente	R\$ 11.986.000,00
Secretaria de Esporte e Lazer	R\$ 1.352.000,00
TOTAL GERAL	R\$ 307.470.000,00

Imagem 2: (LOA, Campo Bom-RS, 2018)

Mas o dado mais preocupante é o que confirma que há quatro anos se repete um caminho que não chega a um destino melhor no que tange às PPJ em Campo Bom-RS. Neste ano de 2018, como ocorre desde 2014, este recurso não foi investido por falta de ações. Mesmo sendo um recurso irrisório frente à demanda de PPJ, por falta de saber como fazer PPJ o recurso acaba sendo investido em outras áreas. O que prova uma ineficiência administrativa e a desconsideração ética e humana com esta parcela da juventude. Esta situação remete à extrema necessidade de uma virada na forma do pensar/fazer política. Esta virada exige a tardia implementação de ferramentas que qualifiquem as possibilidades de analisar, refletir e elaborar ações de enfrentamento da vulnerabilidade de grupos social invisibilizados. A participação de atores sociais é intrínseca nesse processo e a criação do conselho municipal de juventude é essencial para que se supere a cultura do não fazer, que é a cultura que vigora a respeito das PPJ em Campo Bom.

A ideia de defender a criação desta ferramenta persiste como pauta por estas organizações da comunidade. Pois há um entendimento de que é necessário que se faça Políticas Públicas COM Juventude para se ter um real impacto social no enfrentamento das mazelas às quais a juventude está exposta. Fazer política pública COM juventude significa colocar a juventude como protagonista no processo de buscar soluções aos problemas sociais que dizem respeito a ela.

Há muitas experiências recentes que provam que esta é uma forma eficaz de fazer política pública com possibilidades concretas de resultados. Dentro da própria cidade há um exemplo de política pública autônoma COM juventude na área da cultura. É o espaço Centro Cultural Marcelo Breunig. O espaço existe há 15 anos e foi fundado por jovens e se mantêm com atrações artísticas, formações em diversos temas, debates e saraus literários, de forma autônoma, sem receber recursos públicos. Nestes 15 anos propiciou que muitos artistas locais se expressassem e produzissem sua arte, desenvolveu projetos sociais atendendo jovens das periferias da cidade utilizando a música, a literatura e o teatro como ferramentas de educação social. E o grande mote desta experiência é o empoderamento dos jovens participando de forma intrínseca de todo o processo de vida do local (LEMOS JÚNIOR, 2014).

Desta forma, entendemos que só com um envolvimento empoderado da própria juventude, modificando as práticas atuais do “pensar fazer para a juventude” é capaz de conquistar com que as práticas sejam feitas “com” a juventude. Desta forma potencializando a rede que existe na atenção psicossocial e além dela. Com mecanismos dialógicos e legítimos de promoção de cidadania. Agregando ações com

as ferramentas disponíveis para o esporte, lazer e cultura que a cidade oferece. Então, articulando-as para construir de modo massivo outras relações de convivência e novas vivências a estes jovens em situação de vulnerabilidade. Comprovando o que afirma Silva (2003) em estudo sobre adesão de adolescentes em situação de drogadição: que se faz necessário produzir um movimento dialógico no sentido de levar à rede de atenção as aspirações, os desejos e as possibilidades destes jovens.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE JUVENTUDE E SAÚDE: CONTEXTOS E TEXTOS

Em 2013 no Brasil foi aprovada a Lei 12.852, o Estatuto da Juventude. Oficialmente a partir do Estatuto é considerado jovem no Brasil aqueles com idade entre 15 e 29 anos. O estatuto se concretiza como uma conquista dos movimentos juvenis na luta por garantia de direitos aos jovens no Brasil. De acordo com o documento base da primeira Conferência Nacional de Juventude em 2008 é importante falar de jovem porque:

No Brasil, a juventude tem ganhado espaço na mídia, nas pesquisas acadêmicas e nos debates públicos principalmente nos últimos 15 anos. Uma das razões para essa recente visibilidade é que atualmente, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), cerca de 50,5 milhões de brasileiros, um quarto da população do país, têm entre 15 e 29 anos. Esse grupo etário nunca foi (e nem será, desde que se mantenham as tendências demográficas) tão numeroso, em termos absolutos, como é hoje. (CONJUVE, 2008)

O tema juventude é novo em termos históricos. Podemos afirmar que com a chegada da modernidade e com o surgimento da escola, da família e da infância surge a juventude como a concebemos. A partir das configurações da sociedade moderna os indivíduos passam a ser formados para a nova estrutura econômica das fábricas e dos sistemas produtivos (ARIÉS, 1981). É importante destacar que:

a juventude como uma categoria socialmente construída, em circunstâncias históricas, econômicas, sociais e políticas particulares, que podem modificar-se ao longo do tempo. O que implica o desafio constante de desconstrução de aspectos dos jovens dados como homogêneos e independentes do contexto em que estejam imersos. (PAIS, 2005)

Portanto, a juventude pode ser conceituada enquanto muito mais de que um fenômeno complexo dentro do processo de vida que precede a dita “vida adulta”. A juventude é um conjunto etário populacional heterogêneo, diverso e dinâmico, com necessidades complexas e dinâmicas, imbricadas com marcas identitárias sociais, étnicas, de gênero, classe e tempo histórico.

É importante também, pensarmos a juventude enquanto ideal de identidade da sociedade capitalista de consumo. Esse processo construído culturalmente a partir de meados do século XX se reforça ainda mais no século XXI com o advento das tecnologias da informação. Diante de todas as características já citadas acima é necessário pensar essa juventude em um contexto de acesso às novas tecnologias, à internet principalmente. Hoje as grandes referências da juventude além de artistas ou celebridades do esporte são os youtubers, os quais determinadamente também são jovens. A característica de imediatismo em todo esse comportamento e nesse processo de desenvolver interesse nos modos de relações e de lidar com as

informações e com os experimentos vivenciais tornam o tema juventude ainda mais complexo e desafiador.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE JUVENTUDE

As políticas públicas de juventude são conceituadas como ações do poder público que buscam atender à juventude. O grande apanhado das políticas que se desenvolveram nos últimos anos tendo como foco a juventude têm características vulneráveis, no sentido de que se configurarem enquanto políticas governamentais. Embora programas como o PROJOVEM⁹ e PROUNI¹⁰ tenham promovido mudanças no cenário de exclusão da juventude, sua permanência depende da vontade dos gestores.

As Políticas Públicas de Juventude (PPJ) que foram implementadas pelo governo brasileiro a nível nacional, estadual, distrital ou municipal, trazem em seu histórico as características de uma política pública de governo. Essas políticas, quando não estão regulamentadas por lei dentro de um plano nacional, para que efetivamente sejam executadas como uma política pública de Estado, ficam na dependência da livre faculdade do gestor público para serem executadas, ou não. (SNJ, 2018)

Há um apanhado de análises sobre as PPJ¹¹ no Brasil. Estudos de Castro e Abramovay (2015), Sposito (2008) entre outros que avaliam as características dessas ações. Há entre todos os estudos uma convergência: que observa que toda PPJ só tem eficácia a partir da participação da juventude, do contrário sua ação será infrutífera. O próprio plano nacional que tramita há mais de uma década na Câmara dos Deputados foi construído a partir do protagonismo juvenil.

O Plano foi construído de forma participativa e inclusiva, por meio de audiências públicas que ocorreram em todo o país, colocando os jovens como protagonistas das discussões. Mais do que uma contribuição expressiva para a juventude, temos aqui um documento que reforça o importante papel do Brasil como precursor na criação de uma política avançada para os jovens. (SNJ, 2018)

Durante estes 13 anos após a criação da Secretaria Nacional da Juventude, no âmbito do governo federal, ocorreram conferências, encontros, fóruns e conquistas de marcos legais como Estatuto da Juventude. Muito capital político foi elaborado e construído pelas mãos, mentes e corações da juventude pelo Brasil, que possibilitaram um acervo interessante nos canais do CONJUVE e da SNJ.

⁹ Programa Nacional de Inclusão de Jovens

¹⁰ Programa Universidade para todos

¹¹ Políticas Públicas de Juventude

Com o golpe que o país sofreu em 2016 com o impeachment da então presidente Dilma, que dentre tantas ações desestruturantes como a EC 95¹², também promoveu um desmanche na secretaria de juventude. Ocupando os espaços com pessoas sem nenhum vínculo com a defesa dos direitos humanos, com a pesquisa sobre juventude ou com as organizações de luta em defesa da juventude e dos seus direitos. Mesmo com tudo isso a proposta atualizada do Plano Nacional de Juventude¹³ (2018) acabou sendo realizada com o protagonismo do CONJUVE que conseguiu fazer valer todo o acúmulo e dar ao conteúdo desta proposta as demandas construídas ao longo desse processo de 13 anos.

2.2 SAÚDE E JUVENTUDE

Dentro deste processo de construção das propostas de Plano Nacional Juventude, que passa pelas três conferências de juventude: 2008, 2011 e 2015 e da própria conquista em 2013 do EJ¹⁴, as diversas demandas de políticas foram sendo discutidas, analisadas e pautaram as propostas do conjunto da juventude que protagonizou este processo. Foram demandas setorializadas onde saúde, educação, segurança, cultura e lazer, acesso ao trabalho e justiça, entre outras sofreram a análise, provocaram estudos e elaboração de proposições. Estas proposições embasaram o EJ e embasam a proposta de PNJ¹⁵ para que as PPJ no Brasil deixem de ser políticas governamentais e passem a ser políticas de estado. Alicerçando, nas estruturas legais do país, a garantia de direitos aos jovens.

No que tange a saúde e às demandas da juventude para esta área, a proposta do PNJ afirma que:

No Brasil a necessidade de garantir uma política nacional de atenção à saúde dos jovens deve ser construída a partir das diretrizes da Política Nacional de Juventude, e se faz necessária para que todas as particularidades sejam consideradas. Os problemas de saúde mais visíveis entre os jovens são um misto de fatores psicossociais, ligados à sexualidade, à violência, ao abuso de drogas e ao suicídio, que são os temas mais preocupantes. (SNJ, 2018)

Nos documentos base das conferências de juventude a questão da atenção aos jovens em situação de abuso de drogas sempre esteve presente entre as principais demandas da saúde para o jovem. Este discurso dos documentos base apresenta uma

¹² Emenda Constitucional 95/2016 que congela por 20 anos os investimentos das áreas como educação, saúde e assistência social.

¹³ É importante ressaltar que o PNJ já tramita há mais de uma década na Câmara dos Deputados.

¹⁴ Estatuto da Juventude

¹⁵ Plano Nacional de Juventude

sintonia com os princípios da lógica da promoção da saúde e da atenção integral. Como vemos no documento base da conferência de 2011.

A saúde integral dos(as) jovens brasileiros(as), urbanos e rurais, não se refere somente à questão física, mas também à questão psicossocial e não diz respeito somente às doenças ou à assistência médica e curativa. Saúde, para a juventude, envolve uma diversidade de fatores que podem ser tanto protetivos e preventivos quanto de redução de riscos, a depender de um contexto que lhes dê sentido, visando à promoção integral da saúde. (SNJ, 2011)

No primeiro documento base (2008) já podemos observar que o fórum em questão assume a compreensão da saúde com a abrangência necessária:

No debate sobre a saúde juvenil geralmente surgem temas como o combate às drogas, as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS, a gravidez indesejada, os acidentes de trânsito e a violência. Grande parte desses problemas, e das eventuais mortes decorrentes, pode ser evitada. A juventude é uma fase da vida particularmente saudável. A solução geralmente está ligada a mudanças de hábitos e comportamentos entre os jovens. (CONJUVE, 2008)

E segue afirmando que é necessário não limitar a visão ao uma perspectiva biomédica quando se trata de juventude e de que é necessário inovar, construir novos caminhos para enfrentar estas demandas.

Mas é preciso cuidado para não limitar a abordagem de saúde às ações de caráter preventivo, que são implicitamente ações contra condutas supostamente de risco, numa perspectiva de controle social. É necessário que se abra um novo horizonte de promoção da saúde, levando em conta que não se trata apenas de uma questão biológica ou psicológica, mas, sobretudo, dos desejos e projetos de vida. (SNJ. 2008)

Portanto, assumimos que a presente pesquisa se posiciona numa perspectiva crítica. Perspectiva que assume saúde como um direito, dentro de uma lógica de promoção da saúde e dos princípios do SUS¹⁶ da atenção integral. Buscando promover mudanças partindo da ação de um agir reflexivo. Esta ação ativa e reflexiva difere da prática reativa de agir e após pensar, mas sim da prática intrínseca da reflexão, um pensar/agir protagonista ancorado na solidariedade humana, estabelecido pela prática dialógica, interacionista, que busque sempre ser ética e humanizante. Assim, o trabalho foca o tema a partir de um ângulo crítico que assume que qualquer PPJ com pretensão de produzir felicidade na vida social deve fundamentar-se pela amplitude da consideração dos saberes, da dimensão da vida enquanto transdisciplinar e transetorial, da promoção do protagonismo da juventude.

¹⁶ Sistema Único de Saúde

3 AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS: TEXTOS E CONTEXTOS

A condição de se pensar a saúde como um direito é um exercício presente no processo de construção da política de drogas no país, com saltos, sobressaltos e recuos (nem sempre interessantes). Com tensões e insistências culturais errôneas:

As [...] lógicas criminalizadoras ou patologizantes levam a compreensões reducionistas sobre o uso e não favorecem a construção de estratégias interventivas eficazes, além de afastarem as pessoas dos serviços das políticas sociais públicas. (GANDOLFI, 2017, p. 2)

Uma questão que não era entendida como tema de saúde pública até a década de 80 e que sempre foi muito complexa exige esforço de toda a sociedade para ser enfrentada como realmente deve. O que, primeiramente se tratava de um hiato entre os contextos de segurança e saúde, hoje exige uma abrangência nas formas de como pensar e fazer, que não pode se restringir a estas duas áreas. Se constituindo como responsabilidade governamental, primeiramente o tema da drogadição deve partir da compreensão da atenção ao usuário como direito social.

3.1 AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS NO BRASIL

Nossa legislação conta com a história de um processo de luta e sofrimento com relação aos modos do fazer e do pensar a saúde mental. A reforma psiquiátrica é um marco na ruptura de um ambiente medieval para um processo embasado nas ideias de saúde coletiva. Um processo menos centrado no médico, na doença e na institucionalização e que abre possibilidades de conceber a atenção no âmbito da vida e do direito à saúde em um sentido mais abrangente.

No Brasil, esta discussão, não por acaso, toma força no final da década de 1970, após mais de uma década de um totalitário regime militar, com a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que se mobilizaram não só por mudanças no tratamento psiquiátrico, mas também pela reforma sanitária e pela redemocratização política do país. Na década seguinte, esta iniciativa amplia-se em vários sentidos. Usuários e familiares juntam-se aos trabalhadores, dispostos a implicar toda sociedade no questionamento da segregação da loucura. Sob o lema: *“Por uma Sociedade sem Manicômios”*, cria-se o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, claramente inspirado no modelo italiano que, com sua ênfase nos direitos e cidadania do louco, traduzia aquilo que era desejado, também, por grande parte dos brasileiros naquele momento. (RAMMINGER, 2014, p.41)

Após a conquista da reforma psiquiátrica, do processo da luta antimanicomial a sociedade brasileira deu relevantes passos civilizatórios e humanizantes no processo da atenção e do cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, que afinal é o âmbito

das pessoas em situação de abuso de substâncias psicoativas. Porém, a conquista destes avanços, não significa que nos livramos de paradigmas e da precarização da saúde e do cuidado nesta área.

A inserção de serviços especializados de atenção de pessoas em situação de abuso de drogas no campo da saúde mental no SUS só ocorre uma década após este tipo de serviço já estar sendo ofertado a pacientes psicóticos e com neuroses graves. Apenas em 2001 a atenção a usuários de álcool e outras drogas é inserida no SUS no campo da saúde mental¹⁷.

O evento, organizado pelo Ministério da Saúde, antecedeu a *III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM)* e teve por objetivo promover uma discussão sobre a configuração de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social, no âmbito do SUS. A discussão do modelo de atenção então existente concluiu que as ações e serviços de saúde ofertados à população eram insuficientes e inadequados. (ALVES; LIMA, 2013, p.16)

Dentre os linhas estabelecidas nesta Conferência constam a estruturação de uma rede com atendimento ambulatorial, comunicabilidade e a comunidade como centro no processo de atenção. Além de estrategicamente funcionar para além da rede de atenção à saúde.

- *A rede seria também articulada à rede de serviços sociais não diretamente ligados à assistência à saúde (como instituições de defesa de direitos, serviços de ensino profissionalizante e outros) que promovam o exercício da cidadania, a reinserção social e reintegração na rede de suporte social. A rede não distinguiria ações voltadas para prevenção, tratamento e estudos, todas incluídas em cada unidade.* (ALVES; LIMA, 2014, p. 16)

A partir daí se efetiva o serviço no campo da saúde mental no SUS, o CAPSad¹⁸ é regulamentado como política em 2002¹⁹, além da criação de mecanismos de financiamento para a atenção a usuários de álcool e outras drogas. Ainda neste ano se institui o *Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas* buscando humanizar e promover inclusão social e promoção da cidadania com a atenção também dos familiares nos serviços da rede. Sendo fator congruente no processo da Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas promulgada em 2003.

A formulação dessa política de saúde representa um avanço na trajetória discursiva sobre a questão das drogas no País ao inscrevê-la no âmbito do SUS e assim afirmar o direito à saúde das pessoas que fazem uso prejudicial ou apresentam dependência de álcool e outras drogas. Avanços adicionais podem, ainda, ser apontados: a regulamentação pelo Ministério da Saúde das

¹⁷ Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

¹⁸ Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas.

¹⁹ Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

práticas de redução de danos sociais e à saúde, relacionados ao consumo de drogas lícitas e ilícitas e à aprovação da *Política Nacional sobre o Álcool* (ALVES; LIMA, 2014, p.18).

3.2 A POLÍTICA E A REALIDADE

A política de redução de danos estabelece três finalidades estratégicas referentes à informação: educação e aconselhamento; assistência social e à saúde e disponibilização a insumos e proteção à DSTs²⁰. Esta política surge prioritariamente com referência a experiências bem-sucedidas em outros países e a uma gama de pesquisas que congruam para a constatação de que esta política salva vidas (MATOS DE ANDRADE, 2011). Inicialmente focada na atenção a usuários de drogas injetáveis e com atenção no combate ao crescimento dos números de casos de infecção de AIDS/HIV, a política foi adotada na atenção de usuários de álcool e outras drogas. Tendo enfrentado muito preconceito e resistência até hoje a política de redução de danos vive uma inconstância.

Em 2009 o governo federal cria o PEAD (plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas). Em 2010 o Plano Crack que é o: Plano de integração das ações voltadas para a prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e de outras drogas.

Diante da acentuada vulnerabilidade social e das carências no campo da saúde, educação e segurança pública das populações menos favorecidas, sobretudo daquelas vivendo nas periferias das cidades grandes e de médio porte, em particular das pessoas que fazem uso de drogas ilícitas, uma política de Estado que integrasse a atenção a todas estas deficiências seria, sem dúvida, um elemento importante na resolução do problema. Com este propósito, foram concebidos o PEAD e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas - Plano Crack. (MATOS DE ANDRADE, 2011)

Porém esta gama de ações oficiais não se configura em resultados concretos na vida vivida. Um contexto de pânico social com relação à situação social que o uso de crack se configurava no país, a desestruturação da rede de atenção e da ideia da redução de danos foram fatores determinantes para o deterioro destas políticas. Os CAPSad não se constituem enquanto articuladores de uma rede com ações comunitárias que evitem as internações.

Função esta que depende muito da articulação com a ESF e da inclusão de ações de RD com base territorial. Fica evidente a lacuna existente na ainda frágil ESF, e também o preço elevado pago pelo Brasil por não ter assegurado a sustentação e a expansão das ações de RD entre usuários de drogas nos últimos oito anos. (MATOS DE ANDRADE, 2011)

²⁰ Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Este panorama onde os profissionais, comunidade, gestores e a própria vinculação do orçamento ainda opera na lógica hospitalocêntrica conflui como desafio para uma evolução na atenção a esta demanda social. Em pesquisa que avalia as políticas públicas nesta área no Brasil Tarcísio Matos de Andrade (2011) sinaliza algumas proposições. Além de apontar a necessidade de melhor utilização dos recursos públicos direcionados a esta área, afirma que a formação dos médicos principalmente, além dos outros profissionais, precisa se ocupar mais desta área. Em 2010 o Ministério da Educação publicou portaria do PET/Saúde Mental/Crack 2011²¹ que se constitui em uma vitória importante na defesa de uma lógica humanizante que dê conta do desvio complexo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Matos ressalta a experiência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia que conta com uma disciplina obrigatória de Redução de Danos no curso de medicina no sétimo semestre. Conceber a rede como tecido de suportes sociais promotores de qualidade de vida e de superação das vulnerabilidades é o que converge muito com a nossa proposta.

Tão importante quanto o aperfeiçoamento das práticas de saúde para as pessoas que têm problemas com o uso de drogas, sobretudo as socioeconomicamente mais desfavorecidas, são os suportes sociais, com destaque para os projetos de geração de renda. Estes últimos concebidos com reais perspectivas de sustentabilidade através da inserção dos seus produtos no mercado, planejados e executados levando-se em conta as pautas culturais, os valores e as possibilidades das populações atendidas. Caminho este originalmente já posto nos princípios e nas práticas da RD. (MATOS DE ANDRADE, 2011)

O contexto de Campo Bom não foge dessa realidade nacional. Com suas especificidades de um município médio que conta com apenas um CAPS. Este CAPS é chamado pelos profissionais como CAPS Tudo. Não há CAPSad na cidade e as dificuldades no que abrange a rede, os recursos e as concepções sobre a atenção aos jovens usuários de drogas são consideravelmente inauspiciosas.

3.3 A IDEIA DE REDE

O surgimento da ideia de rede no que tange à saúde surge com o relatório Dawson em 1920, que ocorre na Inglaterra implementando uma organização nos recursos e serviços de saúde para a população após a Primeira Guerra Mundial (KUSCHNIR, R.; CHORNY, 2010). Dawson concebe a ideia de uma nova estruturação

²¹ PET (Programa de Educação pelo Trabalho) PET-Saúde/Saúde Mental/Crack 2011 Portaria Interministerial MS/MEC nº 422/2010.

dos serviços de saúde, mais abrangente, organizada de acordo com as necessidades da comunidade, integrando a prevenção, a cura e a integração em uma rede de serviços de diversos graus de complexidade (MENDES, 2011). A estruturação de atenção primária como entrada e organizadora das formas de cuidados necessários, distribuição geográfica, referências, entre outros são bases utilizadas até hoje nas organizações de rede.

No processo de luta pela reforma sanitária no Brasil que iniciou na década de 70 os princípios de universalidade, integralidade e equidade já eram presentes. Estes princípios eram entendidos como centrais para organizar um sistema que tivesse características humanizantes, éticas e solidárias, que promovessem o acesso aos cuidados. Após a conquista do SUS as ideias que propõe a organização dos serviços de maneira regionalizada se consolidam na legislação (BRASIL, 1990). Porém as RASs²² se consolidam oficialmente em 2010²³. Em 2011 a pactuação da gestão federal/estadual/municipal e a definição de que a atenção deva iniciar e se referenciar na RAS pelo decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/90. As Redes de Atenção à Saúde representam um potencial de eficiência e vínculo colocando a questão da territorialidade no centro do processo da atenção à saúde.

A organização das RASs, tendo a atenção primária um papel essencial no cuidado da população, sendo considerada a coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, têm demonstrado ser um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica. A RAS é considerada uma estratégia eficaz, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário. Uma organização que contemple a promoção de saúde e a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas. (SORTICA, 2017, P.29).

As RAS fazem um contraponto à lógica verticalizada de gestão estatal, que para Mendes (2011) é um entrave para que o processo de articulação em rede dos serviços se consolide com congruência. Na lógica verticalizada se produz uma hierarquização nos investimentos e no entendimento dos diferentes níveis de atenção à saúde. Tornando assim a atenção primária despriorizada com relação aos níveis complexos. Obstruindo a possibilidade da lógica da rede, com o potencial de considerável valoração à territorialidade e às Unidades Básicas de Saúde como referência organizadora da rede.

²² Redes de Atenção à Saúde

²³ Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS

Com relação à atenção aos usuários de drogas essa problemática se intensifica. Observamos um isolamento do CAPS, a não contemplação dos casos de álcool e outras drogas na atenção primária, principalmente na defasagem na formação e nas concepções dos profissionais. E principalmente um distanciamento do processo da atenção a estes usuários das suas comunidades e a desarticulação setorial com outras áreas como: educação, saúde, assistência social, etc. Segundo Mendes (2011), precisamos superar um sistema fragmentado, fortemente hegemônico, organizado em pontos de atenção à saúde isolados e que não se comunicam uns com os outros, conseqüentemente se mostram incapazes de prestar uma atenção contínua à população (MENDES, 2011).

A Organização Pan-americana de Saúde (2011), traz três elementos básicos para a constituição das RAS: o primeiro é a população que é a razão de ser da RAS, o segundo é a estrutura operacional que é constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós e o terceiro é o modelo de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde. (SORTICA, 2017, p. 31)

Diante disso, adiante elencaremos elementos e constatações que, infelizmente, apresentam uma rede que é insuficiente à população a qual esta rede deveria atender.

Nossa pretensão é propor ferramentas com potencial de articular esta rede a partir da participação, dialogicidade, do trabalho de exposição do tema como problema de toda a sociedade, buscando responsabilizar esta e o poder público. Desenvolvendo ações de Educação em Saúde que tematizem a juventude e possam produzir conhecimento e qualificação de todos os agentes envolvidos: gestores, profissionais, comunidade e usuários.

4 DROGADIÇÃO E JUVENTUDE EM CAMPO BOM

Na modelagem do problema e principalmente em virtude da autonegação e a inexistência de práticas pedagógicas ativas e/ou do tipo cidadãos que apelem para a atividade do sujeito, e, portanto, para a sua vida concreta. Percebeu-se que no contexto local o saber sobre as questões de saúde é acumulado e tranquilamente transmitido pelos técnicos, respeitando os princípios da boa forma, e os jovens pouco têm a dizer, pois a experiência do adulto sobre qualquer assunto sempre é apresentada sob boas formas. Essa cisão entre objetividade e subjetividade nada mais é que o reflexo da divisão social do trabalho, da separação entre o fazer e o pensar, da prática e da teoria. E, nesses casos, assiste-se a uma supervalorização da teoria, porque, sendo aquela que sabe, tem o direito de comandar a prática.

Por isso, num primeiro momento o “senso comum” e uma leitura imediata das realidades do problema da drogadição nos remete a atuação de profissionais, comunidade, autoridades e usuários do sistema à institucionalização da vida. Que foi uma categoria constante e presente.

Os profissionais estão localizados e atuam no CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) instituição que apresenta um trabalho com maior investimento (não financeiro) de recursos e exclusividade dos profissionais; a constante de uma acomodação da gestão da RMS (Rede Municipal de Saúde) em direcionar ao CAPS toda demanda de saúde mental como uma solução final. Sem um amparo de outros serviços da rede, não só para além da saúde, mas também dentro da RAS²⁴, compreendendo que o CAPS assume tarefas em um serviço de natureza complexa, continua e de resultados muito subjetivos. Se apresenta aqui um determinismo de desarticulação e isolamento que abre mão da lógica de rede nestas práticas.

Para os usuários o CAPS se apresenta como local físico de proteção, que é interessante no processo de construção de vínculo e segurança, mas que se exacerba limitando as possibilidades para além do institucional, das aprendizagens que se dão no CAPS através dos atendimentos, dos grupos e das demais atividades que buscam estruturar estes indivíduos para enfrentar os desafios da comunidade e fora das paredes do CAPS. Estabelece-se deste modo que a **institucionalização da vida** como a via única do usuário ao CAPS e não via do CAPS e da rede ao usuário, à sua comunidade.

²⁴ Rede de Atenção à Saúde.

Neste cenário estes Jovens ficam a margem em uma rede desarticulada onde o CAPS é o centro. Não por vontade dos profissionais que atendem este público, mas pelo conjunto de fatores complexos dentre os modos de fazer e do não fazer. Pela falta de investimento além do financeiro. Com os jovens à margem e o CAPS no centro, existe uma rede, uma rede desarticulada onde as vivências são perpassadas por paradigmas que precisam ser desconstruídos. Dentre estes principalmente o protagonismo médico e falta do investimento (financeiro também) na rede que torna o serviço muito refém do especialista.

Essa total insuficiência da rede se estrutura de uma forma que o protagonismo dos jovens em situação de drogadição se limite na superação para procurar a perseverar para ter a acesso a instituição. Exercendo assim um formalismo cidadão e não o exercício de um direito. Sendo resiliente às práticas de hierarquia às quais vai ter que se submeter dentro dos ambientes e dos processos, buscando um comportamento de um padrão de normatividade. Investindo assim paradigmas e práticas que convergem com uma rede desarticulada, no âmbito de uma lógica de saúde que não dá mais conta dos desafios da juventude e do nosso tempo.

Compreendendo que é possível encontrar muitos estudos sobre rede e sobre juventude, porém pesquisas sobre a rede de atenção à jovens em drogadição é uma área com escassos estudos. É necessário compreender que após cinco anos da aprovação EJ as instituições e a sociedade precisam ser tensionadas para reconhecer que as pessoas com idade entre 18 e 29 anos fazem parte desse grupo. Desta forma também, devemos reconhecer as similaridades que este grupo etário tem com relação aos adolescentes (que também são jovens). Neste nó é necessário que se pesquise mais sobre juventude, mas que ainda é necessário utilizar as pesquisas sobre a adolescência como subsídio para estudar a juventude. No que tange a situação da drogadição e juventude devemos adotar essa lógica, partir de estudos que já temos sobre adolescência, buscando construir capital científico e acervo sobre juventude.

Diante dessa complexidade, fazer mudança, fazer educação que inclua essa parcela de juventude em extremo risco é desafio de todos. É importante ressaltar que a adoção do Estado (aqui investigado na sua dimensão municipal), através dos marcos legais, da lógica da promoção da saúde como princípio de referência da ação pública na saúde é resultado de uma construção legítima e democrática de um processo de debate social abrangente.

Nesta lógica, a promoção da saúde deve ser resultado de um exercício democrático onde, na área da saúde, se promovam discussões com profissionais de

todas as subáreas, acadêmicos, usuários, gestores e comunidades. Entretanto, no contexto atual do município, do Estado e da União é muito mais uma abstração materializada em documentos²⁵ do que uma realidade. Os marcos legais que em outros países ocorreram, por razão de se superar limites dos gastos e da eficiência em saúde dentro de uma lógica liberal,²⁶ no contexto municipal adquirem um outro registro, mesmo que todos reconheçam (no discurso) que:

A importância da discussão sobre a medicina, a saúde pública e a promoção da saúde deve-se à imbricação desses processos de desenvolvimento do cuidar da saúde, seja individual, seja coletiva. E na perspectiva da apropriação de conteúdo das ciências sociais, configura um imperativo à conformação da construção social desses âmbitos do conhecimento e da práxis. O entendimento do processo histórico dimensiona os fatos da realidade social nesse caso relacionados à saúde, em cada contexto de suas ocorrências, o que certamente pode possibilitar uma compreensão mais abrangente das categorias sob análise (RABELLO, 2010, p. 17-18).

A tensão política no município é assumida enquanto fatos concretos nos contextos de atenção e cuidado não só na saúde. Também é o caso no âmbito da rede dos serviços básicos como educação, assistência social, acesso ao trabalho, cultura, etc. E não podemos conceber uma desconectada da outra. Porém no contexto em questão os serviços desarticulados não dão conta dos desafios da saúde no século XXI. Um grande fator está diretamente relacionado com a questão da educação. Para que a atenção e o cuidado possam efetivar-se na concretude do âmbito da saúde pública, os processos de educação precisam romper com a lógica biomédica que se expressa nestes ambientes de atenção a usuários de drogas. Romper com o processo de responsabilização simplista do usuário no fato da não adesão, na dicotomia entre a concepção proibicionista e da concepção da redução de danos, dentre outras práticas.

²⁵ Em relação à participação popular, desde o processo pré-8ª CNS, pré-Constituinte, constituinte e pós-Constituinte, com a regulamentação, se não houvesse a participação da militância política, dos movimentos sindicais e movimento popular, não haveria o sistema de saúde, não haveria o SUS. Essa proposta, toda ela, nasce com o pressuposto de que a participação popular é o elemento estruturante dentro deste sistema. Então, sem ela, não haveria esse sistema, haveria outro, outro tipo de reforma, não essa com seus princípios: universalização, integralidade, equidade, descentralização, democratização (Eduardo Jorge apud BRASIL, 2006, p. 96).

²⁶ A configuração do discurso da 'nova saúde pública' ocorreu no contexto de sociedades capitalistas neoliberais. Um dos eixos básicos do discurso da promoção da saúde é fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. Uma questão que se apresenta é qual concepção de autonomia é efetivamente proposta e construída. A análise de alguns autores evidencia como a configuração dos conhecimentos e das práticas, nestas sociedades, estariam construindo representações científicas e culturais, conformando os sujeitos para exercerem uma autonomia regulada, estimulando a livre escolha segundo uma lógica de mercado. A perspectiva conservadora da promoção da saúde reforça a tendência de diminuição das responsabilidades do Estado, delegando, progressivamente, aos sujeitos, a tarefa de tomarem conta de si mesmos (CZERESNIA, 2003).

O problema, então, se configura na lógica real do atendimento, no aspecto epistemológico, pois desconsidera o protagonismo juvenil como eixo importante nesta rede de atenção aos jovens usuários de drogas. Sendo no contexto da rede municipal de atenção do município de Campo Bom-RS problematizado a ponto de fragilizar o atendimento aos princípios da Atenção Integral e da Promoção da Saúde, princípios basilares do Sistema Único de Saúde. Na presente situação a condição/postura do especialista, fragmentando/fragmentada das/ações provoca a descontinuidade das políticas públicas. É imperiosa a necessidade de superar este modelo ambíguo, dando um caráter de rede. Onde o protagonismo, o diálogo e a participação da juventude sejam fenômenos fundantes desse processo.

Até porque conforme Silva, "...o tratamento de adolescentes dependentes, Silva et al (2003) observaram que a adesão era atravessada por fatores extrínsecos ao adolescente e ao atendimento. A relação do adolescente com seu meio social e condições

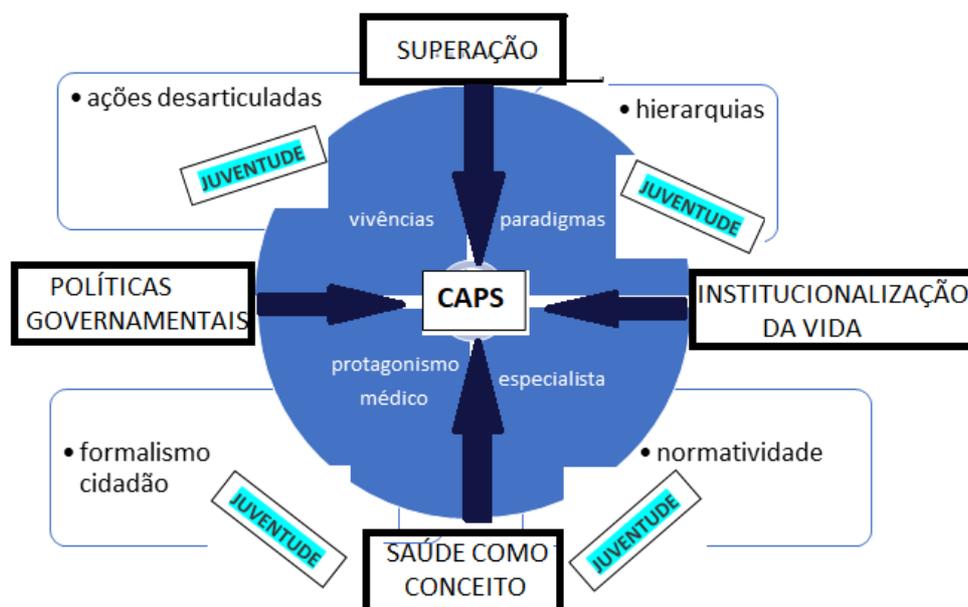
concretas de vida podem facilitar ou dificultar o acesso ao tratamento e a adesão. Outros fatores, como dificuldades econômicas para adquirir os medicamentos, a percepção do paciente sobre os esquemas de prescrição, efeitos colaterais, ou mesmo dos sintomas podem estar ligados à não-adesão. Tais fatores não são necessariamente intransponíveis para a equipe de saúde, mas devem ser considerados como limites a serem enfrentados pelos pacientes, não excluindo a responsabilidade da equipe de saúde em auxiliá-los. (SILVA, 2003)

O que valoriza nossa perspectiva sobre o caráter de necessidade de abrangência de atores no enfrentamento do tema.

5 CONSTRUINDO CHAVES ANALÍTICAS PARA COMPREENDER POLÍTICA DE SAÚDE, REDE MUNICIPAL E JUVENTUDE FRAGILIZADA

Acreditamos que nesse processo de análise e levantamento das estruturas da cidade, bem como do orçamento foi possível buscar o que, de fato, em Campo Bom não acontece. Entretanto, não havia antes desse momento do trabalho condições de uma análise mais profunda, até porque se a promoção da saúde como princípio de referência da ação pública na saúde é resultado de uma construção legítima e democrática, de um processo de debate social abrangente, ainda não tínhamos elementos para uma conclusão mais consistente. Portanto, outros dados/informações se faziam necessárias para fundamentar o trabalho analítico.

O presente estudo partiu de um problema de saúde pública de um grupo específico, planejando um olhar do espaço onde estes jovens deveriam estar para a rede como um todo (como deveria ser). Observa-se profissionais comprometidas e sobrecarregadas, aptas, porém sem possibilidades de ir além para alcançar a demanda em questão. A saúde mental é concebida nessa rede como tema do CAPS e não da rede, estabelecendo um CAPS ensimesmado na sobrecarga e não em função da referida demanda de fato. O contexto que se apresenta trata-se de insuficiente e ambíguo, ao passo que não representa sentido para o público ao qual, também, deveria estar direcionado. Desta forma o Centro de Atenção Psicossocial fica no centro do debate enquanto este deveria ser o lugar da juventude. **Figura1:**



Neste panorama, ao qual a análise das observações de toda a estrutura, dos documentos e dos processos, além das entrevistas dos agentes envolvidos, ao qual nos deparamos se configura distante de um contexto de articulação e vínculo real dos

objetivos. Principalmente o objetivo de atingir um resultado de construção de qualidade de vida a este público.

Neste abismo entre o jovem e o CAPS a rede é translúcida incorporada por alguns conceitos que se estabelecem como fundamentais para essa análise. São eles as ideias de superação, políticas governamentais, saúde como conceito e institucionalização da vida. É importante refletirmos sobre cada um destes conceitos e sobre como eles aparecem na prática das falas, do cotidiano, dos processos e acabam naturalizando uma lógica ineficaz e acomodada no processo todo. Iniciamos trazendo os conceitos de:

Superação: o conceito de superação pode parecer uma ideia única de vencer desafios. De acordo com o Dicionário Português (2018): *ação de superar, de ultrapassar uma situação desagradável, perigosa: depois da doença, minha vida tem sido um exercício de superação*. Porém no contexto em questão não podemos adotar a ideia de superação como uma categoria estanque, como um fenômeno isolado. Diante do trabalho de buscar mudanças nas formas de cuidado da juventude em situação de drogadição precisamos assumir o tema como um problema coletivo, precisamos assumir o homem como um ser coletivo, as relações de trabalho e cuidado como ações humanas, portanto são ações coletivas.

A experiência histórica, política, cultural e social dos homens e das mulheres jamais pode se dar “virgem” do conflito entre 'as forças que obstaculizam a busca da assunção de si por parte dos indivíduos e dos grupos e das forças que trabalham em favor daquela assunção. A formação docente que se julgue superior a essas “intrigas” não faz outra coisa senão trabalhar em favor dos obstáculos. A solidariedade social e política de que precisamos para construir a sociedade menos feia e menos arestosa, em que podemos ser mais nós mesmos, tem na formação democrática uma prática de real importância. A aprendizagem da assunção do sujeito é incompatível com o treinamento pragmático ou com o elitismo autoritário dos que se pensam donos da verdade e do saber articulado. (FREIRE, 1996, p.18)

Dessa maneira a forma como o senso comum trata a ideia de superação, como uma ação exclusivamente individual, isolada, não se aplica às formas exigidas de pensar e fazer saúde como direito. É necessário que se aja nesse processo com ações que possam promover as condições para a superação destes indivíduos como desafio social coletivo constante. Desde o trabalho de pensar e executar formas de buscar esse público onde ele está e intervir para promover a sua inclusão na rede de atenção. E durante estas etapas de desenvolvimento de vínculo, procurar promover inserção nos processos terapêuticos e em outros serviços. Infelizmente não é o que ocorre. No cenário em questão, a superação não é categoria engendrada pela rede, ela é

entendida como matéria-prima, quem tiver a superação de chegar ao CAPS vai ser demanda. Não se entende, objetivamente, como demanda a necessidade de promover superação no público em questão. Portanto a superação é entendida aqui como o modo, o comportamento pelo qual o sujeito assume e evidencia no seu cotidiano a necessidade, a capacidade e as condições de vencer os obstáculos. Tem a ver com mudança no modo de ser, resolver e atuar em relação ao mundo e aos outros. Não pode ser produzida alheia ao mundo e aos outros. Então fazer educação e saúde para promover superação implica cuidado. Podemos definir cuidado a partir das contribuições de Vygotsky (1991) e Wallon (1973) assumimos o cuidado em uma perspectiva interacionista. Compreendendo que aprendizagem e desenvolvimento se dão de maneira inter-relacionadas a partir do nascimento.

O cuidado humano seria a capacidade que temos, pela interação com os outros humanos, de observar, de perceber e interpretar as suas necessidades e a forma como as atendemos. Nesse processo de cuidar do outro também nos desenvolvemos como seres capazes de ter empatia com o outro, de perceber nossas próprias necessidades e de desenvolver tecnologias para aprimorar tais cuidados. (MARANHÃO, 2000, p.120)

Essa empatia e afetividade precisa ultrapassar as paredes nesta rede. Embora se perceba que os poucos jovens atendidos reconheçam esse afeto e o cuidado da parte dos profissionais que os atendem diretamente, os jovens invisibilizados e não inclusos na rede padecem desta falta de cuidado. O cuidado da rede precisa ir para as ruas. Em uma rede que se apresenta com muito poucos jovens e adolescentes em situação de vulnerabilidade e drogadição em atenção ou tratamento, dentro de um contexto onde é perceptível que há um grande contingente de jovens nessa situação, há uma situação de insuficiência bem marcada. O Conselho Tutelar atende e encaminha às fazendas terapêuticas e ao próprio CAPS uma média de 8 adolescentes mês (informação retirada dos registros do Conselho Tutelar, 2016) e os casos entre jovens de 18 e 29 anos nestas situações são visíveis pelas ruas, comunidades e nos relatos dos entrevistados. Trata-se de uma realidade observável no dia a dia da vida da cidade. A Secretaria de Assistência Social não tem nenhum tipo de levantamento a este respeito, se estima que cerca de 23 pessoas vivem em situação de rua, mas sem uma ideia sobre a idade e a situação de uso ou não de drogas. O CAPS compreende em tratamento 8 pacientes em situação de drogadição na faixa etária de 15 a 29 anos. O mais grave é que mesmo atendendo uma fração irrisória da demanda não há profissionais suficientes nem para atender esse público.

Desta maneira os jovens atendidos carregam consigo a responsabilidade do grau de determinância que a sua “superação” tem para o tratamento. Pois para acessar ao tratamento é preciso insistência e superação. Existe aí um grau muito forte de responsabilização dos jovens em tratamento no CAPS e de culpabilização daqueles excluídos, os que não buscaram ajuda ou não se esforçaram para enfrentar o problema. E desta maneira se constitui neste contexto uma categoria que se dá por via única, ou seja, a superação é uma categoria importante neste processo, mas que cabe apenas ao jovem usuário da rede engendrar-la. A superação não é uma necessidade e uma constante na rede, nas ações da estrutura e dos agentes em um sentido mais amplo. A superação é um fenômeno desarticulado e de única e exclusiva responsabilidade dos jovens usuários da rede.

Políticas governamentais: são entendidas como um conjunto de normas, ações e protocolos que são definidos e implementados pelos gestores públicos dos poderes executivos. As políticas governamentais neste contexto se configuram em ações implementadas de acordo com as ideias dos gestores atuais. Não se articulam com um projeto mais amplo, sob uma análise mais apurada da problemática e seguindo estratégias de enfrentamento a ela.

Analisando as últimas Leis Orçamentárias do município²⁷, foi possível verificar que não há critérios e nem continuidade para o orçamento destinado para a área da juventude. Embora na área da Saúde e especificamente à saúde mental os orçamentos sigam uma regularidade nas previsões orçamentárias, na área de Políticas Públicas de Juventude em 2014 inicia a presença desta subárea na lei orçamentária e o recurso previsto acaba não sendo utilizado. Nos anos seguintes estes recursos diminuem e permanecem não sendo utilizados na área.

A única ação nova ocorrida foi a criação da Semana Municipal do Hip Hop²⁸. Esta lei se configurou como uma política pública de estado (pois tornou-se lei e independente da alternância de forças político partidárias na gestão se oficializou no calendário cultural do município). Porém, no geral e na configuração orçamentária se

²⁷ O acesso às Leis Orçamentárias se deu a partir da análise dos documentos disponíveis na sede do legislativo municipal pois no acesso pela internet a última lei orçamentária disponível é do exercício de 2013.

²⁸ A semana virou lei em 2017 após muitas pressões por parte do Movimento Hip Hop organizado na cidade que assumiu um protagonismo relevante na cobrança aos vereadores e ao prefeito pela efetivação da lei e sua efetivação que se deu, até o momento em duas edições: 2017 e 2018 na segunda semana do mês de maio. A semana conta com apresentações culturais envolvendo os 4 elementos da cultura Hip Hop e debates sobre cultura e cidadania. O público alvo é a juventude e as atividades ocorreram de forma descentralizada em escolas e comunidades. Os jovens artistas e ativistas da cidade elaboraram a programação e executaram estas com muito pouco recurso investido pelo poder público.

vê também um contexto de via única, onde o poder público não efetivou a criação do Conselho Municipal de Juventude e permanece tomando sozinho, sem diálogo, as decisões ou a falta de decisão e de ações na área das políticas públicas de juventude.

Saúde como conceito: a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Esse conceito gerou muitas polêmicas devido ao seu caráter utópico.

Por causa disso, nossa Constituição Federal de 1988, artigo 196, evita discutir o conceito de saúde, mas diz que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Este é o princípio que norteia o SUS, Sistema Único de Saúde. E é o princípio que está colaborando para desenvolver a dignidade aos brasileiros, como cidadãos e como seres humanos. (SCLiar, 2007, p. 39)

Desse modo podemos definir que a saúde enquanto um conceito está posto neste trabalho como uma categoria abstrata, simplesmente teórica. Portanto, entendemos a importância de que é uma exigência a ação, regulamentação e o registro do ponto de vista teórico também como conquistas sociais. Porém tratamos o termo: saúde como conceito, para fazer alusão a uma ideia de saúde que não se aplica no real. Desta maneira a saúde como conceito apenas não é garantia de direito.

Dentro deste panorama onde a juventude não é provocada a participar, a opinar, a se envolver e decidir a respeito de suas questões e suas problemáticas, na saúde não poderia ser diferente. O contexto de falta de recursos financeiros, humanos, físicos e a maneira viciada de engendrar a vida institucional em uma lógica imediatista acaba desaguando em uma realidade onde não é possível se estabelecer um acesso ao serviço e tratamento aos jovens em situação de drogadição. E aos poucos jovens atendidos não há uma possibilidade, um investimento (não apenas financeiro, mas de mudança de lógica no fazer da rede e de seus agentes) que propicie o empoderamento destes no sentido de serem sujeitos construtores da rede e do modo de fazer saúde.

Assim o CAPS e seus profissionais precisam dar conta destes jovens, desta demanda, das formas que lhes são possíveis e imediatas. Aí entra em cena a saúde como uma ideia, um conceito, muito mais o conceito dos profissionais do que dos usuários. É importante destacar que em um universo de um CAPS que atende todas as demandas de saúde mental do município, com um universo de cerca de 1400 pacientes onde menos de 5% desse contingente seja AD²⁹, e destes uma parcela seja

²⁹ Álcool e Drogas

de jovens, a atenção a este público passa a ser um tema despriorizado. Nas entrevistas aos profissionais do CAPS se confirmou que em todas as reuniões vivenciadas e nos fóruns de Educação Permanente da rede e do próprio CAPS a atenção à juventude nunca foi tema de formação. A forma inadequada como profissionais da rede e do próprio CAPS tratam estes pacientes também foi relatada nas entrevistas. É necessário valorizar todo o investimento que as profissionais que trabalham com este público empreendem. E os próprios limites da rede e dos profissionais que não atendem este público são elencados por estas profissionais como obstáculos no processo.

Nesta configuração de hierarquização destes usuários a saúde não emerge como um direito no ambiente desta rede, mas como um conceito destituído da carga da vida, do conteúdo que estes pacientes têm a dar (não só às profissionais que atendem os casos AD) a rede. A saúde não exercida, não como direito, se faz e reproduz a lógica da saúde bancária (alusiva à lógica da educação bancária exposta por Freire) (FREIRE, 2005). Se pondo como uma via apenas, não engendrando o interacionismo necessário.

Institucionalização da vida: nossa sociedade ainda é estruturada dentro da lógica da modernidade, organizada por instituições modernas. Com o advento dos estados nacionais durante a revolução industrial e principalmente após a Revolução Francesa no século XVIII os poderes institucionais e o estado assumem a uma naturalização no controle e na organização da vida social. Definimos instituições como espaços de controle, não necessariamente públicos, mas neste trabalho determinadamente público. Entendendo que, constatando que nem mesmo o estado enquanto coisa pública não age na atenção de um grupo populacional desprivilegiado, sendo o estado responsável pelos direitos desse grupo, a iniciativa privada que busca o lucro de seus negócios no mercado não apresenta nenhum interesse nesse grupo. Portanto as instituições privadas não estão nessa rede.

Sendo assim a institucionalização da vida é definida como a condição da vida estar diretamente ligada, ou dependente de uma instituição. Instituição como um lugar, um espaço físico de controle e com limites físicos. Nesse estudo a institucionalização da vida é o processo de produção de dependência desses jovens ao CAPS. Estabelecendo um caminho contrário às possibilidades de produção da promoção da autonomia desse grupo.

6 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Entendida como sendo o processo que articula ações coletivas organizadas intencionalmente e que resultam em transformações sociais. Visto que são levadas a termo com base no pressuposto que *todo conhecimento provém da experiência acumulada de uma dada sociedade ou grupo social*.

No caso específico deste trabalho Educação para a saúde Trata-se de atenção à jovens usuários de drogas em vulnerabilidade social. Neste conceito amplo acima descrito, estão subsumidos outros conceitos, tais como, participação, protagonismo e diálogo precisam estar intrínsecos na rede. Ressaltamos que estes termos se colocam contextualizados em tensão constante, articulados com o viver e fazer história enquanto uma condição humana elementar. Desta forma assumimos uma posição de educação histórico crítica. Educação enquanto um processo concreto e histórico de luta, complexificado por esta tensão e pela dinâmica histórica.

A natureza humana não é dada ao homem, mas é por ele produzida sobre a base da natureza biofísica. Conseqüentemente, o trabalho educativo é o ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens. (SAVIANI, 2008, p. 6)

Ao passo que a educação se dá intrínseca à condição de existência humana, como toda experiência cultural, também é significativa levar em conta os lugares de poder que a sociedade historicamente dá a estas diferentes formas do aprender, considerar esta disputa e seus potenciais produtores de saberes. Neste sentido esta concepção de educação nos dá base para compreender os saberes que estão em disputa na vida, desta forma, nos processos de saúde/doença na sociedade. Bem como o potencial transformador que a experiência humana tem. É fundamental enfatizar que assumir a educação como processo legítimo de luta é concebê-la enquanto um fenômeno essencialmente ético e altero.

Pois o processo de criticidade não pode ser idealizado de maneira não coletiva ao tempo que, o homem sendo por natureza um ser político, histórico é essencialmente um ser coletivo. Nesta perspectiva ética o buscar ser mais não pode ser de forma limitada e individual, necessita ser uma busca coletiva, solidária, humana.

Para Paulo Freire (2005) o ser humano é um ser inacabado com uma vocação de mudança. A presença do homem no mundo é a de um ser ético: “Como presença consciente no mundo não posso escapar à responsabilidade ética no meu mover-me no mundo.” A conquista da autonomia não dá o direito ao ser humano de satisfazer todos os seus desejos exercendo um falso protagonismo.

Ao expressar estes conceitos sobre educação, nos guiamos em um caminho

lógico para expressar como assumimos os conceitos de participação, protagonismo e dialogicidade. Entendendo educação como um viver e fazer luta, e afirmando que esta deva ser uma ação ética e solidária, a participação se acomoda neste âmbito como a ação de luta transformadora enquanto compromisso solidário coletivo. Pois não sendo assumido como compromisso coletivo não há participação. E sendo, o problema da drogadição, um problema coletivo, os processos de produção de saber não podem ser concebidos isoladamente.

Essa construção passa necessariamente pela redefinição do processo de trabalho em saúde e das atribuições e responsabilidades entre os trabalhadores, assim como, pela transformação do papel desempenhado por estes trabalhadores nos encontros com a população. Compreendendo a potencialidade educativa dos vários atos promovidos nas ações e nos serviços de saúde, pode-se compreender todos os trabalhadores da saúde como educadores, e estes, junto com a população atendida, sujeitos do processo de produção dos cuidados em saúde. (MAROSINI, 2009)

Não há como enfrentar o desafio em questão sem estabelecer fóruns de educação em saúde. Que sejam promotores do protagonismo juvenil, que envolvam além da juventude e dos profissionais outros agentes da comunidade. As lideranças comunitárias que tem muito a contribuir com seu capital etnográfico. Só através dessa concepção ampla de pensar/fazer, colocando essa responsabilidade como de todos e potencializando as possibilidades de superação dos limites.

Por isso, advogamos que nas sociedades de direito à saúde, como é a brasileira, de acordo com sua constituição de 1988, o 'trabalho em saúde' deve pautar-se pelo 'referente simbólico': ato de cuidar da vida, em geral, e do outro, como se isso fosse de fato a alma da produção da saúde. E, assim, tomar como seu objeto central o mundo das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas pelas ações de cuidado. Em última instância, a finalidade que advogamos para as práticas de saúde é a de visar à produção social da vida e defendê-la. (MERHY, 2009)

E quando esta participação luta na busca de mudanças que suprimam as mazelas sociais, as injustiças, as opressões às quais as populações pobres sofrem, ela é protagonista. As discussões que vêm surgindo recentemente nos fóruns de participação juvenil como as conferências de juventude apontam o termo protagonismo como um conceito determinante nas ações que compreendem o tema juventude.

De onde vem o termo protagonismo juvenil? Vem do grego. Proto quer dizer o primeiro, o principal. Agon significa luta. Agonista, lutador. Protagonista, literalmente, quer dizer o lutador principal. No teatro, o termo passou a designar os atores que conduzem a trama, os principais atores. O mesmo ocorrendo também com os personagens de um romance. No nosso caso, ou seja, no campo da educação, o termo protagonismo juvenil designa a atuação dos jovens como personagem principal de uma iniciativa, atividade ou projeto voltado para a solução de problemas reais. O cerne do protagonismo, portanto, é a participação ativa e construtiva do jovem na vida da escola, da comunidade ou da sociedade mais ampla. (COSTA, 2016)

Experiências de iniciativas recentes (criação de coletivos como o Fora do Eixo³⁰, o CCMJ³¹ e outros) (LEMOS JR, 2014) de ações inovadoras envolvendo jovens demonstram que a participação e o protagonismo são os fatores determinantes para os resultados de impacto social. Portanto, o exercício de participação, protagonismo no âmbito de uma ação educadora ética, humanística, solidária e de luta só se dá na dialogicidade.

Qual participação ética não ouve o outro? Neste processo de educação ética, ela só é ética e participativa quando é solidária. Se concebe a necessidade do “ser mais”, esta deve ser concebida como necessidade coletiva, assim só se transforma coletivamente. Dizendo e ouvindo.

O diálogo é este encontro dos homens, imediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu. Esta é a razão por que não é possível o diálogo entre os que querem a pronúncia do mundo e os que não querem; entre os que negam aos demais o direito de dizer a palavra e os que se acham negados deste direito. (FREIRE, 2005, p. 91).

Expresso aqui essa perspectiva de educação que investe no diálogo, no protagonismo e participação. É de um ideário com conceito de educação crítica, histórica, ética e solidária. É imbricada nessa visão de mundo que concebemos a ideia de saúde pública, de política pública e de educação em saúde. Política pública enquanto serviço ou ação que deve servir ao interesse público, à coletividade, com objetivos éticos, humanos e solidários de justiça social. Entendemos que o SUS, enquanto política pública deve atender a estes critérios. Diante de seu caráter de financiamento e organização o papel do estado é central e absolutamente responsável. Porém, na dinâmica da vida, dentro da lógica vigente de saúde pública que o *status quo* assumiu, sem um processo dialógico, participativo e, se tratando de juventude, sem protagonismo, os resultados de impacto social destas políticas são poucos promissores.

Tratando-se esta pesquisa de um tema público, que tem suas diretrizes regidas através de legislação específica é necessário que estes marcos legais sejam referenciais teóricos deste trabalho. Entre eles principalmente a lei 8.080 de 1990 que estabelece e institui o Sistema Único de Saúde e o Estatuto da Juventude que trata do atendimento à saúde dos jovens, lei 12.851 de 2013. Quanto a uma concepção de saúde nos posicionamos como defensores do Sistema Único de Saúde, dentro da lógica da promoção da saúde, compreendendo a saúde como um bem e direito

³⁰ Casas cooperativas e autônomas onde jovens se organizam contribuindo colaborativa mente com seus saberes e profissões no processo de sustentabilidade e de ações sociais culturais, artísticas e educativas. <http://foradoeixo.org.br/historico/carta-de-principios/>

³¹ Centro Cultural Marcelo Breunig

imensurável e sendo obrigação do estado o papel de garantia deste direito.

Nossa concepção de saúde pública se embasa nas contribuições de Lucíola Santos Rabello no que trata a lógica da promoção da saúde e a conquista do SUS pela sociedade brasileira. Bem como o entendimento da lógica da promoção da saúde como um avanço social global. A 'promoção da saúde' é uma proposta de política pública mundial, contemporânea na saúde pública e disseminada pela Organização Mundial da Saúde a partir de 1984 (RABELLO, 2010, p. 21).

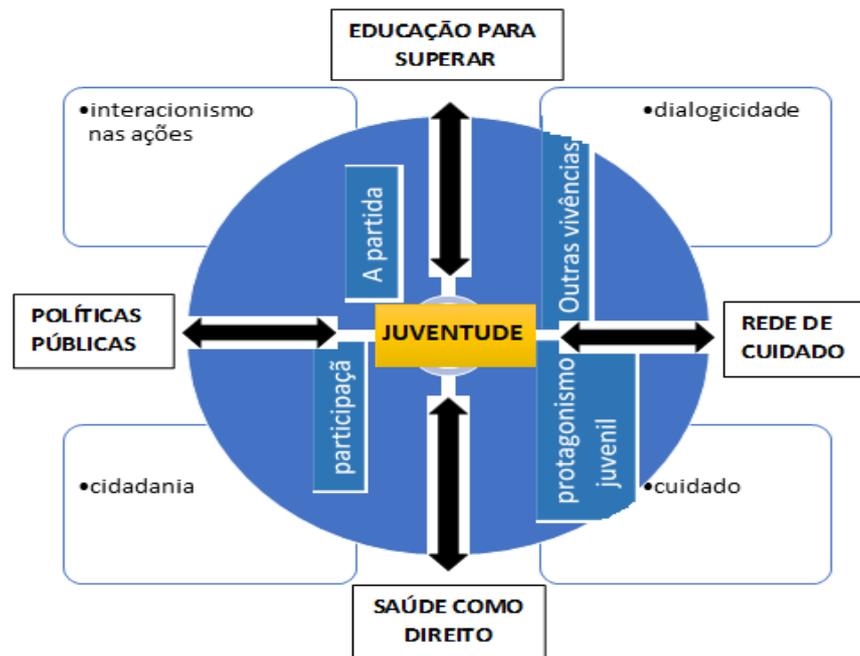
Nessa perspectiva, a promoção da saúde é entendida enquanto processo, no qual indivíduos, comunidades e redes sociais compartilham seus conhecimentos com objetivos de juntos encontrar melhores condições de saúde numa contínua procura de direitos e de cidadania. Ela pretende trabalhar com o desenvolvimento, com a participação e com a interação do ser humano no seu meio social, econômico, cultural, interagindo com as diversas instâncias nos diferentes níveis, como uma possibilidade concreta de ruptura de paradigma no campo da saúde, considerando a realidade objetiva da sociedade globalizada. (LINDNER, 2009, p. 268)

Desta forma os conceitos dos quais partimos para conceber esta lógica de saúde e esta concepção de promoção da saúde emergem de um ponto de vista crítico congruente com a prática da educação em saúde. Na busca da mudança, na tomada de posição diante da tensão de visões.

Inicialmente, deve-se localizar a temática da educação em saúde como um campo de disputas de projetos de sociedade e visões de mundo que se atualizam nas formas de conceber e organizar os discursos e as práticas relativas à educação no campo da saúde. (MAROSINI, 2009)

Através deste caminho é possível colocar a juventude no centro do debate, articular a rede de fato pra construir um caminho de enfrentamento de fato à situação de drogadição desses jovens. Difundindo e praticando saúde não mais como um conceito, mas como direito. Com investimento epistemológicos nas ideias de protagonismo, participação e dialogicidade.

Figura 2:



7 A REDE DE ATENÇÃO À JOVENS EM SITUAÇÃO DE DROGADIÇÃO EM CAMPO BOM

Uma pesquisa sobre juventude e drogadição necessariamente precisa ser uma pesquisa interdisciplinar, na medida em que se propõe a estudar a significação dos conhecimentos, das estruturas operatórias ou de noções, recorrendo, de uma parte, a história dos jovens, e ao modos operandis e/ou o modo de funcionar das instituições para dar conta de um determinado problema coletivo (sendo os dados fornecidos pela realidade naquilo que vai dar o aspecto lógico da análise).

Este trabalho analítico, então utilizou uma metodologia (APÊNDICE 1) que permite resgatar a unidade do conhecimento, através de uma visão da relação sujeito/objeto, em que se afirma, ao mesmo tempo, a objetividade do mundo e a subjetividade, mas sempre considerando que todo conhecimento provém da prática social e a ela retorna.

7.1 TODO CONHECIMENTO É UM EMPREENDIMENTO COLETIVO, NENHUM CONHECIMENTO É PRODUZIDO NA SOLIDÃO DO SUJEITO, MESMO PORQUE ESSA SOLIDÃO É IMPOSSÍVEL.

Campo Bom têm uma rede de serviços disponíveis à juventude da cidade que conta com uma estrutura relativamente suficiente com relação à espaços para a prática de esportes e lazer. Tem 3 parques públicos arborizados que são bastante utilizados pela população, onde a presença da juventude é expressiva durante os finais de semana, com preferência dos jovens ao CEI. O parque é chamado assim, pois fica junto a uma escola municipal que é chamada de Centro de Educação Integral. O espaço comporta uma pista de skate, quadra de futebol, pracinha com brinquedos infantis e espaços arborizados onde a população encontra-se para tomar chimarrão, ouvir música e praticar esportes. Este espaço é localizado no centro da cidade e a maioria dos bairros conta com quadras esportivas. O bairro Operário que é o maior da cidade tem um CEU (Centro Esporte e Arte Unificado), o local tem laboratórios de oficinas de arte, biblioteca, quadras de basquete, futebol, pista de skate e tem uma equipe de coordenação e educadores.

Com relação à cultura e lazer o CEI tem uma escola de Artes que oferece aulas e oficinas de artes plásticas, teatro e música. Junto ao CEI fica o teatro e o cinema que são espaços pouco utilizados. Esta estrutura fica a cargo da secretaria de educação

que também desenvolve parceria com o Sesi³² através de cursos profissionalizantes e um supletivo de EJA (Educação de Jovens e Adultos) oferecido no turno da noite atendendo jovens e adultos com ensino fundamental e médio semipresencial.

Na assistência social as ações não contemplam nenhum projeto que foque a juventude e a atuação da pasta se limita a intervenções de assistência emergencial em casos de encaminhamento aos serviços da área, como auxílio alimentar, transporte e grupos que se reúnem no CREAS³³ que fica no centro da cidade.

A rede de saúde conta com um hospital de média complexidade de gestão do município, que sempre é terceirizada para alguma entidade e sofreu mudança recente de entidade administradora, um PA (Pronto Atendimento) no centro da cidade, ESFs³⁴ distribuídas pelos bairros da cidade e suas UBSs e um CAPS. Com relação a esta gama de serviços ocorre uma reunião mensal que conta também com representantes de um abrigo, com entidades que atendem crianças e adolescentes como a APAE³⁵ e também representantes do Conselho Tutelar. Esta reunião trata da rede de atenção à crianças e adolescentes.

Na estrutura do município descrita a cima podemos afirmar que a juventude da qual se trata este trabalho, que são os jovens usuários de drogas, poderia ser atendida e usufruir de todos estes serviços. Porém, se vê excluída praticamente de toda esta rede. Os serviços referentes à secretaria de educação como os cursos profissionalizantes, o EJA, as oficinas de arte e esporte disponíveis no CEI e CEU e os espaços públicos de esporte e lazer. Apenas alguns destes últimos são utilizados como locais de uso de drogas para estes jovens.

A maioria destes serviços está disponível aos adolescentes já incluídos na rede de ensino do município, como os cursos profissionalizantes e oficinas de arte. O EJA é um serviço semipresencial que é buscado por um perfil de jovem já incluso no mercado de trabalho e que busca se qualificar para conseguir postos de trabalhos com melhor remuneração e menos precários.

7.1.1 Os jovens na rede

Como foi afirmado anteriormente, a situação de drogadição e vulnerabilidade da juventude de Campo Bom é perceptível na paisagem da cidade. Se configura como um drama e uma problemática social do município. Esta juventude não se encontra na

³² Serviço social da indústria

³³ Centro de Referência de Assistência Social

³⁴ Equipe de Saúde da família

³⁵ Associação de Pais e Amigos de Excepcionais

rede, no CAPS, nem é atendida por algum serviço. Portanto, se encontra realmente invisibilizada. Estes jovens se encontram fora da escola, do mercado de trabalho, na sua grande maioria nas áreas mais marginalizadas da cidade e ocupam as áreas centrais como os parques durante as noites e madrugadas.

Nos bairros o acesso às drogas, principalmente o crack, é exposto em todos os bairros. Quem comanda essa distribuição e venda é a Fação Os Manos e quem vende são jovens na maioria, também vulnerabilizado. Oriundos de famílias muito pobres, na maioria das vezes já oriundos do sistema prisional por outros crimes, não por venda de drogas. A polícia frequentemente realiza prisões destes jovens e apreende drogas, a imprensa local notícia que traficantes foram presos, porém não podemos conceber que jovens semianalfabetos, que vendem drogas a terceiros, com lucros que só garantem a subsistência, morando em casebres sejam chamados de traficantes. Tanto que após estes vendedores de drogas serem presos em um dia, no dia seguinte já há outros vendedores tão vulneráveis como esses e com o mesmo perfil fazendo a venda no mesmo local.

Portanto, há uma dissimulação do estado que não garante o direito dessas famílias pobres e a emergência da pauta da violência urbana, onde a venda de drogas se insere, como uma causa e não consequência da ineficiência dos problemas sociais, assumindo assim a culpabilização que antes deveria ser do estado. E os agentes do estado simulam que estão acabando com o crime, com o tráfico e com a violência, porém até hoje nenhum traficante foi preso. Todos os dias jovens pobres são jogados em um sistema carcerário que os põe na dependência das facções, devido às condições subumanas das cadeias no Brasil e vão criando um contingente pro crime organizado. Dessa forma a desinteligência da polícia se manifesta na simulação dos seus agentes, assim reforça o caráter de dissimulação do estado. Assim uma rede que não pega os invisíveis proporciona uma massa de consumidores de um produto com uma massa de potencial vendedores, jovens pobres sem oportunidades de educação e trabalho decente que acabam se tornando contraventores.

Desta forma o ciclo funciona muito bem, de maneira harmoniosa os verdadeiros traficantes continuam soltos e lucrando muito, o que pressupõe uma boa retaguarda de agentes do estado nos três poderes envolvidos. A polícia simula que combate o crime e os governantes se aproveitam da cultura da criminalização da pobreza pra tirar do foco a incompetência e a corrupção do estado.

Durante a pesquisa acabei descobrindo que a invisibilidade dessa juventude vulnerável em situação de risco e uso abusivo de drogas não está no CAPS. Eu pude entrevistar os quatro jovens que neste momento estavam recebendo atenção do CAPS

como único serviço da rede. A falta de profissionais suficientes para atender a demanda já existente no CAPS, por exemplo, não permite um trabalho ou uma campanha para atrair essa juventude invisibilizada para o serviço. O poder público local também não tem nenhuma ação nesse sentido. É necessário que algo seja feito nesse sentido.

Para a efetiva reabilitação, o dependente químico inicialmente necessita de conscientização em nível cognitivo quanto à necessidade de tratamento e, posteriormente, uma condição comportamental. Destarte, a busca por tratamento decorrente de influências externas apresenta um desafio aos profissionais de saúde, uma vez que as mudanças comumente necessitam de um compromisso primariamente interno, e não externo. (FERREIRA, 2005, p. 155)

Nas entrevistas podemos perceber que todos os quatro jovens, dentro dessa faixa etária de 15 a 29 anos de idade, chegaram ao serviço através de influência da família. Um pelo fato de a mãe já ser uma paciente do CAPS, outras duas por influência e pressão da mãe para não perder a guarda dos filhos e outro pela busca dos pais também. Todos eles se enquadram no perfil de vulnerabilidade social devido às comunidades onde moram e as relações, entre outros fatores.

Acredita-se que investigar essa temática favorece a reflexão e a reorientação da prática profissional na área da saúde, a partir da construção, produção e ampliação do conhecimento acerca dos fatores que interferem diretamente na adesão ao tratamento pelo dependente químico, com vistas ao aumento da adesão e da qualidade de vida dessa clientela. (FERREIRA, 2015, p. 151)

O trabalho presente contou com a entrevista destes jovens e entende suas contribuições como fundamentais para conhecermos essa rede, os serviços disponíveis, como funcionam ou não de maneira concreta. Porém é intenção usarmos os subsídios aqui levantados para pensarmos formas de enfrentar este público que se vê totalmente fora do serviço.

7.1.2 O conhecimento a partir da percepção sujeito/objeto

As observações que seguem traduzem as percepções (falas dos usuários, dos profissionais e dos jovens ativistas em movimentos sociais) e têm por objetivo identificar necessidades frente a questão da drogadição. Necessidade de construir ações para desinvisibilizar estes jovens e aproximá-los da rede com abordagens sem caráter institucional.

A seguir quadro com perguntas e respostas destes jovens: E que se afirma, ao mesmo tempo, na objetividade do mundo e na subjetividade de cada uma destas vidas. Não encontrar estes jovens na rede foi uma hipótese que se confirmou de forma

exacerbada. Foi surpreendente que no momento, é claro que devemos levar em conta que se trata de uma demanda com fluxo, apenas quatro jovens estavam em atendimento no CAPS por situação de drogadição. Chamaremos de J1 uma jovem mulher com 27 anos de idade, com ensino médio completo e com dois filhos está faz quatro meses em atendimento; J2 uma jovem com 29 anos de idade, com ensino fundamental completo e com quatro filhos está há oito meses em atendimento; J3 uma jovem com 22 anos de idade, ensino médio incompleto e um filho está há um mês em tratamento e o J4 é um jovem do sexo masculino com 21 anos, ensino médio completo sem filhos está no primeiro encontro. Todos estão desempregados.

QUADRO 1: Qual serviço da rede você usa?

	Respostas	Significados
J1	Só no CAPS, uso a psiquiatra... que, pra medicação e tal, que eu tenho que tomar. E se eu precisar de algum momento de algum conselho, de alguma ajuda, alguma coisa eu posso tá vindo aqui que elas sempre vão tá me dando algum auxílio né, alguma receita, alguma coisa que eu precise. E com a psicóloga quando eu precisá ela sempre tá ali.	Uma supervalorização do especialista e do uso da medicação. Pois a jovem participa também do grupo de apoio, mas não mencionou.
J2	Só no CAPS.	A jovem respondeu com relação à rede (levou em conta outros serviços da assistência social, educação, etc.) Ela participa do grupo de apoio.
J3	Eu faço só o grupo né. Só participo do grupo.	Demonstrou precisar de atenção clínica individual além do grupo (chorava muito durante a entrevista)
J4	Só o grupo, com a psicóloga já tive uma vez...	Estava pela 1º vez no grupo

SÍNTESE:

- O grupo de apoio é o principal dispositivo de atendimento desses jovens. É visível o quanto a J1 prioriza sua expectativa na alopatia como forma de tratamento. Todos os quatro usuários incluídos recebem atendimento terapêutico. É importante salientar que nestes encontros há usuários de todas as idades, portanto não há um grupo de apoio para jovens. Os encontros ocorrem semanalmente sempre nas quintas-feiras à noite, a partir das 18h30min.
- O atendimento no CAPS é o único serviço da rede em que estes jovens estão sendo atendidos.
- O caráter acolhedor do CAPS é observável para estes jovens inseridos.
- Que realmente o grande contingente de jovens usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social não está inserido na rede.
- Todos estes jovens moram em bairros de periferia.

QUADRO 2: Como tu chegou a este serviço?

	Respostas	Significados
J1	<p>Eu, foi assim, tipo, há uns dois anos atrás eu fumava bastante, eu fumava petico, eu comecei na pedra pura, depois comecei a fumar petico. Aí que aconteceu, fui perdendo meus filhos pro conselho tutelar, aí me restou o Menino que eu engravidei dele, ele tá com quatro meses e a Menina de dois anos. E eu fui perdendo e eu fui fumando, fumando e grávida dele, fumando, até que chegou o dia dele nascer e eu mesmo fiz o parto dele, ele nasceu em casa, não deu tempo de chegar no hospital ele nasceu em casa. E depois desse dia que foi no dia 11 de abril eu não vi mais nenhum dos dois. Aí que aconteceu a gente foi vendendo droga eu e o pai dele né, vendendo e consumindo, vendendo e consumindo, até que chegou num ponto que a gente tava fumando tipo, o malote, e não tava dando pra pagar. E nós levemu várias surra, nossa eu me salvei da morte umas quatro vezes, até eu tenho essa cicatriz aqui no rosto por conta disto, e ele batia bastante, pegava nós dois e ó dava porrada. Aí foi no dia que ele pegô, ele tava fazendo contagem dos malote e entrô dentro de casa, que era um barraco né, aí o meu ex-marido disse: “Eu vou comprar pão”. E saiu e não apareceu mais. E eu tava deitada, e ele disse: “Não, eu vou contar aqui”, daí ele disse: “Tá faltando tanto.”, daí eu disse: “mas não foi minha culpa porque foi, no caso, o momento que ele tava vendendo então não sei de nada, esses malote não são meu”. Aí o que ele fez: ele me trancou dentro de casa, e disse assim ó: “Se eu não encontrá o teu marido em meia hora, eu venho aqui e te mato.” Daí eu precisei disso pra acordar pra vida né! Aí eu peguei cinco reais, que eu tinha ali, também não ia querê me imbretá mais ainda do que eu tinha do dinheiro do malote, arrombei a janela de madeira que tinha, saltei dali e fuji, peguei o primeiro ônibus pra Campo Bom e vim. Deixei meus filhos com a vó paterna né, agora graças à Deus hoje em dia eles tão comigo. São meus denovo. Mas foi isso mais ou menos assim. Chegando em Campo Bom, demorô três semanas pra mim procura o CAPS. Eu não queria aceitar ainda que eu era uma drogada. Mas depois a minha mãe insistindo, insistindo, dizendo: “não, eu vou te internar.” Eu, sempre vi pessoas... quando eu vendia e vinha pessoas direto do, <i>aí eu acabei de sair da clínica me dá tanto, me vende tanto</i>. Daí eu pensei: vai que eu saio de lá e começo a usar... eu acho que eu tenho que lidar com o mundo aqui fora. Que lá dentro é uma coisa, não tem nada, aí tu chega aqui fora totalmente diferente. Eu disse não, então eu vou no CAPS, vô começá a me tratá, foi pela minha mãe.</p>	<p>Um relato de uma vida difícil, de poucas opções e de muitas vulnerabilidades igual a muitos jovens. Além do recorte de classe, está presente o recorte de gênero das vulnerabilidades que as meninas estão expostas como a gravidez precoce.</p>
J2	<p>Eu cheguei pela minha mãe, a minha mãe já se trata por depressão no CAPS há 30 anos e daí pelo histórico como eu entrei na drogadição daí eu consegui atendimento rápido. Entrei direto pelo sistema por causa dela.</p>	<p>A questão da vivência em vulnerabilidade na convivência familiar. A situação do acesso (será que se a mãe dessa usuária não fosse atendida no</p>

		CAPS ela conseguiria o acesso com agilidade)
J3	É que tiraram o meu filho de mim. E deram a guarda pra minha mãe porque eu fumava né, aí eu tô me tratando pra tê o meu filho de volta comigo. (Encaminhamento do Ministério Público, medida de proteção da criança)	Muito emotiva e perceptivelmente em situação de sofrimento. Vulnerabilidades ligadas ao recorte de gênero e à gravidez na adolescência muito marcantes.
J4	Na verdade, os meus pais ficaram, procuraram algum serviço e daí encontraram, viram que tem apoio ali.	Estava pela 1º vez no grupo. Os pais buscaram o serviço.

SÍNTESE:

<p>Há dois aspectos aqui: 1- A forma da busca pelo serviço e 2 – As causas que motivaram esta busca.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percebe-se que todas as situações aqui expostas têm participação decisiva da família na busca pelo serviço. (no caso da J3 a família procurou o ministério Público para determinar o tratamento para que ele se estabeleça em condições de exercer a guarda do filho novamente). A J2 não expressa nessa resposta está questão, mas aparece durante a entrevista. • É importante destacar que em nenhuma destas situações foi o próprio jovem que procurou o serviço. • Fica a reflexão sobre uma diferenciação ou não na forma de receber adultos procurando ajuda aos filhos e de receber um jovem em situação de drogadição.
--

QUADRO 3: Em algum momento tu opinou e se sentiu com poder de decidir com os profissionais sobre o teu tratamento?

	Respostas	Significados
J1	Não. Não porque eu, eu já tipo eu baixei, eu baixei a guarda. Eu sei que o que eles me falarem é bom pra mim. Então eu nem opino em nada, se eles me falarem ó Bruna, tu tem que fazer isso, isso e isso, eu vou fazê, que eu sei que é pra minha...	Mantém a supervalorização do especialista e do uso da medicação.
J2	Eu tive escolha, eu tive escolha... qual era melhor pra mim. Eu podia me internar daí eu aceitei a primeira vez na Ulbra, fiquei na Ulbra 22 dias. 22 dias no hospital da Ulbra, e depois eles me opinaram assim, tipo ou eu me internava de novo, o meu psiquiatra João, que era no momento, que eu não tava pronta pra ir pra rua. Ou eu continuava com uma internação de nove meses na fazenda ou vinha aqui todo o dia. Eu aceitei vir todo o dia aqui, eu vinha, por três meses,	Aqui se observa que a jovem prefere o atendimento ambulatorial do que a internação. Porém demonstra uma dependência do CAPS que estabelece uma situação de

	eu vinha de manhã e voltava de tardezinha, e era bem melhor.	institucionalização da vida.
J3	Eu gosto de vim aqui porque eu gosto de conversar, eu fico muito tempo sozinha. Eu gosto de vir aqui, gosto do jeito que eles conversam com a gente, dão atenção. Eles sempre escutam a gente.	Fala que reforça a necessidade de atendimento clínico individual.
J4	Eu acho que não. Talvez eles mostrem a proposta deles e a gente se adegue a ela. Acho que é isso.	Estava pela 1º vez no grupo.

SÍNTESE:

<ul style="list-style-type: none"> • É possível constatar que estes jovens se sentem acolhidos e protegidos enquanto estão recebendo o serviço ou o atendimento destes profissionais. • A supervalorização e a atribuição de poder e expectativa nos especialistas são muito presentes nas falas. • Podemos dizer que haver a escuta no grupo de apoio ou no atendimento individual não significa, necessariamente, que há um empoderamento nos rumos do tratamento.

QUADRO 4: E o atendimento que tu recebeu te ajudou a melhorar tua qualidade de vida?

	Respostas	Significados
J1	– Nossa, muito. Eu era muito ansiosa, eu era muito irritada, nossa, meus filhu coitadinho, sofreu na minhas mão. Eu batia neles, eu era uma mãe horrível assim. Depois que eu vim pro CAPS e eu comecei a tomar os meu medicamentos né, as reuniões e tal, eu tô mais calma, eu tô mais tranquila, eu... trato assim olha, agora dá pra dizer que eu sinto amor pelos meus filhos, pela minha mãe. Antes eu não era assim eu era seca. Eu brigava por qualquer coisinha tipo: ah, tem um celular aqui na mesa, que merda, por que esse celular tá aqui na mesa!? Era bem lôca assim. Mas agora... tranquilo	Consegue reconhecer os resultados da medicação e atribui à alopatria os avanços no tratamento.
J2	Ajudou. Porque regra, quando tu tá na droga, a gente perde tudo, não tem noção de hora nem de tempo, tu não come tu não bebe. E aqui tu tem horário pra comer, eles incluem tu de novo na sociedade.	Valorização nos resultados na organização da vida.
J3	Todo mundo dá, também, as pessoas escutam o que a gente tem pra falar, eles dão um... como é que se fala?... um conselho e dicas, isso tranquiliza a gente.	Valoriza a escuta.
J4	Como é a primeira vez que eu venho até não tem como, pode não ter surgido efeito ainda não, mas talvez sim né, é uma proposta boa que eles têm né.	Estava pela 1º vez no grupo.

SÍNTESE:

<ul style="list-style-type: none"> • Os jovens conseguem mensurar e elencar resultados reais do processo de tratamento. • O pouco tempo de tratamento de todos os quatro jovens envolvidos não permite que possamos pensar em resultados mais relacionados à inclusão social e retomada de vida como: inclusão no mercado de trabalho ou voltar a estudar,
--

por exemplo.

QUADRO 5: Na tua opinião qual foi o atendimento que mais te ajudou?

	Respostas	Significados
J1	Ai, foi a psiquiatra. Por causa da medicação, eu tava precisando desse medicamento. Ele foi assim... os grupos me ajudou bastante, assim pra a gente conversa e tal, mas a medicação foi essencial pra mim acalmar, pra... pra mim, vê que eu não, se eu tô nervosa eu vô ali tomo e daqui um pouco já fico mais calma. Claro, que eu não queria, no começo porque eu não queria me viciá no remédio né, sai da droga pra me viciá no remédio, mas a fulana (médica psiquiatra) me disse não né, tu precisa, se tu não qué ti interna tu precisa. Tão eu vô indo.	Segue subestimando o potencial do grupo terapêutico e valorizando muito a alopátia.
J2	Que mais me ajudou foi as reunião e a psicóloga, porque elas entram lá nos sentido, porque elas entende mais, dentro da gente sabe, parece que aquelas pessoa que usaram droga entende o sentimento que a gente tem. Porque só quem usa mesmo sabe, não é assim sabe... no começo é até de sem vergonha, mas depois vira uma doença mesmo. É uma doença. Eu digo pra mãe, é uma coisa que não vem de mim. As vez eu tô bem do nada... graças a deus já dormi em casa um monte dia já e não tá me dando fissura. Graças a deus, porque isso é uma doença, porque quando da fissura mesmo, tu não pensa em nada, tu pega e larga sai correndo.	Expressa o sofrimento da doença e valoriza a compreensão de outros usuários diante do preconceito moral da sociedade.
J3	Só participo do grupo.	Nessa fala se percebe que a usuária valoriza a escuta e que a frequência de uma semana pode ser pouco pras necessidades dela.
J4	Eu até não pesquisei né, mas os grupos de NA ajudam muito, tal também né, só que não são vinculados com o CAPS nem nada são independentes... O que pode melhorar no caso tu falou? Pô não tenho como, não sei te responder essa pergunta na verdade, porque não... até agora usufruí pouco, então acho que por enquanto aí tá bom né.	Estava pela 1 ^o vez no grupo.

SÍNTESE:

- Se observa que o viés de Educação em saúde é o que dá conta desse tema. A escuta é tida como fator que auxilia e ouvir e ser ouvido por outros usuários conforta diante do preconceito moral estabelecido pelo senso comum aos usuários de drogas.
- Importante observar que são poucas as opções, a menina atendida pela psiquiatra coloca este atendimento como o que mais lhe ajuda e as outras colocam o grupo.

QUADRO 6: Na tua opinião o que poderia melhorar nos serviços públicos para atender jovens com este problema?

	Respostas	Significados
J1	Bah, no meu ver assim falta mais disposição, que nem da prefeitura e tal pra buscar os jovens que tão na rua, que tão fumando e tal né. Porque o CAPS que já existe aqui se a pessoa procurar por livre espontânea vontade vai ser bem tratada, acho que falta mesmo é do órgão público, da prefeitura toma uma atitude e fazê alguma coisa, porque hoje em dia... Antes Campo Bom tu via não tinha ninguém assim na rua desse jeito, hoje tu vai prum campinho e um fumando pedra na tua frente, tem gente fumando um baseado pra cima e pra baixo como se fosse um cigarro. E o cigarro também é uma droga né?! Então... tem quatro meses que eu tô aqui, tem umas dez pessoas que eu vi em uma reunião e depois nunca mais voltaram	Rico depoimento expondo a grande necessidade de incluir os que não estão. Aparece também a questão da superação atribuída ao usuário ao tratar dos que frequentam uma vez e não voltam.
J2	Eles não dão oportunidade, eles te olham tipo que nem, um que usa, tipo que nem em casa é assim. Tu não tem aquela confiança mais. Se os de casa não têm, imagina os estranhos, porque quem usa droga já roubou, já pegou coisa de dentro de casa. E muitos olham assim pra gente, tu nota, às vez quem sabe que a gente é usuário de droga ou já foi, a larga até uma bolsa do teu lado "Ah, mas já foi tirar porque a guria já usou droga vai que né..." É bem assim, eu acho que falta sensibilizar, falta acesso a um outros serviços, que eles... a gente não é um monstro, nem tudo vai roubar, nem tudo vai né... Um emprego, tipo assim, quem tá saindo da droga e tá se recuperando montava uma firma nem que fosse uma reciclagem, bota a trabalhar lá pra ocupar a cabeça, eu agora tô atrás de serviço. Pra mim seria ótimo serviço, só ocupar minha mente, minha mente em casa, a mãe brinca comigo, tô sempre com a vassoura na mão. Limpeza, sô neurótica, tô sempre limpando a casa, mas é um meio que eu tenho...Ela chega e a primeira coisa "A Sabrina tá em casa?". Daí eu escondo e do um susto nela.	Expressa o preconceito, a criminalização do usuário, a falta de ação do estado. A necessidade de se ocupar, de ser produtiva.
J3	Olha eu sei que não é fácil, não é, hoje faz um mês que tô sem fumá. E eu sô muito estressada e já era estressada quando eu usava e eu usava só pra me acalmar. E agora eu ando mais estressada ainda. Mas não adianta que, eu só choro, eu só consigo chorar, eu não tô muito forte, eu não consigo conversar, eu não consigo.	Vemos aqui o grau de sofrimento que a drogadição produz. O preconceito moral não concebe a drogadição como uma doença.
J4	Eu vejo um pouco de carência né, no atendimento, das pessoas que passam pelos grupos e tal né, tipo talvez pode ser a primeira opinião também porque eu vim a primeira vez né. Mas ah... existem pessoas muito capacitadas pra passar um ensino sobre a adicção que a gente, nós adictos né, que se envolvemos com droga, acho que talvez eles poderiam... não sei, porque como eu repito né, que é a primeira vez que eu venho né. Mas talvez eles poderiam também se instruir melhor também.	Estava pela 1º vez no grupo. Respondeu sem dar a dimensão dos serviços públicos para além do CAPS.

SÍNTESE:

- A falta de ação do poder público é um fato reconhecido nas falas de duas entrevistadas.
- A necessidade de ações que busquem estes jovens excluídos foi levantada pelos usuários.
- A necessidade de inserção no mercado de trabalho e de ações que ocupem produtivamente estes jovens atendidos no CAPS.

QUADRO 7: Quais ações que você participou aqui no atendimento que te ensinaram algo?

	Respostas	Significados
J1	Toda, tudo que eles falam dentro da reunião assim, tudo, tipo... de cada pessoa assim ensina um pouco, sempre ensina um pouco.	Valoriza a troca, o diálogo como processo de aprendizagem.
J2	Aprendi a ter paciência, paciência. Que a gente não, eu era assim muito de planejar as coisa na minha cabeça, a gente nunca planeja uma coisa assim, como se diz, atropela as coisa. Tem que ser com calma. Isso eu aprendi, a paciência, a tu... tê educação com os outros. Saber respeitar o sentimento do outro dê da hora, tá loco chorando lá, tipo assim tu tem um problema grave, e o outro lá tem outro problema lá que bah, dai tu pensa bah, aprender a lidar com isso ai.	Coloca como o grupo lhe auxiliou a lidar com as emoções e nas relações.
J3	Sem resposta. (choro)	_____
J4	Como é primeira né, não tem como responder.	Estava pela 1º vez no grupo.

SÍNTESE:

- As usuárias com maior tempo de tratamento respondem pontuando evoluções nas formas de lidar com as emoções e com as relações através do atendimento recebido no CAPS.
- Os outros dois usuários ainda não têm subsídios para contribuir nessa pergunta, um não conseguiu responder, pois estava muito emotivo e o outro estava na primeira participação com o grupo de apoio.

QUADRO 8: Na tua opinião os profissionais que te atendem estão preparados pra atender jovens?

	Respostas	Significados
J1	Nossa, super, superpreparados. Eles têm assim um carinho, um amor pela gente que é, é muito bom, a gente se sente bem aqui, tipo pra vim aqui quinta feira eu conto nos dedos, pra vim quinta feira, eu adoro vim quinta feira pra cá.	Pela primeira vez expressa valor ao grupo de apoio. Valoriza os profissionais.
J2	Tão sim, Aqui são muito querido. Aqui eu tiro nota dez pra todos. Des do acolhimento, dê da atendente aqui, todas são muito querida, Elas tem um amor elas vem abraçando a gente. No posto não tem, nos posto tinha que ter nos posto alguém, pelo menos uma psicóloga que entende esse caso. Porque a gente chega lá as vez, eu já cheguei machucada. Trata a gente que nem bicho, eles trata a gente com olhar de nojo, de qualquer jeito, eles não trata... que nem agora se eu chegar lá bonitinha eles tratam a gente com todo o carinho. Mas se eu chegar lá que nem eles já sabem que eu sou usuária de droga eles já vão ó... eles tem até nojo de pegar na mão da gente.	Valoriza o acolhimento e a sensibilidade dos profissionais. Expõe que nas UBSs não há um acolhimento aos usuários e sim o preconceito moral do senso comum.
J3	Essa moça que tá ali, psicóloga é muito querida, ela dá muita atenção, adorei o jeito que ela conversa, e ela dá muita atenção, ela sim.	Afetividade e acolhimento reconhecido.
J4	Como é primeira né, não tem como responder.	Estava pela 1º vez no grupo.

SÍNTESE:

- É inegável o preparo das profissionais para atender este público, principalmente com relação ao afeto e acolhimento que são elementos centrais na terapêutica de usuários de álcool e outras drogas.

QUADRO 9: Durante teu atendimento tu teve atividades de integração com atividades esportivas e culturais por exemplo?

	Respostas
J1	Olha, não. Não tive.
J2	Tive, tive, eu tive artesanato, tive pintura, aprender a fazer ponto de crochê, isso eu tive.
J3	Não, só a janta que daí foi todo mundo junto, a família todo mundo junto, foi aqui na cozinha. Até minha mãe que tá lá na outra sala.
J4	Eu creio, até agora eu creio que não, não vi nenhuma proposta né de trabalhos interativos e...

SÍNTESE:

- É realizada uma janta mensal com o grupo e atividades dentro do CAPS de artesanato e artes, mas nem todos os usuários participam.
- Atividades esportivas e culturais não ocorrem.

QUADRO 10: E tu acha que este tipo de ação ajuda a ter resultado?

	Respostas	Significados
J1	Acho que sim, olha que no primeiro dia do mês a gente faz a janta né, do grupo. Seria legal de se reunir mais de uma vez por mês, por semana pra fazer alguma coisa, não sei jogá uma bola, fazê alguma coisa assim, eu acho que seria legal pra distrair um pouco a mente.	Expõe a percepção de que gostaria de realizar atividades de integração com esporte.
J2	Ajuda tu controlar a paciência, que nem eu sou uma pessoa agitada, não era muito o meu perfil. Eu gosto de tá em mais movimento, mas é bom, eu sou muito ansiosa, é uma coisa que nem ali o crochê ... tu faz né. E pintar eu gosto muito de pintar.	Valoriza as atividades de artes que ocorrem.
J3	Olha, que nem a gente conversou todo mundo junto, não só nós né, todo... um monte pessoal, as pessoas que trabalham aqui, eles conversam bastante com a gente, eles ajudam bastante a gente.	Valoriza a afetividade e acolhimento das atividades integrativas.
J4	Acho que sim, tudo que te tira do foco das drogas e te cria uma nova perspectiva de vida são importantes né.	Se mostra interessado em atividades integrativas.

SÍNTESE:

- Todos usuários atendidos reconhecem que atividades de integração envolvendo esporte, cultura, etc. seriam construtivas no processo de atendimento.

QUADRO 11: Em algum momento houve alguma atividade na tua comunidade?

	Respostas
J1	Não. Não teve nenhuma. E tem lugar.
J2	Não. Nunca teve, lá não tem nada disso, só preconceito e te olham com cara feia.
J3	Não
J4	Não, não, isso daí eu acho que não, acho que até talvez não possui isso daí, não que eu não tenha visto acho que eu nunca ouvi falar também né, creio que não.

SÍNTESE:

- A partir das falas podemos afirmar que não ocorrem atividades do CAPS nos territórios.

QUADRO 12: E tu acha que se houvesse atividades assim no teu bairro te ajudaria?

	Respostas	Significados
J1	Nossa ia ajudá um monte. Eu acho que ia ajudar principalmente os pais das pessoas que usam drogas, que são usuários, que a minha mãe tem muita vontade de vim aqui ela só não vem que tem que ficar com os neto né. E eu acho que isso seria bem bom pra pessoa saber como tratá, como lhe dá, minha família já se acostumô comigo, que às veis eu tô braba, eu tô é... é uma montanha russa né, mas eu acho muito bom, muito bom, principalmente cuidá né, desse... mãe, pai.	Acho que seria muito bom atividades nos territórios, principalmente para que familiares possam participar.
J2	Ajudaria, mais perto e eu poderia levar meu gurizinho que queria vir junto. Pra ele ver né, ele é um guri de 11 anos. Ele me fala cada coisa. E eu fico quieta, ele tem razão, pra ti ver né um guri de 11 anos me dando conselho, o meu mais velho. “O mãe que tu quer usando essas porcaria aí ó, vem toda suja”. Se tu visse como o guri é inteligente, nem parece que é meu filho. Tem uma mão boa pra desenhar, é bom no futebol, é uma criança bem na dele pra frente, tu não diz que os pai dele usam droga.	Acredita que seria interessante, também pela participação da família.
J3	Que nem, agora onde eu tô morando com a minha mãe eu não gosto daquele lugar, pra mim aquele lugar não... não gosto das pessoas muito... são muito mal-encaradas. Se houvesse algo lá ia ser interessante, porque não tem.	Expressa não gostar do local onde mora mas que seria interessante haver alguma atividade na comunidade.
J4	– Talvez sim, talvez sim, meu bairro é um bairro pequeno é um bairro com poucas ruas, eu moro na Operária né, que é um lugar que tem, tem lugares que poderia se ter. Mas seria importante também né, pras pessoas como eu disse, que pode suprir a carência que a gente tem né, sente em muitos momentos nem que seja uma coisa momentânea né, só aquele momento ali, fica pelo menos limpo né. Eu vejo hoje que o poder público ele não vê, não dá tanta importância pra opinião dos jovens né e talvez, que nem nós somos o futuro né, e do jovem usuário menos ainda né. Porque tu é uma pessoa que muitas vezes tu é isolado, tu é... não sendo vitimista assim, mas... tu é um pouco, tem muito preconceito ainda né, com a drogadição né. É uma escolha né, não é nada imposto pra ti, mas com certeza tu pode ter uma melhora né, e com a ajuda desses órgãos tu poderia... muitas vezes as pessoas não procuram por não ter informação, por ser leigos né.	Acredita que atividades na comunidade seriam interessantes. Expressa a questão do preconceito com os usuários e a ineficiência do poder público.

SÍNTESE:

- Todos usuários atendidos reconhecem que atividades de integração envolvendo esporte, cultura, etc. seriam construtivas no processo de atendimento.

Alguns aspectos importantes podem ser elencados a respeito das falas destes jovens para os objetivos do estudo. Destes poucos jovens quem está a mais tempo no tratamento tem oito meses apenas, outra jovem está a quatro meses sendo atendida e os outros dois menos de um mês. O serviço em que estes jovens estão inseridos se limita ao CAPS, atendimento clínico psiquiátrico, psicológico e grupo de apoio. Nenhum deles afirmou que participa de algum projeto de educação, cultura, emprego, esporte ou outro.

Quando questionados sobre como a rede poderia melhorar, todos convergem na opinião de que o poder público pouco faz e que esta responsabilidade é do poder público. Da mesma forma eles concordam que atividades nas suas comunidades poderiam ajudar sim no tratamento e que estas não ocorrem. Apesar do município dispor de uma malha de espaços comunitários e públicos distribuídos pelos bairros, estes espaços não são utilizados para este tipo de atividade. Mas dentro do próprio CAPS podemos observar que a janta do grupo é uma das poucas atividades de integração.

Porém, quando questionados sobre a capacidade dos profissionais e sobre os resultados do atendimento que já receberam, todos tem impressões positivas. Há uma percepção clara de que esses profissionais que atendem esse público estabelecem um vínculo, até mesmo de afeto, acolhimento e confiança. E estes jovens conseguem explicar de que forma o tratamento vem auxiliando nas suas vidas e no seu comportamento.

7.1.3 A visão dos profissionais

É interessante como as visões dos usuários se apresentam em sintonia com as percepções dos profissionais a respeito da rede de cuidados aos jovens. Observa-se um problema na concepção dos profissionais e que vamos encontrar a seguir na fala da coordenadora do CAPS com relação à rede: ambas tratam a reunião da rede de atenção à criança e ao adolescente como sendo um fórum que corresponda à rede de cuidados aos jovens. Embora eu tenha enfatizado muitas vezes que jovens compreende a faixa etária entre 15 e 29 anos. Embora os adolescentes que têm mais de 15 anos de idade sejam jovens, esta reunião, este fórum deixa de fora todos que tenham entre 18 e 29 anos. Portanto é necessário compreender que o EJ existe há cinco anos, o tema juventude é um tema específico, novo, e consolidar a ideia de que a sociedade precisa compreender a juventude enquanto um grupo etário que também

precisa de garantias de direitos e de órgãos promotores dessas garantias é uma tarefa.

A seguir um apanhado com as questões e as respostas na íntegra das profissionais:

QUADRO 13: Qual o trabalho que você desenvolve com o público em questão?

	Respostas	Significados
P1	Esse primeiro ano de trabalho eu faço mais o acolhimento, atendimento individual com os adolescentes e também acompanhamento dos pais em grupos de familiares de dependentes químico. Mas agora pra 2019 tem uma proposta de várias oficinas, é pra ter oficinas diárias, tá pra eles poderem ocupar o tempo que é uma queixa tanto dos adolescentes quanto adultos de que eles têm muito tempo ocioso e ficam sozinhos em casa e no fim acabam saindo e se envolvendo nessas situações de, de se colocarem em risco em relação a drogas e outras atitudes.	Atendimento psicológico terapêutico.
P2	Na verdade, eu não tenho contato com os pacientes, eu trabalho com os familiares. Os familiares de jovens são poucos.	Acompanha o grupo de apoio familiar dos pacientes AD.
P3	É bem direcionado assim com o atendimento clínico psiquiátrico assim da parte da medicação, cheguei até a participar do grupo da dependência química no começo com a fulana (psicóloga) né, um tempo, mas fica muito focado naquela coisa da consulta, que a maioria que chega aqui já chega muito pedindo por remédio. Então o primeiro passo é eles entrarem pro grupo até eles fazerem algum vínculo né com o serviço, depois vem encaminhado pra atendimento psiquiátrico, depois de cinco meses que eles participam do grupo é um combinado né. Daí a gente faz uma avaliação pra ver se tem a necessidade mesmo da medicação, assim nesse público de dependência química eu acho que a grande maioria, se não... eu acho que 99% a gente acaba usando medicação sim. Pra aliviar sintomas de fissura assim, ali da parte comportamental ali do grupo né... psicoterápica, então a gente faz alguma... uma prescrição assim.	Atendimento clínico psiquiátrico.

SÍNTESE

- Observa-se que uma assistente social, psicóloga e médica psiquiatra atendem todos os pacientes de casos de álcool e outras drogas além de atender outras demandas. A assistente social e a psicóloga são responsáveis pelos grupos de apoio. A médica psiquiatra atende no CAPS uma vez por semana, nas quintas-feiras.

QUADRO 14: Qual o seu nível de satisfação com a rede de atenção e cuidado (políticas públicas) para o público em questão?

	Respostas	Significados
P1	Nós temos quinzenalmente uma reunião de rede onde a gente reúne educação, CRES, CRAS, conselho tutelar, CAPS e são	Confusão entre rede de atenção à

	<p>discutidos todos os assuntos referentes à crianças e adolescentes seja ele de dependência química ou não. Eu vejo que tem um certo susto, um certo receio quando se fala de adolescente e dependência química, aquela coisa de vamos internar, vamos tirar ele do meio, uma mudança geográfica, uma coisa assim né. Claro tem situações que a gente precisa preservar o adolescente, preservar a família, mas também daí entra numa outra situação, esse adolescente vai pra uma central de leitos e às vezes demora 15 dias, um mês, um mês e meio pra a gente conseguir também fazer esse encaminhamento. Então eu vejo assim que, que é um sistema bom, Campo Bom ele é muito bem estruturado assim né, tanto educação, quanto o conselho e os outros órgãos de saúde, mas, algumas brechinhas ainda tem que ser revistas e de repente o fluxo tem que ser revisto pra poder preservar realmente esses, esses adolescentes</p>	<p>criança com rede de atenção à jovens. Entende que a rede está bem estruturada e que há algumas brechas para serem revistas.</p>
<p>P2</p>	<p>É quando os familiares se dispõem a vir né, nos grupos de apoio, então eles começam a ter mais informação né, porque até então eles agiam da forma que eles conheciam né, e que não estava dando certo né tanto que o familiar ficou usando substância por muitos anos né. Então quando eles conseguiram entender que eles precisavam de um recurso realmente de um local apropriado, de passar por uma avaliação médica, aí então eles começaram a entender que realmente só a família abraçar a causa e só o amor da família não deu conta disso né. Então tinha uma coisa maior que as vezes era com um paciente, um familiar no caso que já fica comprometido psiquiatricamente pelo uso, um longo uso da substância. E que não é uma coisa imediata né, porque eles chegam aqui com uma expectativa que a medicação é uma coisa mágica e que hoje ele sendo avaliado, amanhã tomando a medicação e semana que vem não vai usar mais droga. O que não é real né. E que então eles precisam ser trabalhados, muitos têm bastante resistência também com essa questão. Porque eles veem só aquele filho, aquele marido, né... que tem a situação, que vive o problema, que é o usuário, mas não conseguem enxergar que as atitudes que eles têm é que muitas vezes desencadeiam ou geram né essa busca pela substância né.</p> <p>A gente tem um bom diálogo assim né, com nossos parceiros e eu vejo isso como um avanço assim nos sete anos que eu estou aqui e hoje como está né, esse trabalho da rede. E o que eu penso ainda é que a gente precisaria o CAPS e a rede ter, digamos assim, uma imersão maior no matriciamento isso ainda tá meio engatinhando e deveria assim estar andando melhor né, isso a gente tá ainda com um pouco de dificuldade né. Porque é importante a gente ter esse contato com o território, o paciente vem aqui e ele tá lá no território uma boa parte da sua vida, então a gente precisa ter esse contato né e o território precisa conhecer o nosso paciente e entender como é que ele age, quais são as questões dele, é um paciente que precisa ter um outro tipo de escuta, um outro tipo de cuidado né. Então isto a gente está, eu considero que a gente ainda está engatinhando né.</p>	<p>Percebe que o matriciamento precisa melhorar, o CAPS não está presente no território e necessita estar mais presente. Valoriza o diálogo que a rede tem.</p>
<p>P3</p>	<p>É, eu acho que já melhorou, como... tem um acesso assim à demanda espontânea, eles precisam, necessitam, veem a necessidade de... por exemplo de fazer um tratamento de dependência química eles podem acessar a rede, eu acho que isso melhorou bastante. Mas eu acho que ainda falta muito</p>	<p>Hoje há um acesso à demanda espontânea no CAPS. Porém na</p>

	<p>assim, porque ainda existe, eu acho que um preconceito, primeiro mesmo dum sistema público em geral, porque num posto de saúde, quando mexe com profissionais já internalizados assim que não é tão especialista né, e existe assim um... certo preconceito com o acesso deles mesmo: <i>“Ah, que saco, um dependente químico, vou ter que tratar um dependente químico!”</i> Mas eu acho que sim, que tem políticas públicas melhores, melhorou, né nos últimos tempos pra isso e... o que eu vejo aqui é que talvez eles tenham até mais acesso do que os outros pacientes. Nesse sentido assim, é uma coisa boa né, que tem o grupo, tem a parte da psicoterapia assim o individual, tem o atendimento psiquiátrico que até é mais rápido e quando eles necessitam de uma internação, de uma desintoxicação, até isso assim eu vejo que a gente consegue um pouco mais rápido. Claro que às vezes vem assim, esses... um compulsório, um... e às vezes demora um mês pra a gente conseguir uma internação pra um paciente que tá em risco né, que tá em situação de rua...coisa assim. Então acho que nesse sentido tem que melhorar mais ainda né. Até porque não se tem tanta vaga eu acho, no sistema pra isso assim, os hospitais gerais não querem receber essa demanda também né, é difícil.</p>	<p>rede há um preconceito com esse paciente, um despreparo dos profissionais, os hospitais não querem receber essa demanda.</p>
--	--	---

SÍNTESE

<ul style="list-style-type: none"> • Quando se fala que melhorou a rede ou que a estrutura é boa em Campo Bom, não aparecem exemplos ou explicações específicas. • O diálogo entre os serviços é elogiado pelos profissionais. • Existe uma confusão entre a rede de atenção à criança e ao adolescente com a rede de atenção à juventude. • A ausência CAPS no território e a falta de disposição e preparo dos profissionais da rede para trabalhar com usuários de drogas é apontada como um problema da rede. • O preconceito com os usuários de drogas por parte dos profissionais e das instituições é um obstáculo.

QUADRO 15: Como você avalia o índice de resultados das ações da rede na melhoria da qualidade de vida destes jovens?

	Respostas	Significados
P1	<p>O retorno ele é muito leve e ele é muito demorado, digamos assim, quando a gente fala sobre dependência química, a gente sabe que hoje em dia é considerado uma doença sem cura. E a gente nunca vai ter um ex dependente químico a gente vai ter um dependente em recuperação. Então é um processo que a gente começa com adolescente que pode levar a idade adulta e até o final da vida trabalhando essa recuperação né. Então esses resultados além de eles serem muito lentos, eles são muito demorados, quando a gente vê uma parceria com a família aí a coisa anda bem, bem melhor assim. Que quando a família também se trabalha, quer trabalhar também com esse adolescente funciona bem melhor e daí tem os outros grupos de apoio, amor exigente, né que auxiliam. A família é fundamental né, a rede é importante, é todo um trabalho conjunto, mas sem a</p>	<p>Os resultados são muito subjetivos, demorados. Na resposta a entrevistada pauta muito a família e não consegue pautar a rede.</p>

	família vai reincindí, vai caí de novo.	
P2	<p>Eu penso assim que a rede sócio assistencial aqui de Campo Bom ela precisaria assim ampliar bastante né, o trabalho. Porque na verdade não tem assim uma política pública voltada para esse público, de 15 à 29 anos. Eu acho que eles ficam até, em certo momento no limbo, a gente tem as escolas que fazem um trabalho bom, a gente outros órgãos que fazem um trabalho bom, o conselho tutelar, outros serviços, mas precisava mesmo de uma política voltada mesmo assim para este público. Porque às vezes o alcance da gente é muito curto é até um certo ponto né, até um limite, então a gente aqui faz todo um atendimento, faz um trabalho, sensibiliza o paciente pra se manter em tratamento, sensibiliza a família pra vir no grupo de apoio né e vai trabalhando mas daí quando ele está no seu território é que ele não tem um apoio vamos dizer assim né. Não tem essa, essa, assim não, não tem assim... ele não é acolhido naquele ambiente do seu território pra que ele não continue nessa... nessa, nesse ciclo, ele não consegue romper muitas vezes né. Porque é no próprio território que ele tem, né, vamos dizer o local, onde ele tem acesso à droga, fica muito limitado, não tem alternativas né. Muitas vezes o território não tem um lazer. Agora a gente tem o CRAS CEU ali na Operária isso, já ali na Operária eu já percebi que é um dos bairros que mais tem questões de violência, de uso né, questões até envolvidas com trafico, eu acho assim que, desde da existência do CRAS CEU proporciona o acesso assim de domingo a domingo vamos dizer assim, outras alternativas, tem grafite, tem grupos de capoeira, então isso já, eu já percebi que já... isso já deu uma boa mudança sabe. Pelo acesso que as pessoas têm livre acesso ali, claro que seria ótimo se todos os bairros conseguissem, mas é muito longe né, a ideia é... eu penso que futuramente talvez os gestores pensem nisso de colocar... um serviço assim em cada bairro sabe, pra poder atender também toda a família e a família toda usufruir né. Da biblioteca, na parte digital ali né, pra que a família que não tem, vamos assim, um recurso pra ir num cinema, pra ir num, né, ler um bom livro, mas que ela possa ter um espaço que ela possa ir né e ela possa tá usufruindo né, junto com a família né.</p>	Admite que no município não há políticas públicas para a juventude.
P3	<p>É eu acho difícil assim assim, bah eu acho que é a mais difícil de atender assim, o mais difícil na verdade são os pacientes que tem mais recaída né, e que tem mais dificuldade de aderir tratamento, claro que assim ó, é... sempre tem alguém que alcança resultado, tem uma porcentagem que alcança, eu não sei te dizer qual que é do nosso serviço aqui, mas num geral assim é demorado né, são muitas tentativas até conseguir um resultado né, e eu acho que seja só pelo acesso e do tratamento é que... pela própria característica né, e porque normalmente eles vêm com muitas comorbidades não é só a dependência química né, vem mais outras coisas junto. Então, tem a questão familiar também né, que é importante, então eu acho que de resultado se a gente for pensar: quantos veem, ficam bem e não vão voltar? Ou vão fazer um tratamento só de seguimento porque tão bem, eu acho que é uma porcentagem pequena.</p>	Entende que é difícil tratar de resolutividade nessa área. Afirma que uma porcentagem muito pequena dos pacientes consegue ter resultado no tratamento. Não pauta a rede.

SÍNTESE

- A rede é um tema que não aparece de forma objetiva nas falas destes profissionais. A fundo há uma dificuldade dos profissionais pra pautarem a rede, se pauta muito o serviço e o CAPS. A família é um tema muito presente.
- Não existe políticas públicas para a juventude na cidade.

QUADRO 16: Na sua opinião, quais os aspectos positivos e as principais deficiências desta rede?

	Respostas	Significados
P1	Positivo realmente é que eu vejo que existe essa rede, essa rede é forte, é uma ligação que a gente tem direta assim. Tem um problema, a gente consegue trabalhar os casos diretamente né, e tentar agir o mais rápido possível. Mas, ainda vejo que existe um contingente de profissionais ainda muito pequeno pra toda demanda né. Então esse eu acho que é um ponto que deveria ser melhorado. Até assim se for ver o nosso CAPS é um CAPS tudo, e o ideal seria ter um CAPS I, ter um CAPS AD né, claro que de acordo com as possibilidades e as condições do município de população e...	Positivos: A existência de uma rede. Existe uma comunicabilidade entre os serviços. Negativo: Faltam profissionais para a demanda. O próprio CAPS é sobrecarregado.
P2	Eu penso que a gente tem um serviço aqui que consegue alcançar assim, né, pela equipe técnica já consegue assim, dar conta pelo menos dentro dos nossos limites né àquilo que tem vindo até a gente. Também como ponto positivo assim é que as pessoas têm procurado mais o serviço e têm deixado de lado aquela parte mais do preconceito né que aqui a gente só cuida de loucos né. E na verdade as pessoas vêm entendendo eu acho que a gente tem trabalhado muito isso nos nossos grupos e eles têm sido os nossos multiplicadores né com os familiares, com os amigos né, de desmitificar... Eu como sou uma das acolhedoras percebo isso porque quando a pessoa vem: <i>"Ah, minha amiga se tratou aqui e deu tudo certo, foi muito bem. Agora ela está bem e então eu também resolvi ir buscar ajuda né."</i> Então é... acho que isso é bastante importante assim porque a gente muitas vezes precisa assim até, como diz assim, resgatar o paciente né, e até resiste né, a gente tem famílias, tem famílias aqui né, então vem um ou dois familiares, daí vem outro familiar que também tem uma questão e já tem um pouquinho de resistência né, de se tratar. Uma que eu penso né... é o acesso pra muitas pessoas né, e eu penso que poderiam ter serviços mais descentralizados que nem hoje pela demanda que a gente tem a gente poderia ter um CAPS AD né. E esse CAPS ser estruturado e poder ter assim, mais alternativas né, pra oferecer pro paciente né que deseja o tratamento. Porque aqui fica mais restrito assim, fica restrito à consulta, ao grupo e aí não tem, a gente não... tem dificuldade por exemplo, em receber esse usuário durante o dia e porque a gente tem outros atendimentos, outras demandas, tem crianças então a gente tem esse cuidado também. Aí teria que, futuramente a rede pensar, talvez sugerir né, um outro espaço né, como um CAPS I também né. Aqui a gente tem todos, é concentrado	Negativo: Pauta o CAPS e a necessidade de ter um CAPSad. Positivo: resultados na superação do preconceito a respeito da saúde mental.

	tudo é centralizado aqui né.	
P3	<p>É... ah...eu acho que o limite que a gente tem na verdade é... de... investimento. Tem pouco investimento eu acho ainda pra essa área... essa área nossa assim, mas eu acho que, no sentido de ações e de políticas eu acho que tem bastante, o problema é o investimento pras coisas, ideias que se tem né, mas o problema é investimento. O que eu vejo de positivo aqui é isso que eu falei, que é do acesso assim, de eles terem esse acesso mais aberto assim, de eles terem a possibilidade de vir, às vezes fica muito focado nisso da psiquiatria alguns que me incomoda, que os pacientes vêm muito focado tipo: <i>“Eu quero consultar com psiquiatra hoje! Eu preciso de remédio!”</i> Sabe? Eles não têm aquela coisa de: pô, vou entrar, vou ter um acolhimento, vou participar dos grupos, então tem muitos que já vem com aquela coisa sabe, com aquela ansiedade que – eu já tenho que fazer um tratamento -, né, tratamento no sentido psiquiátrico, da medicação. E daí eu acho que é uma questão de educação mesmo, da gente fazer uma psicoeducação assim com os pacientes, explicar direitinho né, isso me incomoda de verdade, porque eu tento fazer uma... ter uma certa organização com os pacientes, nas consultas, e daí nessa angústia deles de entrar no serviço e já querer o atendimento psiquiátrico, às vezes eles não aderem por isso, por eles não conseguirem esse atendimento psiquiátrico, <i>“Já, então não quero e tal!”</i>, bem difícil assim. E aí eu acho que falta um treinamento com os outros profissionais aqui, que não é só da psiquiatria, com a psicologia aqui, que é com a enfermagem... com o pessoal que recebe também, que faz o acolhimento com os pacientes, terapeuta ocupacional né, todos os profissionais né, até a própria recepção poder explicar diferente assim.</p>	<p>Negativo: Pouco investimento para a área. Falta um preparo com os profissionais.</p> <p>Positivo: Entende que existe um fácil acesso à demanda espontânea.</p>

SÍNTESE

<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos positivos: Há uma rede; existe comunicabilidade nesta rede entre os serviços; existe fácil acesso à demanda espontânea. • Aspectos negativos: Faltam profissionais para a demanda; o próprio CAPS é sobrecarregado; falta preparo para os profissionais.
--

QUADRO 17: Quais ações de Ensino na Saúde ocorrem com os profissionais que atendem este público?

	Respostas	Significados
P1	<p>Todos da secretaria de saúde sistematicamente a cada dois meses todos os postos são fechados e nós temos o PEP Programa de Educação Permanente né, então que vem assuntos bem relacionados ao dia-dia, isso já existe e existe também a possibilidade de fazer outros cursos, participar de conferências, participar de algum encontro mais específico de cada área, geralmente assim não tem muito problema pro serviço, sempre tenho conseguido fazer, participar pra trazer</p>	<p>O PEP que abrange a rede de saúde a cada dois meses.</p>

	novidades pra fazer as, as... as inovações, digamos assim, no atendimento.	
P2	Não há.	Não há.
P3	Na verdade, eu acho que não tem uma ação da prefeitura pra isso assim, até em algumas reuniões eu acabei fazendo a proposta da gente fazer isso com o pessoal da atenção básica, né, nós do CAPS a gente poder fazer assim ações com a atenção básica né. De poder orientar os médicos de como fazer com os pacientes que eles recebem assim lá no posto né, de como é que eles podem fazer esse primeiro acolhimento porque não vai conseguir ter um atendimento imediato aqui, ou não vai conseguir ir pro grupo, o grupo é na quinta e aí ele foi lá na segunda e aí como vai fazer o acolhimento até ele chegar aqui né, não simplesmente mandar assim pra a gente sem fazer um primeiro contato com o paciente. Isso foi uma proposta que a gente já falou algumas vezes aqui, que às vezes aqui na prefeitura, aqui em Campo Bom, fica muito, na saúde fica muito focado assim, tudo que tem problema de saúde mental é no CAPS, a rede não pode atender, né, daí tudo fica pro CAPS. Se a gente tivesse educação na rede melhor, com educação na rede isso ia melhorar sim, mas a gente não tem nada assim, nesse tempo que eu tô aqui né.	Não uma ação da prefeitura. Propôs uma formação para os profissionais da Atenção Primária que não foi atendida.

SÍNTESE

- Existe o PEP a cada dois meses para todos os profissionais da rede de saúde.
- As profissionais que trabalham direto com o público AD sugeriram uma formação para a Atenção básica, mas não foram atendidas pelo poder executivo.

QUADRO 18: Na sua opinião os processos de Ensino e Saúde no seu local de trabalho dão conta dos desafios de trabalhar com este público?

	Respostas	Significados
P1	Eu acho que... eu sou meio suspeita pra falar porque eu acho que... eu gosto muito daquela frase de... só sei que nada sei. Né. E que sempre tem novidade da ciência e da medicina e da psicologia, eles tão sempre vendo novas possibilidades e que existe muito ainda, ele... não é que ele não dá conta, que a gente sabe que a gente tem, não é que não dê conta, mas sempre existem estratégias novas, formas terapêuticas diferentes de trabalhar, então esse processo ele tem que ser sempre continuado mesmo né. Mas ele ajuda bastante sim.	Resposta muito subjetiva, deixa a entender que há processos de Educação e Saúde no local e que dão conta em partes dos desafios.
P2	Não há.	Não há.
P3	É a gente faz, a gente tem as reuniões de equipe né, e uma discussão da nossa reunião assim. O que a gente faz assim,	As reuniões de equipe.

	<p>fica muito centrado assim entre, por exemplo eu e a fulana (psicóloga) eu atendo dependência química psiquiatria e ela psicologia e a gente faz troca entre nós assim, mas assim de ter uma ação de fora pra dentro aqui não. Aqui de dentro a gente tem muito pouco, mais é a reunião, essa questão da gente discutir os pacientes, de fazer alguma programação com eles né, mas assim de ter educação, eu acho isso bem importante né, agora que tu falou eu paro pra pensar né, que seria algo pra fazer em equipe né, e que seria bem importante. Sim, que se tu não tem nenhum contato com esse público a impressão que dá assim, a primeira coisa é que eles vêm assim, às vezes agressivo, ou numa situação ruim né de rua. Às vezes vem também estas coisas familiares, que a família vem também né, muito angustiada, então a primeira etapa é ali na, na recepção. Então se a gente fizesse eu acho que com certeza que melhora o atendimento sim.</p>	
--	---	--

SÍNTESE

- Há uma necessidade relevante de se criar processos de Educação e Saúde além dos processos existentes no momento no CAPS.
- Existente uma discordância das profissionais no entendimento sobre esta questão com respostas bem diferentes.
- A reunião de equipe pode ser sim considerada como um processo de Educação e Saúde.

Quando a P1 (profissional 1) afirma que Campo Bom tem um sistema bom e precisa superar algumas “brechinhas” ela não consegue explicar os aspectos que tornam este sistema bom. A profissional 2 afirma que a potencialidade da rede é o diálogo com os parceiros, mas apresenta que a descentralização é uma dificuldade, fator que vai aparecer nos questionamentos sobre educação e saúde. A profissional 3 coloca que o acesso e o vínculo que os pacientes têm com o CAPS é um fator positivo e que o preconceito e a desinformação a respeito do problema da drogadição desde as UBSs até no próprio CAPS é um limite. A respeito dos resultados perceptíveis do trabalho dessa rede as respostas foram muito subjetivas, mas sempre num tom pessimista, de pouca expectativa. Durante as falas é recorrente a ideia da complexidade que a drogadição de adolescentes e jovens se configura, fator que é um fato observado em um contexto geral.

Os adolescentes são considerados pacientes difíceis de serem trabalhados no ambiente terapêutico, uma vez que demonstram mais hostilidade, maior desconfiança entre outras formas de resistência, além de baixa motivação para tratamento decorrente. Tais constatações decorrem do fato de que os adolescentes estão iniciando o processo de desenvolvimento das suas habilidades sociais e cognitivas. (OLIVEIRA; SZUPSYNSKI; DICLEMENTE, 2010, p. 41)

Sobre a educação e saúde nestas falas foi possível observar que realmente é uma lacuna que precisa ser ocupada. A psicóloga afirma que troca informações e saberes com a psiquiatra e participa de encontros e seminários. Mas no CAPS e no âmbito da rede de saúde e da rede de PPJ não há um trabalho de ensino sobre o tema. É perceptível e assumida esta lacuna e essa responsabilidade por parte das profissionais, inclusive a psiquiatra afirma já haver sugerido a realização de uma ação com a atenção primária, mas que não teve seguimento.

7.1.4 Os jovens ativistas

As demandas de participação, as ideias de que a sociedade e o poder público são responsáveis por efetivar PPJ e essa tensão de reivindicação de um lado e de desconsideração de outro existe pelo protagonismo da juventude. Entidades como a União dos Estudantes de Campo Bom (UECB), que é a entidade que organiza o movimento estudantil e os grêmios estudantis na cidade, a União da Juventude Socialista (UJS) que é uma entidade política que organiza jovens por discutir a pauta sobre PPJ, o Centro Cultural Marcelo Breunig (CCMB) que é uma entidade cultural autônoma que organiza artistas locais e mantêm um espaço de encontro de artistas e ativistas no centro da cidade e a Nação Hip Hop Brasil que é uma organização de ativismo cultural de periferia através da cultura hip hop travam este embate. É importante ressaltar que é perceptível uma dificuldade crescente no envolvimento da juventude em organizações de ativismo por direitos por questões muito complexas, principalmente relacionadas à necessidade de oxigenação dos modos de fazer luta política em uma era de novas tecnologias e também pela disputa do interesse destes jovens por outros hábitos, comportamentos e desejos dentro de uma realidade de sociedade de consumo e imediatismo. Nossa cultura de relação com a democracia também é uma peculiaridade:

No entanto, nas sociedades que se desenvolveram tardiamente, a noção de direitos e de cidadania se estrutura de forma diversa. No Brasil, o processo de colonização, aliado à forma como se estruturou a República, fomentou outra dinâmica, pois a configuração dos direitos teve início por meio da ampliação dos direitos sociais, enquanto os direitos civis e políticos foram suprimidos.

Somente a partir das últimas décadas do século XX, houve o resgate desses direitos e, conseqüentemente, a ampliação da cidadania e da participação social por meio do voto direto e do fortalecimento dos movimentos sociais, que passaram a pautar na esfera pública demandas pelo reconhecimento de seus direitos. (SNJ, 2018, p.25)

Entrevistamos dois jovens que atuam nestas entidades e criaram em 2013 uma comissão pró-conselho municipal de PPJ. A proposta de criação do conselho municipal

de juventude já foi aprovada na câmara de vereadores da cidade diversas vezes, a primeira vez em 2009, mas ainda não foi efetivada pelo executivo. A proposta estava prevista na lei orçamentária de 2018, mas não se efetivou. Os dois jovens têm 23 anos de idade, são ativistas em PPJ há cinco anos e moram em bairros de periferia. Um é estudante de direito e o outro é bolsista do Prouni cursando gestão financeira. Ambos participam das reuniões do conselho municipal de saúde e são membros do conselho municipal de cultura.

A seguir perguntas e respostas da entrevista com estes jovens:

QUADRO 19: Qual sua opinião sobre a rede de atenção à jovens na cidade?

	Respostas	Significados
JA1	Bom, aqui em Campo Bom a gente percebe dentro do movimento Hip Hop que, meio que falta a informação para os jovens. Falta mostrar pra eles que ele tem pra onde correr, pra onde recorrer. No movimento hip hop a gente vê isso, tá dentro das vilas, tá passando por alguma coisa e não sabe pra que lado correr pra quem procurar.	Não há informações sobre os serviços e o acesso aos jovens.
JA2	Existe uma grande insuficiência e limitação no que diz respeito ao atendimento da juventude. Em quase sua totalidade, as políticas públicas são acessíveis apenas aqueles inclusos na rede municipal de ensino, não havendo alternativa ao público não escolar. Válido lembrar que o índice de evasão escolar na cidade é extremamente alto no que diz respeito ao ensino médio.	Os serviços são acessados só pelos jovens de 15 a 18 anos já incluídos na rede municipal de ensino.

SÍNTESE

- Só há acesso aos serviços da rede para os jovens adolescentes.
- Não há informações sobre os serviços disponíveis e as formas de acesso.

QUADRO 20: Em algum momento você opinou ou sentiu-se com poder de decidir sobre as ações do poder público para os jovens?

	Respostas	Significados
JA1	Bom, aqui a gente, eles nunca perguntaram, na verdade nós tinha que ir até eles dizer o que a gente precisava. A gente tinha que se organizar enquanto movimento, enquanto entidade ir lá e dizer ó a gente precisa disso e disso. Era nós que fazíamos a frente.	Não há fóruns ou espaços de falas para a juventude.
JA2	Sim, em processos de conferências.	A Conferência de juventude que ocorreu em 2011.

SÍNTESE

- Não há fóruns de interlocução da juventude com o poder público.
- As Conferências que ocorreram em 2008 e 2011 foram organizadas pelas entidades sociais, não pelo poder público.

QUADRO 21: Na sua opinião qual a principal ação de política pública que ocorre na cidade para este público?

	Respostas	Significados
JA1	Que na verdade não é muito pra jovem né, porque o governo municipal cobre até, digamos, o nono ano, treze anos, quatorze, depois vai pra rede estadual daí meio que perde este vínculo. Então, digamos que até os treze anos talí no nono ano, tá sendo amparado, tem dentro das escolas, tem um amparo, agora passou dos treze anos, virou digamos, jovem, já não tem mais esse amparo.	Respondeu referindo-se às oficinas de artes e esportes realizadas para os alunos da rede municipal.
JA2	Na verdade, não existe uma política pública de juventude efetiva. Quando essa ocorre, se dá por meio de provocação da sociedade civil organizada, que acaba sendo assumida pelo poder público de forma pontual, não havendo um plano de execução a médio ou longo prazo.	Não há ações de PPJ.

SÍNTESE

- Não há Políticas Públicas de Juventude no município.
- Os serviços oferecidos atendem apenas crianças e adolescentes já incluídos na rede.

QUADRO 22: Na sua opinião, qual a grande falha do poder público local nesta área?

	Respostas	Significados
JA1	Bom, como ativista cultural, a grande falha que eu vejo é a falta de uma política cultural na cidade, não apenas eventos, mas sim uma política cultural de fato, forte, dentro das comunidades pra amparar e ter um trabalho junto pra detectar qual são os problemas de cada bairro. A Operária tem problemas, a Morada do Sol tem problemas, mas a gente não consegue ainda detecta o que que é. Então a falta de políticas cultural dentro dos bairros falta bastante.	Falta de políticas culturais descentralizadas.
JA2	É necessário que o poder público compreenda que não se viabiliza PPJ sem a participação efetiva da juventude, seja na sua elaboração, seja na sua execução. E, infelizmente, não existem estruturas capazes de descentralizarem e democratizarem tais ações.	Falta de diálogo com a juventude, participação da juventude nas decisões e democracia.

SÍNTESE

- Falta de diálogo com a juventude, participação da juventude nas decisões e democracia.
- Não há ações nos territórios.

QUADRO 23: Na sua opinião, o que poderia melhorar nos serviços públicos disponíveis para jovens usuários de drogas em vulnerabilidade social?

	Respostas	Significados
JA1	Informação, eu acredito que a forma... informar os jovens que existem o serviço né... de que forma eles podem participar. Fazer com que não seja algo, na visão deles é ruim eu tá participando de algum serviço público, participando de algo beneficente, na visão deles é ruim isso, então fazer com que isso não ocorra.	Informação sobre serviços disponíveis.
JA2	É necessário que se criem políticas preventivas e que incluam esses jovens, assim como tratem tal assunto como problema de saúde pública e não na esfera criminal. Pois hoje, de certa forma, a juventude periférica está invisível às estruturas de Estado e aos seus direitos fundamentais.	Criação de políticas preventivas; tratar a drogadição como questão de saúde pública e não criminalizar estes jovens; considerar este público como sujeitos de direitos.

SÍNTESE

Os serviços poderiam melhorar com algumas medidas:

- Trabalhar a informação dos serviços e das formas de acesso à juventude.
- Criação de políticas preventivas à drogadição.
- Tratar a drogadição como questão de saúde pública e não criminalizar estes jovens.
- Considerar o jovem como sujeito de direito.

QUADRO 24: Você conhece alguma ação de educação e cidadania que o poder público desenvolve para este público?

	Respostas	Significados
JA1	Não.	O fato de o jovem não conhecer não significa que não há alguma ação de educação cidadã realizada pelo poder público. Porém, estes jovens ativistas são inteirados das questões da juventude da cidade, não é provável que eles não conheçam os serviços relevantes que o município oferece aos jovens.

JA2	Como já mencionado, as ações não atingem o público compreendido enquanto juventude. Sendo que a única capaz de atingir tal público nas esferas da educação e cidadania, se dá pela oferta de exames supletivos, com a ressalva da sua extrema limitação pedagógica.	As ações existentes não atendem o público em questão.
------------	---	---

SÍNTESE

<ul style="list-style-type: none"> As ações existentes não atendem o público em questão.

QUADRO 25: Na sua opinião os profissionais estão preparados para atender jovens deste perfil?

	Respostas	Significados
JA1	Também não. Eu tava conversando com a assistente social lá da Operária, teve dois casos que aconteceu e ela não soube como lhe dar, como ... eu acho que falta um preparo.	Os jovens avaliam que falta preparo.
JA2	Parcialmente. A rede de profissionais ainda possui uma disparidade grande no que diz respeito a isso, existindo tanto profissionais aptos, quanto inaptos.	Parte dos profissionais estão inaptos a trabalhar com este público.

SÍNTESE

<ul style="list-style-type: none"> As respostas convergem no sentido de que muitos profissionais precisam de mais preparo para atender este público.

QUADRO 26: Existe alguma ação do poder público que atue nas comunidades para atender estes jovens?

	Respostas	Significados
JA1	É como eu falei, a gente tenta até as assistentes sociais ali, mas é limitado né, eles não chegam direto no foco. Na Operária é um exemplo, se tu passar lá a noite é ...	Não há.
JA2	Se existem, não possuo conhecimento.	Não possui conhecimento.

SÍNTESE

<ul style="list-style-type: none"> Os jovens não conhecem nenhuma ação do poder público que atue nos territórios.
--

Aqui é possível visualizar o deterioro, ou melhor, a ineficácia da rede com relação a este público. Se observa também não só um distanciamento do poder público desta realidade, mas, ao contrário de desinteresse, uma indisposição em estabelecer diálogo com a parcela da juventude. Isso se demonstra pela insistência em não

construir uma ferramenta de fomento da participação da juventude como o conselho.

No questionamento sobre a rede o Jovem Ativista 1 explica que percebe que há serviços, mas não informação para que esta juventude seja atendida, afirma que sua perspectiva é de um ativista do movimento hip hop, que realmente vivencia a realidade das periferias da cidade. O Jovem Ativista 2 confirma uma constatação, de que os serviços disponíveis estão acessíveis à juventude já incluída e não a quem mais precisa, que são os jovens em extrema vulnerabilidade social, aqueles em situação de uso e abuso de drogas, fora da escola e do mercado de trabalho.

Sobre a questão sobre o diálogo do poder público com a juventude o JA1 responde relatando sobre a forma como foi realizada a Semana Municipal do Hip Hop. O movimento se organizou, procurou o poder executivo e propôs a atividade, o poder executivo acolheu a ideia, mas os jovens ativistas que organizaram e executaram a Semana nos espaços públicos. O JA2 afirma que teve a oportunidade de opinar na Conferência de Juventude, que foi organizada pelos movimentos sociais e não pelo executivo. De acordo com a proposta de Plano Nacional de Juventude:

Por sua vez, os jovens devem ser reconhecidos na esfera de participação como atores sociais e devem atuar nos processos construtivos de mudança, na interlocução, monitoramento e controle social das ações voltadas para este segmento. A integração dos diferentes segmentos da juventude deve considerar as clivagens sociais, de gênero, orientação sexual, étnico-racial, pessoas com deficiência e mobilidade reduzida. Nesta lógica, as instâncias de participação se traduzem em diferentes meios de intervenção, que vão desde o voto até o acesso à informação. Portanto, perpassam todas as esferas de poder e a garantia dos meios para o protagonismo juvenil depende, em parte, da institucionalização legal das políticas públicas para este grupo. (SNJ, 2018, p.25)

Ao afirmarem que na cidade não há uma ação do poder público para esta parcela da juventude, é colocado que falta uma política cultural na cidade e que se necessita de uma política cultural nos bairros e que não há estruturas para descentralizarem e democratizarem as ações sem a participação da juventude e que o poder público ainda não entendeu isso. Sobre como poderia melhorar o trabalho dessa rede as respostas são muito ricas colocando a necessidade do acesso à informação aos jovens e a mudança de visão com relação aos problemas dessa juventude, que é criminalizada quando deveria ser incluída.

Ao afirmarem que não há uma ação de promoção da cidadania a estes jovens eles expõem a opinião a respeito do preparo dos profissionais. Um dos jovens afirma que não estão preparados para atender este público e usa um exemplo de uma intervenção de uma profissional da assistência social como experiência negativa. O outro jovem afirma que há profissionais aptos e outros não, congruindo com o que

constatamos nas observações e entrevistas com usuários e profissionais do CAPS. Encerram expondo a não ação do poder público nas comunidades com foco nessa juventude.

7.1.5 A coordenação do CAPS

Outro fator preocupante é que durante a pesquisa a coordenação do CAPS mudou de gestor por três vezes. Se observa uma descontinuidade na coordenação que é inegável que interfere no processo de construção de vínculos e de estabelecimento de rotinas, protocolos e diretrizes do grupo de profissionais, além de metas e objetivos da equipe. A seguir exponho na íntegra a entrevista da coordenadora que está há três meses no espaço.

QUADRO 27: Qual a dimensão do público de jovens em situação de drogadição de famílias vulneráveis dentro do universo do CAPS?

Resposta da coordenadora do CAPS	Significados
<p>A gente tem de atendimento para os dependentes químicos de acolhimento, tanto para jovens como adultos não é segmentado, não tem assim ó um grupo pros mais novos e um grupo pros mais velhos. A gente tem um grupo dos AD, que funciona normalmente nas quintas-feiras à noite, pra facilitar essa questão do acesso porque alguns trabalham, e também um grupo de apoio aos familiares esses grupos eles têm hoje somente a psicóloga e a assistente social, os dois, cada uma toca um dos grupos. É um grupo de apoio, um grupo de acompanhamento, né de orientações e... paralelo a isso tem o atendimento médico e a medicação, alguns casos vão para terapia individual, mas a maioria é direcionada pra grupo, então hoje é o que a gente tem pra oferecer. Não temos assim uma organização de dados assim, uma... precisos, ah nós temos tantos jovens, tantos adultos, isso a gente não tem feito esse estudo assim... de estatística de quantidade. O fluxo é muito dinâmico e nesse momento assim em termos de registro não teria esses dados. Em termos do universo do CAPS esse público não é o nosso maior número de atendimento, o nosso maior público é adulto com atendimento ambulatorial com depressão, com doenças mais assim... ah... transtornos depressivos.</p>	<p>O atendimento AD não é segmentado por idade; não há uma organização dos dados sobre número e idade dos pacientes; o atendimento AD não é uma parte quantitativa relevante no universo de atendimento do CAPS.</p>

SÍNTESE

- A área de álcool e outras drogas não representa um número relevante no universo quantitativo de atendimentos do CAPS.
- Não há uma organização dos dados estatísticos precisos sobre números de pacientes, faixa etária, etc. no CAPS.

QUADRO 28: Como você vê a rede de atenção a estes jovens, além do CAPS, com relação a políticas públicas?

Resposta da coordenadora do CAPS	Significados
<p>Olha eu acredito que há um envolvimento do conselho tutelar né, eu vou te relatar assim não do CAPS porque eu não tive nenhuma experiência específica, mas das unidades assim que eu tenho uma vivência das unidades quando envolve um menor, que envolve conselho tutelar e escola, normalmente é feito sim um trabalho com as famílias eles nos encaminham os pacientes pra cá, a gente faz esse atendimento, ahmm... o CRES e o CRAS também quando se deparam com alguma situação de risco também nos encaminham e há também as questões das judiciais né, que o fórum também tem um envolvimento apesar de não participar dessas reuniões, o fórum também intermedia mais com as famílias então as famílias tem aquela questão das... do encaminhamento compulsório de casos que as famílias pedem ajuda diretamente com eles e eles nos encaminham também. Não há uma articulação assim em termos da assistência, a assistência praticamente fica só conosco e tem situações assim que há uma parceria com as comunidades terapêuticas né, os que precisam ficar internados mais tempo aí sim há um elo maior entre... eles vêm aqui consultar e ficam lá e há um pouquinho de contato, porque alguns eles ficam internados mas eles mantêm as consultas aqui. Elas são conveniadas com o Estado, normalmente elas têm o psicólogo, mas não tem o psiquiatra. Por exemplo um que venho aqui consultar ele tá aqui em Lomba Grande daí ele venho aqui consultar eles o trouxeram depois ele voltou, daí há um pouquinho de articulação.</p>	<p>Há parcerias com as comunidades terapêuticas; A entrevistada cita a rede de atenção à crianças e adolescentes; Percebe uma articulação entre os serviços de assistência social, educação e saúde. O judiciário não participa das reuniões de rede.</p>

SÍNTESE

<ul style="list-style-type: none"> • A rede de proteção à criança e ao adolescente (também, como as demais profissionais) confundindo esta rede com a rede de atenção à juventude. • Elogio à comunicabilidade entre as áreas na rede e observa que o judiciário não participa das reuniões.
--

QUADRO 29: Existe um fórum de articulação das ações das diferentes secretarias para este público?

Resposta da coordenadora do CAPS	Significados
<p>Sim, a reunião de rede de atenção à criança e ao adolescente.</p>	<p>A rede a qual nosso trabalho se refere é a rede de políticas públicas para a juventude.</p>

SÍNTESE

<ul style="list-style-type: none"> • É importante ressaltar que os adolescentes com mais de 15 anos de idade também são jovens. Porém a criação do Estatuto da Juventude (2013) e de toda a luta dos movimentos sociais pelas PPJs se dá pela necessidade de reconhecermos esse grupo etário como demandante de políticas específicas. Portanto a ideia de rede de PPJ é uma ideia que precisa ser construída e
--

consolidada na sociedade, principalmente no âmbito das áreas básicas dos serviços públicos.

QUADRO 30: Qual o seu nível de satisfação com a rede de atenção e cuidado (políticas públicas) para o público em questão?

Resposta da coordenadora do CAPS	Significados
<p>Eu tenho uma opinião e vou te falar agora tá, mas assim ó fazendo uma comparação com um serviço melhor estruturado, a gente fez uma visita na semana anterior no CAPS de Canoas, num CAPS AD, tem toda uma estrutura, oferece muito mais, a gente oferece muito pouca coisa, a gente faz poucas coisas pra este público. Como é um CAPS único a gente tem uma demanda assim gigantesca, mas a gente pode sim melhorar a assistência a este público. inclusive essa semana a gente já se reuniu e fez um planejamento de novas atividades pra 2019. Algumas questões não envolvem só a nossa equipe porque a gente não dá conta, tipo a nossa psicóloga atende AD e atende criança e adolescente, é muito difícil a gente conseguir contemplar mais atividades só nós, se a gente conseguir mais profissionais para nos ajudar nas oficinas da pra ampliar muito mais as atividades para esse público, hoje é só o grupo e a consulta focada na medicação, a gente gostaria de trazer eles pra outras atividades de reinserção social, fazer parcerias, surgiram varias ideias de parcerias até com serviços externos pra estar nos dando este suporte. A pergunta que tu fez seria de como eu vejo né? Eu acho que tá bem deficiente, ela tá muito, no caso... o usuário ele não forma um vínculo, em alguns casos sim, mas a maioria não forma aquele vínculo com o serviço ele vem consulta e vem embora, vem no grupo e vai embora, vem na terapia e vai embora, ele não perma... não tem uma permanência aqui dentro. Isso não assim também... o serviço também não tem a capacidade de fazer e super atendimento, talvez se a gente tivesse mais dois ou três componentes na equipe pra esse foco... a gente conseguiria assim dá uma assistência um pouquinho melhor. Alguma coisa eu te falei, a gente vai fazendo como a gente consegue e em termos da rede eu até tive esses dias uma conversa com a nossa assessora jurídica da prefeitura com relação às compulsórias que durante o conhecimento lá nesse CAPS lá eles fazem um trabalho de diferente eles têm uma equipe, quando existe uma situação né, compulsória no caso de dependência química eles vão até o sujeito na casa dele, conversam lá e tentam puxar ele pro serviço, se ele não aderiu à proposta daí sim é feito o uso da força policial e tudo mais pra trazer a força pra se tratar ou internar. Então isso é uma questão pra a gente ver o quê, o usuário, usuário de drogas vem aqui a força porque se expõe ao risco e expõe a família ao risco, ele vai internado, daí um mês ele é solto, às vezes não, quer aderir à comunidade terapêutica porque a proposta é dar continuidade ao tratamento após a abstinência, não quer ir dai ele volta pra realidade dele e daqui a dois meses a gente se depara aqui com a mesma pessoa, a mesma situação judicial um ciclo, ele não é resolutivo, então hoje a minha crítica ao nosso trabalho é que ele é... claro não posso ser injusta, não se aplica a todos, mas quase numa maior parte assim não resolutiva. Porque o usuário ou ele fica abstinente por um tempo e retorna ao uso ou ele fica nesse ciclo de não aderir ao tratamento porque ele não quer e a família vai pedir judicial. E a gente tem prazos e eu até questionei se o nosso jurídico poderia ter uma conversa com o fórum, olha o nosso atendimento hoje só tem um médico e o nosso médico só atende em quinta. Se vem um mandado pra atender em 5 dias numa quinta-feira não tem como, só</p>	<p>Comparou o CAPS de Campo Bom com um CAPSad de Canoas e afirma que realmente há muito pouco oferecido para este público no CAPS de Campo Bom.</p> <p>Vê a rede bem deficiente.</p> <p>O usuário não está vinculando com o serviço.</p> <p>Faltam profissionais para atender a demanda.</p> <p>O judiciário não dialoga sobre as intenações compulsórias.</p>

vai ser atendido em 7 dias. Hoje o juiz ele não está levando em consideração os aspectos do serviço, só da demanda, então com relação ao fórum a gente só tem esta questão assim de cima pra baixo e a gente tem que obedecer.	
--	--

SÍNTESE

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • A rede é bem deficiente. Os jovens não vinculam com o serviço, faltam profissionais para atender a demanda. • O judiciário não dialoga com a rede. Fator que interfere no fluxo do atendimento devido as internações compulsórias. |
|---|

QUADRO 31: Na sua opinião, quais os aspectos positivos e as principais deficiências desta rede?

Resposta da coordenadora do CAPS	Significados
<p>Hoje a rede é como eu te falei o CRES, CRAS, conselho... olha só eu vou falar do CAPS só porque da rede eu não vou poder, no CAPS esse público que adere, que quer e que tá se esforçando ele proporciona uma integração, eles tem confraternização, segunda eu não tive na confraternização, mas a fulana (psicóloga) disse que ele mesmo que preparam alguma coisa, às vezes é a cozinheira mesmo que prepara mas outras vezes eles me mesmo organizam uma refeição, então há sim talvez uma integração entre as pessoas. Então o CAPS proporcionaria em termos de positivo e positivo também é que a gente faz esse acolhimento a gente se esforça. A gente se empenha para o usuário e sua família terem uma resolução da sua demanda, muitas vezes vem familiares aqui pedindo ajuda a gente faz o possível pra resolver. Este é um aspecto positivo, tem serviços que não, mesmo nessa parte da dependência química que a gente sabe que o acesso tem que ser mais facilitado não tem assim, não tentam fazer com uma maior maleabilidade, eu acho que é um aspecto positivo assim. Eu acho que um outro aspecto positivo é que a gente consegue normalmente os contatos quando se é preciso a gente consegue estabelecer eles mais de imediato, mas a resolução no caso não. Vou te dar um exemplo: a gente tem um caso de um dependente químico que envolve a família em risco, a mãe está agressiva por conta do que ele faz e tentou já se matar diversas vezes, então nesse caso a gente fez o contato com o CRAS pra que achasse uma forma de resolver porque ele tá no convívio da família na casa, ameaçando e o pai é uma pessoa que disse que é capaz de matar o próprio filho, então no caso se ele inventa de fazer né, é uma desgraça... Então o que que eu propus, uma reunião pra a gente resolver, consegui então estabelecer esse contato só ainda não se conseguiu a resolução. Estamos já há dois meses e não se conseguiu fazer alguma coisa ainda porque, porque os fluxos estão um pouco demorados, mas se estabeleceu sim a parceria e o caso já está sim em andamento. Outra coisa importante também é a vigilância, a vigilância epidemiológica tem um papel também nessas situações, que como as vezes é notificado... que esse usuário às vezes não vem pela dependência, mas por uma outra questão, uma tentativa de suicídio ou até mesmo uma situação de violência, essas notificações que vem do hospital ou nossas passam pela vigilância e eles também normalmente quando eles identificam eles mandam todos os casos pra a gente. Então facilita às vezes se é um caso que aconteceu e a gente não tinha conhecimento em uma semana a gente recebe as notificações que envolvam algo relacionado ao CAPS é feito visitas domiciliar então os</p>	<p>Positivo: acesso à demanda espontânea no CAPS; Comunicabilidade entre os serviços.</p> <p>Negativos: relação com o hospital.</p>

casos assim a gente vai na casa da pessoa. Temos acesso a um carro duas vezes por semana. E o hospital que eu não mencionei faz parte da rede né, o hospital é bem difícil eles não têm um leito psiquiátrico. Se a pessoa caiu primeiro ali, uma pessoa nunca foi atendida por nós, usou cocaína e teve uma overdose e venho parar no hospital trazida pela família, o hospital a deixou aqui né, então um dia em observação e no dia seguinte já mandaram pra a gente atender. Mas quando é o fluxo contrário que o CAPS tem que encaminhar pra eles daí é uma dificuldade de aceitarem, de eles receberem esses pacientes.	
---	--

SÍNTESE

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos positivos: acesso à demanda espontânea; comunicabilidade entre os serviços. • Falta de diálogo por parte do hospital com o CAPS. |
|--|

QUADRO 32: Na sua opinião os processos de Ensino e Saúde no seu local de trabalho dão conta dos desafios de trabalhar com este público?

Resposta da coordenadora do CAPS	Significados
Não. A gente não tem nada de educação permanente no momento aqui no CAPS, esse é um dos meus desafios também que a gente possa estabelecer se não uma vez por mês, sei lá, a cada dois meses. Hoje como enfermeira eu já tenho planejamento pra parte da enfermagem, mas nada de específico pra esta parte de AD né, ah... aqui... nos meses que eu estou eu não vi ninguém fazer uma intervenção ou uma capacitação fora do serviço, no momento nós não temos nada voltado ao nosso trabalho. E o PEP este ano não teve o tema AD abordado em nenhuma atividade. Hoje a educação permanente no meu ponto de vista ela não ocorre.	Não ocorre.

SÍNTESE

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Desencontros com as falas dos profissionais a respeito de capacitações. • Não ocorrem processos de ensino na saúde no local de trabalho. |
|---|

Observamos que as opiniões a respeito da rede valorizam questões como o diálogo entre os parceiros, a comunicação, mas é pouco animadora no que diz respeito aos resultados na qualidade de vida dos pacientes, assim como constatamos nas entrevistas com os outros profissionais. Também se observa aí uma relação tensa e difícil com o hospital e com o judiciário, não dialógica e que afeta o serviço. Os profissionais e a coordenadora confundem a rede de atenção à criança e ao adolescente como rede de atenção aos jovens.

Sobre os processos de educação na saúde, expõe que realmente não ocorrem no CAPS e que na rede não contemplam a área da drogadição. Chega a afirmar que é uma meta como coordenadora viabilizar o processo de educação na saúde no local.

7.2 O LIMBO: SÍNTESE GERAL DAS ENTREVISTAS.

Os quadros que seguem são resultado de um exercício de organização das diferentes percepções, ou seja, a explicitação expandida de stakeholder (aqueles atores sociais importantes para a compreensão da temática) e tem importância na medida em que envolve não só formuladores e gerenciadores do programa, mas também os destinatários e membros da comunidade que, normalmente não são considerados, mas têm algum interesse nos resultados da avaliação.

QUADRO 33: Síntese considerando os diferentes atores face à Rede de Atenção aos Jovens e os serviços.

- O grupo de apoio é o principal dispositivo de atendimento desses jovens. Todos os quatro usuários incluídos recebem atendimento terapêutico. É importante salientar que nestes encontros há usuários de todas as idades, portanto não há um grupo de apoio para jovens.
- O atendimento no CAPS é o único serviço da rede em que estes jovens estão sendo atendidos.
- É importante destacar que em nenhuma destas situações foi o próprio jovem que procurou o serviço. Sempre a família.
- O caráter acolhedor do CAPS é observável para todos entrevistados.
- Realmente o grande contingente de jovens usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social não está inserido na rede.
- Os jovens conseguem mensurar e elencar resultados reais do processo de tratamento.
- O pouco tempo de tratamento de todos os jovens envolvidos não permite que possamos pensar em resultados mais relacionados à inclusão social, retomada de vida como: inclusão no mercado de trabalho ou retornar aos estudos, por exemplo.
- A falta de ação do poder público é um fato reconhecido nas falas dos entrevistados.
- A necessidade de ações que busquem estes jovens excluídos foi levantada pelos usuários.
- Todos usuários atendidos reconhecem que atividades de integração envolvendo esporte, cultura, etc. seriam construtivas no processo de atendimento.
- Não existem políticas públicas para a juventude na cidade.
- Não há fóruns de interlocução da juventude com o poder público.
- Os serviços oferecidos (fora o CAPS) atendem apenas crianças e adolescentes já incluídos na rede.
- As ações existentes não atendem o público em questão.

QUADRO 34: Síntese da análise das entrevistas relativa à Educação e Saúde.

- A supervalorização e a atribuição de poder e expectativa nos especialistas são muito presentes nas falas.
- Existe uma confusão entre a rede de atenção à criança e ao adolescente com a rede de atenção à juventude.
- A ausência do CAPS no território e a falta de disposição e preparo dos profissionais da

rede para trabalhar com usuários de drogas é apontada como um problema da rede.

- O preconceito com os usuários de drogas por parte dos profissionais e das instituições é um obstáculo.
- A rede é um tema que não aparece de forma objetiva nas falas dos profissionais. A fundo, há uma dificuldade dos profissionais para pautarem a rede.
- Existe o PEP a cada dois meses para todos os profissionais da rede de saúde.
- Há uma necessidade relevante de se criar processos de Educação e Saúde além dos processos existentes no momento no CAPS e na rede.
- O CAPS conta com uma reunião semanal da equipe. A reunião de equipe pode ser sim considerada como um processo de Educação na Saúde.
- As Conferências de Juventude que ocorreram em 2008 e 2011 foram organizadas pelas entidades sociais, não pelo poder público. Há falta de diálogo com a juventude, participação da juventude nas decisões e democracia.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa intenção se materializou na objetivação das expectativas destes jovens como sujeitos desse processo de superação do estado de abuso e dependência destas substâncias. **Partiu da constatação que aprendizagem de outros modos de ser nasce do encontro de pessoas diferentes, cada um com uma singularidade, única e, portanto, portador, de conhecimento, cultura e da experiência coletiva das comunidades às quais pertencem.**

Os jovens atendidos pelo CAPS estão aqui representados como sujeitos sociais que trazem uma carga de saberes, de desejos, de gostos, como fatores importantes no caminho de construção de abordagens e ferramentas que possam agregar na produção de vínculo e adesão destes à rede de atenção e ao processo de cuidado. Observamos como os profissionais implicados nesta rede, principalmente os da saúde, se situam diante dos desafios de sua prática na promoção da saúde deste grupo, quais suas expectativas e demandas.

- As informações objetivadas nas falas e demais elementos expressos permite constatar que infelizmente o processo de inclusão e acesso dos jovens em situação de abuso de drogas e vulnerabilidade social não se dá no contexto estudado.
- Nas falas dos profissionais ainda se apresentam muita confusão a respeito da rede de proteção à criança e ao adolescente.
- O grupo etário juventude, mesmo após cinco anos de aprovação do Estatuto da Juventude não está abrigado pela consciência da sociedade enquanto ideia.
- A rede que existe não se aplica, não dialoga, não possibilita o acesso a estes jovens.
- Percebeu-se que os poucos usuários que acessam a rede conseguem verificar e sentir mudança nas suas vidas e que os profissionais que atendem este público diretamente estão preparados e têm um empenho relevante mesmo atendendo outras demandas e enfrentando dificuldades estruturais relativas a pouco pessoal e poucos recursos.
- Outro aspecto importante é que há uma rede constituída e com comunicabilidade, e que embora hoje não se aplique e nem faça sentido para o público em questão, poderá fazer.

Em função destes elementos, podemos, conforme nosso propósito inicial de **construir propostas de educação em saúde cuja abordagem utilize ferramentas**

que possam ter um alcance efetivo ao promover à atenção integral destes jovens. Para tanto entendemos que as ações podem se dar a nível político/pedagógico, a saber:

- 1) **A criação de uma equipe** de educadores que trabalhe no acompanhamento e atenção a estes jovens buscando inseri-los na vida da cidade, em práticas sociais, culturais e de lazer se faz necessária desde que articulada com a rede de serviços públicos nas diversas áreas e desta forma proporcionando novas relações de convivências e de vivências a estes jovens;
- 2) **A Realização de programa de ação comprometendo a Administração Pública e os agentes organizados da comunidade (audiências públicas) a fim de debater** sobre a questão da rede de atenção aos jovens em situação de vulnerabilidade e drogadição.

Entendemos que este conjunto de ações podem viabilizar a prática de educação em saúde, onde lideranças comunitárias e de movimentos sociais interessadas possam participar e se envolver nesse processo de pensar/fazer ações direcionadas a este público. Ao estabelecer ações conjuntas, primeiramente estaremos formando estes agentes como redutores de danos e evitando a superposição de serviços e/ou a fragmentação do trabalho.

Desta forma, de um lado, temos o potencial de uma abordagem desinstitucional maximizada para levar o serviço até a demanda inicialmente e a partir daí traçar ações de vínculo que possam trabalhar o acesso a outros serviços e estágios motivacionais para a adesão terapêutica. E, de outro lado, se materializa uma ação de cunho político/cidadão, visto que uma proposta de legislação municipal que determine **a criação de uma equipe** de educadores que trabalhe no acompanhamento e atenção a estes jovens buscando inseri-los na vida da cidade, em práticas sociais, culturais e de lazer necessariamente precisa ser pensada em um modus operandis não ortodoxo ou burocratizante.

Tendo uma articulação com a rede de serviços públicos nas diversas áreas e desta forma proporcionando novas relações de convivências e de vivências a estes jovens nos territórios. Os itens 32 ao 33 do documento base da Conferência Nacional de Juventude de 2011 tratam o direito ao território:

32 . O território deve ser um espaço de exercício da cidadania da juventude, fomentando, assim, sua reflexão crítica sobre o mesmo e sobre as formas de apropriação do ambiente em que vive, estuda, trabalha e se diverte.

33 . A cidade é um espaço de disputas, conflitos, conquistas e transformações, onde o jovem deve ser um dos principais protagonistas. Andar de skate,

encontrar-se em praças, grafitar muros ou praticar esportes, estudar e trabalhar são formas de conquistar espaços e definir identidades. A cultura, o lazer, a educação de qualidade e o trabalho decente são formas de cumprir papéis sociais diversos, de forma autônoma.

34 . O espaço urbano ainda é visto como um ambiente de desenvolvimento e de oportunidades, porém, na prática, a maioria dos jovens não é incluída na sociedade e não tem oportunidade de se estruturar financeiramente, pela falta de qualificação e experiência. (SNJ, 2011)

- 3) **A Construção de objetos pedagógicos e/ou** materiais formativos destinados aos espaços de juventude como praças e escolas. Trabalhando saberes sobre as possibilidades de acesso aos serviços disponíveis a este grupo. Estes materiais a respeito dos serviços podem ser elaborados pelos profissionais. Entendemos esta proposta como fundamental para a efetividade do trabalho com este grupo populacional;
- 4) **A Construção de objetos pedagógicos e/ou** materiais formativos destinados aos espaços de juventude como praças, bairros, parques e escolas. Os materiais devem ser elaborados com participação da equipe de educadores, profissionais e jovens ativistas e usuários;
- 5) **A Capacitação dos** profissionais que trabalham com a questão de juventude, precisa ser contextualizada (perfil, problemáticas, expectativas) e não tratadas de forma abstrata. Assumindo que os jovens se constituem em um grupo social muito diversificado, porém com necessidades peculiares de suas condições biológicas, socioculturais, econômicas e políticas);
- 6) **A produção de vídeos** multiplicadores de informações sobre a rede de atendimento feito por jovens, pode ser um caminho que permita a construção de uma linguagem de juventude de modo a evitar o estranhamento e a rejeição;

Entendemos que nesse sentido, o caráter desta equipe é pedagógico/político, na medida em que são os educadores sociais aqueles profissionais com afinidade com o tema e que compreendem como uma formação/capacitação se faz necessária para redutores de danos. Operacionalmente, além das tarefas educativas, também, deve estar a de envolver agentes comunitários e dos movimentos sociais nesse processo e, em especial, o Conselho de Juventude.³⁶

³⁶ A fala da coordenadora do CAPS expõe a necessidade de outros profissionais para desenvolverem oficinas, além das profissionais da saúde do CAPS. O custo desta equipe ficaria em torno de duzentos mil reais (R\$ 200.000,00) ano, que representam 0,065% do orçamento do município (não contando os R\$ 64 mil reais que já são previstos no orçamento ano a ano para “políticas de atendimento à jovens”, recurso que nunca é executado na área da juventude).

Para finalizar, vale ressaltar que uma pesquisa qualitativa não tem nenhum tipo de esquema fechado, tudo depende do fenômeno estudado em contexto. Ela envolve uma multiplicidade de métodos de investigação, empregados em diversas disciplinas acadêmicas, principalmente nas ciências sociais, sendo que o estudo de caso é considerado o método típico do paradigma interpretativo. Bastante utilizado quando se pretende compreender e analisar determinados problemas ou situações particulares em maior profundidade. Estamos a dizer que investigar universos menores e mais focados é tão ou mais importante do que fazê-lo com grandes amostras. Por isso, podemos dizer que este trabalho conseguiu produzir informações não apenas sobre casos particulares, mas pode no limite, ser usado como apoio empírico para hipóteses de outras investigações.

Entretanto, considerando a conjuntura política atual -do pensamento único, da não pluralidade no pensar – prolifera um modo de conceber o indivíduo como um ente desvinculado da História, e essa é, por razões políticas, a teoria que se pretende oficial no novo governo. Por isso, que no Ensino em Saúde a produção do conhecimento precisa estar fundada na realidade da vida das pessoas e no conjunto das relações sociais, como síntese de múltiplas determinações. Caso contrário, pensar educação desvinculada da realidade é fazer/propor uma educação que não vai ser compartilhada por muitos indivíduos e nem ser fator de mudança, por força das condições históricas objetivas que não unem aqueles que estão preocupados com um segmento da sociedade em situação de fragilidade e vulnerabilidade social.³⁷

Desta forma, entendemos que os produtos possíveis acima listados têm a ver com a natureza do programa e da proposta político pedagógica do Mestrado Profissional – Ensino na Saúde.

³⁷ P. S. Em dezembro de 2018 encontrei a U1 (jovem usuária entrevistada por mim neste trabalho) próxima ao local onde eu moro, em torno de um local frequentado por usuários de crack. Vi que ela não estava bem, provavelmente sob efeito da droga. Conversei com ela: - Fulana (U1)! Como tu está? O que está fazendo por aqui? Precisa de ajuda? Ela respondeu: - Não Válter, tu não pode me ajudar. Minha casa está um inferno e essa cidade trata melhor um cachorro do que um usuário de drogas! Fiquei parado sem saber o que fazer enquanto ela caminhava para longe.

No dia seguinte em uma roda de conversa com amigos no centro da cidade, eles comentavam que em 2018 havia sido gasto pelo poder público municipal cento e oitenta mil reais (R\$ 180.000,00) só em contratação de clínicas veterinárias para procedimentos em cães. Estes dados eu pude confirmar em publicação de empenho em jornal local. A U1 tinha razão! Enquanto R\$ 64.000,00 eram previstos para políticas de juventude e não eram executados pelo poder executivo, quase o triplo desse valor era efetivamente investido apenas em uma das ações de política animal da cidade: contratação de serviços de clínicas veterinárias particulares.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Miriam; CASTRO, Mary Garcia. Ser jovem no brasil hoje: políticas e perfis da juventude brasileira. Cadernos Adenauer XVI (2015) nº1. http://bibjuventude.ibict.br/jspui/bitstream/192/175/1/ABRAMOVAY_serjovem_2015.pdf (acesso em 30/07/2018)

ALVES, Vânia Sampaio; LIMA, Isabel Maria S. Oliveira. **ATENÇÃO À SAÚDE DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL: CONVERGÊNCIA ENTRE A SAÚDE PÚBLICA E OS DIREITOS HUMANOS**. RDisan, São Paulo. v. 13, n. 3, p. 9-32 Nov.2012/Fev.2013

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981. v.2.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. “Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.”. In: BRASIL. Senado Federal. Presidente: Renan Calheiros. Câmara Federal. Presidente Rodrigo Maia. Brasília: 2016. (publicado no Diário Oficial da União - Seção 1 de 16/12/2016)

BRASIL. ESTATUTO DA JUVENTUDE. Lei no 12.852/2013. Brasília-DF: 2013.

BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 17-20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; FALEIROS, Vicente de Paula. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 297 p. ISBN 85-334-1238-X.

BRASIL. POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. Brasília-DF: 2003.

BRASIL, 2002. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*, cit., p. 125-136.

BRASIL. Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006. Brasília-DF: 2006.

CAMPO BOM-RS. Lei Orçamentária Anual. Município de Campo Bom-RS: novembro de 2018.

_____. <http://novo.campobom.rs.gov.br/noticia-5627/ceu-foi-inaugurado-no-sabado-com-grande-festa-dedicada-comunidade> (acessado dia 20/05/2017).

CASTILHO, Euclides Ayres de; KALIL, Jorge. Ética e pesquisa médica: princípios, diretrizes e regulamentações. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 38(4):344-347, jul-ago, 2005.

CONJUVE. Resoluções da I Conferência Nacional de Juventude. São Paulo: Conselho Nacional de Juventude; Fundação Friedrich Ebert, 2008.

COSTA. Antônio Carlos Gomes da; SILVA FILHO, Genésio Zeferino da. Protagonismo Juvenil: O que é e como praticá-lo. Disponível em: http://www.institutoalianca.org.br/Protagonismo_Juvenil.pdf Acesso em 15 out. 2017.

DICIONÁRIO PORTUGUÊS. <https://www.dicio.com.br/superacao/> (acessado em 18/10/2018).

CZERESNIA, Dina. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.

FERREIRA, Aline Cristina Zerwes; BORBA, Letícia de Oliveira; CAPISTRANO, Fernanda Carolina; CZARNOBAY, Juliana; MAFTUM, Mariluci Alves. FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE. *REME • Rev. Min Enferm.* 2015 a DOI: 10.5935/1415-2762.20150032 abr/jun; 19(2): 150-156

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo. Paz e terra, 25ª ed., 1996. ISBN 85-219-0243-3

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro. Paz e terra, 42 eds. 2005.

GANDOLFI, Carolina Melati. **PARADIGMAS E DESAFIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS BRASILEIRAS NO TRATO DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:** da marginalização à redução de danos. Artigo apresentado no II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis – 23 a 25 de outubro de 2017

- GAZETA. Casos de violência têm jovens como principais vítimas. Manchete do Jornal A Gazeta. Ed. out 2014: Campo Bom-RS
- GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere, volume 1**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. 494 p.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Censo 2010. <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/> (acesso 26/10/2017)
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. 2010. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/campo-bom/panorama> (acesso 26/10/2017)
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA: **ATLAS DA VIOLÊNCIA 2017**. Rio de Janeiro-RJ: Ipea, 2017.
- LEITE. S.N., VASCONCELOS. M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cien. Saúde Colet* 2003; 8(3):775-782.
- LEMOS JR. Válter F. F, ALBUQUERQUE. P. P. **Juventude e educação não escolar: espaços cidadãos?** Trabalho de conclusão de curso em Licenciatura em Pedagogia. FAGED/URFGS: 2014, Porto Alegre-RS.
- LINDNER, Sheila R. COELHO, Elza Berger Salema. BUCHELE, Fátima. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. *In: Ciência & Saúde Coletiva*: fevereiro: 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000100033
- LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, SP; EPU; 2005.
- MARANHÃO, D. Gomes. **O CUIDADO COMO ELA ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO**. Cadernos de Pesquisa, nº III, p. 115 - 133, Unifesp, São Paulo-SP: dezembro/2000.
- MAROSINI, M. Valéria; FERREIRA, Angélica; PEREIRA, Isabel B. Educação em Saúde. In: Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Todos os direitos reservados. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Av. Brasil - 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro-RJ: 2009 <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html#topo> Acesso dia 25/08/2018.
- MATOS DE ANDRADE, Tarcísio. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [em linea] 2011, 16 (Sin mês) : Fecha de consulta: 8 enero de 2019] Disponible em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?is=63020981015> issn 1413-8123

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

OLIVEIRA, Margareth da Silva; SZUPSZYNSKI, Karen Del Rio; DiClemente, Clemente. Estudo dos estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas. *Rev. Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v. 41, n. 1, pp. 40-46, jan./mar. 2010

PAIS, J.M. Jovens e cidadania. **Sociol., Probl. Prát.**, n.49, p.53-70, 2005.

RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da saúde**: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2010. 226 p. ISBN 9788575411964

RAMMINGER, Tatiana; SILVA, Martinho. Mais substância para o trabalho em saúde com usuários de drogas. – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 252 p.: il. – (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

SAVIANI, Demerval. **PEDAGOGIA HISTÓRICO-CRÍTICA: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES**. 11 ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2011. — (Coleção educação contemporânea)

SCADUTO, A. A. BARBIERI, Valéria. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):605-614, 2009.

SCLIAR. Moacyr. **História do Conceito de Saúde**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007

SECRETARIA NACIONAL DE JUVENTUDE. Documento Base da I Conferência Nacional de Juventude. Brasília: SNJ, 2008.

SECRETARIA NACIONAL DE JUVENTUDE. Documento Base da II Conferência Nacional de Juventude. Brasília: SNJ, 2011.

SECRETARIA NACIONAL DE JUVENTUDE. Plano Nacional de Juventude: proposta de atualização da minuta do Projeto de Lei nº 4.530/2004/ Secretária Nacional de Juventude; Joel de Menezes Borges (consultor). - Brasília: SNJ, 2018.

SILVA, VA, AGUIARA, AS, FELIXA, F, REBELLOA, GP, ANDRADEA, RC, MATTOS, HF. Brazilian study on substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25(3):133-138.

SORTICA, Aline Coletto. Rede de Atenção à Saúde, Sífilis e Educação em Saúde, a intersecção necessária: Um estudo de caso sobre Sífilis em Gestante e Congênita no município de Esteio. Orientador: Paulo Peixoto de Albuquerque. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

SPOSITO, Marília Pontes. Juventude e Educação: interações entre a educação escolar e a educação não-formal. Revista: Educação e Realidade. 33(2): 83-98, jul/dez 2008. <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/viewFile/7065/4381> (acesso em 26/06/2017)

UNESCO - Políticas Públicas de/para/com Juventudes - UNESCO, Brasília, 2004.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente. O desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

WALLON, Henry. *Objetivos e métodos da psicologia*. Lisboa: Estampa, 1973.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e método. Trad. Daniel Grassi - 2.ed. -Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE 1

METODOLOGIA

O presente trabalho teve como método o estudo qualitativo, estudo de caso, tendo como objeto a rede de atenção à jovens usuários de drogas no município de Campo Bom em 2018, no Rio Grande do Sul (RS). O estudo de caso está embasado em Robert Yin (2001) através e incorporando outras referências que nos auxiliaram nesse processo de execução e organização do trabalho no que tange a esta proposta, como as contribuições em pesquisa na educação (ANDRÉ; LUDKE, 2005). Desta maneira acreditamos que o estudo de caso nos possibilita utilizarmos uma ampla variedade de dados como documentos, observações, reportagens, entrevistas, proporcionando assim uma riqueza de detalhes que fundamenta as solidamente as descobertas.

Esta ferramenta que amplia as possibilidades de análise e não incorre nos riscos da observação participante quanto a uma imposição da hipótese do pesquisador nos resultados. Também assumimos a perspectiva deste método enquanto instrumento capaz de subsidiar o estudo teoricamente de maneira abrangente desde o planejamento das estratégias, definição das questões, passando pelo processo e construção dos resultados. (LE MOS JÚNIOR, 2014, p. 9)

Além de auxiliar o estudo na forma das análises dos documentos Yin nos subsidia sobre a importância e o potencial das perguntas. Esse subsídio foi determinando para posicional a rede no conjunto das perguntas aos diferentes entrevistados.

Definir as questões da pesquisa é provavelmente o passo mais importante a ser considerado em um estudo de pesquisa. Assim, devesse reservar paciência e tempo suficiente para a realização dessa tarefa. A chave é compreender que as questões de uma pesquisa possuem **substância** - por exemplo, "sobre o que é o meu estudo?" - e forma - por exemplo, "estou fazendo uma pergunta do tipo 'quem', 'o que', 'por que' ou 'como?'". Outras questões detiveram-se em detalhes substancialmente importantes (veja Campbell, Daft & Hulin, 1982); o ponto-chave da discussão anterior é que a forma de uma questão fornece uma chave importante para se traçar a estratégia de pesquisa que será adotada. (YIN, 2001, p.24)

Também Yin esclarece como o estudo de caso tem potencial quando as relações do fenômeno estudado com o contexto não têm seus limites explícitos. Desta forma compreendemos que o estudo e as ações a respeito de políticas públicas de juventude estão a quem das reais necessidades que o mundo hoje nos exige. Entendemos que pouco se avançou enquanto políticas de estado neste tema e que o fenômeno estudado pode ser uma referência para ações de estado quanto às políticas

públicas com juventude. Portanto há muito a se definir nestes limites entre o fenômeno e o contexto.

1. Um estudo de caso é uma investigação empírica que

- a- investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando
 - b- os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.
- (YIN, 2001, p. 30)

No processo de coleta de dados, entrevistas, observações o objeto toma proporções que fogem das hipóteses iniciais e acreditamos que o método escolhido da conta de assimilar esta condição. Tratando-se das hipóteses das quais partimos, Marlí André e Menga Ludke nos auxiliam sobre os cuidados para não perder o que foi surgindo como elementos significativos além do que esperávamos encontrar.

Os estudos de caso visam à descoberta. Mesmo que o investigador parta de alguns pressupostos teóricos iniciais, ele procurará se manter constantemente atento a novos elementos que podem emergir como importantes durante o estudo. (LUDKE; ANDRÉ, 2005)

A pesquisa toma caminhos de forma que é inerente a investigação que determinadas contribuições teóricas façam parte deste corpo para que ele tome a forma necessária para responder o que o autor e pesquisador não conhece.

No tocante a ética na pesquisa adotamos em princípio Euclides Castilhos e Ayres Jorge Kalil pelo artigo: Ética e pesquisa médica: princípios, diretrizes e regulamentações (2005). Bem como a resolução 466 de 2012 do Ministério da Saúde.

Temos a pretensão de que este estudo nos traz perspectivas que transcendem a mera constatação de um distanciamento das garantias legais e seus aspectos epistemológicos da prática real da atenção à saúde desses jovens. Mas ele traça possibilidades de ensino em saúde. De que forma? Sendo uma ferramenta que embasa possibilidades mais sólidas na intervenção da rede com estes usuários do SUS especificamente. Aqui temos subsídios para intervenções e entendimentos nas ações dentro de escolas, no sentido de democratizar as descobertas e da organização das informações. Mas principalmente como subsídio científico aos gestores e outros atores sociais no sentido da promoção de políticas públicas adequadas e efetivas no âmbito desta problemática.

Compreendendo a educação como uma prática intrínseca ao humano e assumindo esta como elemento de superação de limites pela provocação. Credo na lógica da liberdade como prática da educação, no sentido mais profundo possível, na liberdade da crítica, do confronto, como prática política em essência, assumo Antônio Gramsci como referencial teórico nesta articulação de ensino e saúde.

A compreensão crítica de si mesmo é obtida, portanto, através de uma luta de

“hegemonias” políticas, de direções contrastantes, primeiro no campo da ética, depois no da política, atingindo, finalmente, uma elaboração superior da própria concepção do real (GRAMSCI, 2004, p.103).

A proposta deu conta do processo de registrar a trajetória e o processo da atenção recebida por estes jovens dentro da rede de atenção à saúde para casos de jovens usuários de drogas em situação de vulnerabilidade. E de descobrir a grande parcela de demanda negligenciada e até invisibilizada pelo poder público, não da sociedade, pois a comunidade do município reconhece esta problemática, enxerga e vivencia (todos têm um familiar, um vizinho ou conhecido que sofre de drogadição).

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas no sentido de ouvir a respeito de suas sensações sobre as insuficiências e possibilidades da rede de atenção. As atuações dos profissionais do serviço público foram observadas, para constatar se a intervenção se dá no sentido de estabelecer articulações das ações, das diferentes unidades de atenção, bem como com outros serviços de acesso a políticas básicas como o esporte, lazer, educação e a convivência familiar e comunitária, promovendo a cidadania.

As falas dos atores envolvidos no processo como profissionais, gestores e usuários do serviço servem como elementos de reflexão e de construção das respostas. Leitura e registro de documentos como leis municipais, reportagens e a observação da presença ou não de materiais gráficos, impressos, utilização de comunicação virtual que tratassem do tema da atenção aos usuários foram trazidas de acordo com a relevância para o estudo. Bem como relatos de situações individuais de atendimento, dentro dos critérios legais de garantias do sigilo, que surgiram nessas falas. Estes documentos poderão ser utilizados respeitando a preservação da identidade e a rigidez de todos os critérios de garantia da ética na pesquisa.

Na condução de uma pesquisa médica, em que um ser humano é o sujeito da pesquisa, temos que atentar para todos estes conceitos éticos. Pragmaticamente, baseia-se em ter princípios para avaliação ética de um projeto, a saber: 1) consentimento do sujeito; 2) manutenção da privacidade das informações do sujeito; 3) aprovação pelos pares e pela comunidade. A aprovação pelos pares avalia a relevância da questão científica, a relação entre o benefício da informação que será obtida com a pesquisa e o risco do sujeito, e a qualidade científica da proposta para responder as questões levantadas. (CASTILHO; KALIL, 2005)

É através destes elementos que a comparação dos princípios estabelecidos nos documentos do SUS e suas diretrizes, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003), O Estatuto da

Juventude, Lei no 12.852/2013, o Sinasde³⁸ com os dados coletados e observados, os procedimentos, ações e concepções dos envolvidos e demais nuances constatadas que conseguimos estabelecer resultados do estudo.

³⁸ Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006.

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa intitulada: **“A REDE DE CUIDADOS À JOVENS EM SITUAÇÃO DE DROGADIÇÃO: QUAIS ABORDAGENS?** no município de Campo Bom - RS”. O tema escolhido se justifica pela importância da discussão sobre a rede de atenção à jovens em situação de drogadição e extrema vulnerabilidade social. Buscando identificar potencialidades e fragilidades deste contexto para o alcance dos princípios do cuidado no território preconizado pelo SUS.

O estudo terá como pesquisador principal o Prof. Dr. Paulo Peixoto de Albuquerque, Professor do Programa de Pós-Graduação de Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sendo orientador do mestrando do curso Ensino na Saúde e pesquisador assistente Válter Fernando Farias Lemos Júnior. Para alcançar os objetivos desta pesquisa, você será convidado(a) a participar de uma entrevista, com duração de aproximadamente trinta (30) minutos e que, se concordar, será gravada. A entrevista será sobre o seu entendimento acerca do tema do estudo, bem como sobre a contribuição do mesmo nas suas práticas profissionais. Seus dados de identificação e as informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais e será assegurado o sigilo sobre sua participação.

Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir de participar, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo ou constrangimento para você.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo pesquisador principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12).

Eu, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e concordo em participar da pesquisa. Declaro que também fui informado (a):

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.

- De que minha participação é voluntária e de que terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal.

Da garantia de que não serei identificado (a) quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para os objetivos do presente projeto de pesquisa.

De que não se identificam riscos relacionados à minha participação nesta pesquisa, a não ser algum eventual desconforto ou constrangimento ao responder as perguntas da entrevista.

De que os benefícios da minha participação estão relacionados ao melhor funcionamento do apoio em atenção e cuidado pela rede de políticas públicas, saúde mental e, conseqüentemente, à melhora das práticas no atendimento às pessoas com demandas de saúde relacionadas à drogadição.

Em qualquer etapa do estudo é possível esclarecer suas dúvidas sobre o projeto com o pesquisador assistente Válder Fernando Farias Lemos Junior, através do telefone (51) 998821376 ou através do e-mail: valternacao@gmail.com

Você também poderá entrar em contato, no caso de dúvidas quanto a questões éticas, com o **Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, pelo telefone (51) 3308- 3738, endereço Av. Paulo Gama, 110 – Sala 317, Prédio Anexo 1 da Reitoria, Campus Centro – Porto Alegre/RS. E-mail: etica@propesq.ufrgs.br, no horário de atendimento de segunda-feira à sexta-feira, das 8h30 às 12h e das 14h às 18h.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com o pesquisador.

Campo Bom, _____, de _____ de 2018.

Assinatura do Participante: _____

Nome:
RG / CPF.....

Assinatura do pesquisador assistente:

Nome: Válder Fernando Farias Lemos Júnior
CPF: 99476290072
Pedagogo
Mestrando do Programa PPGENSAU/FAMED/UFRGS