

**CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS
QUE ATENDEM ADOLESCENTES: INTERFACES
ENTRE SAÚDE MENTAL E DROGADIÇÃO***
*CHARACTERIZATION OF ADOLESCENTS ASSISTANCE SERVICES:
INTERFACE OF MENTAL HEALTH AND DRUG ADDICTION*

Nichollas Martins Areco e Camila Alessandra Matias
Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil

Rosalina Carvalho da Silva
Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto e Universidade de Franca, Franca, Brasil

Cristiane Paulin Simon
Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Brasil

RESUMO

A relação entre Estado e atendimento às demandas dos adolescentes sofreram mudanças históricas, tendo como importante marco a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Analisamos, com enfoque qualitativo, como os serviços de saúde mental e drogadição de um município do Estado de São Paulo compreendem a demanda dos adolescentes em situação de vulnerabilidade social. As cinco instituições participantes informaram, por meio de questionários, as características dos serviços oferecidos e sua aproximação com a população atendida. Identificamos a fragmentação entre as ações públicas, havendo ora sobreposição de serviços, ora ausência desses, além do distanciamento das necessidades dos adolescentes, o que impossibilita que essas ações ofereçam elementos para que esse público mantenha uma relação positiva frente aos elementos vulnerabilizantes.

Palavras-chave: serviços de saúde mental; adolescentes; drogadição.

ABSTRACT

The relationship between the State and the demands of the adolescents has historically changed, having as a landmark the establishment of “Child and Adolescent Statute” (ECA). We have analyzed under the scope of qualitative research how mental health services and drug addiction of a city of São Paulo State comprehended the demands of adolescents under social vulnerability. The five participating institutions in this study have reported through questionnaires the characteristics of their services and how they approach the population served. We identified the fragmentation of public actions, with either overlapping of services, sometimes their absence, besides the distance of the needs of adolescents, avoiding public action to raise elements capable of keeping a positive relationship between this public and the elements that turn them vulnerable.

Keywords: mental health services; adolescents; drug addiction.

Introdução

O Estatuto da Criança e do Adolescente: ECA

O desenvolvimento de legislações para a criança e o adolescente, no contexto nacional, acompanha a evolução dos debates internacionais. Partindo da Declaração de Genebra de 1924, passando pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, e por outros compromissos firmados mundialmente

(Organização das Nações Unidas [ONU], 1990), o reconhecimento da necessidade de atenção especial voltada às primeiras etapas da vida é consagrado com a *Convenção sobre os Direitos da Criança*, documento firmado na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1989, e ratificado pelo Brasil em 1990. Essa traz a concepção de que seus beneficiários são sujeitos de direitos e que as políticas públicas devem ser desenvolvidas visando ao seu desenvolvimento integral,

postura que modifica consideravelmente o ideal de proteção e cidadania dessas pessoas.

Essa nova perspectiva é absorvida de forma integral no contexto nacional, pois o ECA carrega em si todos os preceitos dos documentos internacionais. De acordo com Mello (1999) e o Ministério da Saúde (2005), é importante e significativo o avanço representado pelo ECA, havendo o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direitos e não mais como alvos da tutela da sociedade e do Estado.

O Estatuto é composto por dois livros, sendo que o livro I trata dos direitos fundamentais de todos os menores de 18 anos, como: saúde, família, educação, cultura, lazer, trabalho, entre outros. Já o livro II se volta às crianças e aos adolescentes em situação especial de risco que necessitem de políticas específicas de proteção e medidas socioeducativas. Nesses dois componentes fica marcada a necessidade de proteção ao desenvolvimento bem como o reconhecimento de potencialidades desse grupo populacional, sua autonomia e protagonismo.

Apesar de o ECA representar um avanço fundamental no plano legislativo, Mello (1999) aponta contradições entre o previsto e o praticado, pois há um hiato entre as disposições legais e as disposições do cotidiano vivido. Assim, podemos perceber que ainda há uma parte da população que se encontra à margem da atenção do Estado e da sociedade, se mantendo em condições de vulnerabilidade social.

A vulnerabilidade social

Esse termo inicialmente foi utilizado para designar situação de grande exposição a riscos, como catástrofes, doenças infectocontagiosas e situações nutricionais desfavoráveis (Sánchez & Bertolozzi, 2007). Da mesma forma, ele pode ser empregado para designar relações entre indivíduos, entre indivíduo e sociedade e mesmo entre grupos sociais.

Esse conceito "pede, portanto, diferentemente do conceito de exclusão, olhares para múltiplos planos, e, em particular, para estruturas sociais vulnerabilizantes ou condicionamentos de vulnerabilidades" (Castro & Abramovay, 2002, p.145).

Segundo Abramovay, Castro, Pinheiro, Lima, e Martinelli (2002), para a conformação da situação de vulnerabilidade, é preciso levar em conta: o controle ou posse de recursos materiais ou simbólicos para se desenvolver em sociedade, as estruturas de oportunidades dadas pela sociedade, Estado e mercado e, por fim, as estratégias usadas pelos indivíduos para lidar com as reestruturações sociais.

Desse modo, a configuração de vulnerabilidade social se daria quando os recursos materiais e simbólicos não fossem compatíveis, seja por insuficiência seja por dificuldade, com o sistema de oportunidades

oferecidas pelo contexto, gerando uma relação negativa entre oportunidade e recursos para transformação e aproveitamento das mesmas.

Castro e Abramovay (2002) e Traverso-Yépez e Pinheiro (2002) consideram que quanto mais escasso o acesso das pessoas e dos grupos sociais a recursos materiais e simbólicos de desenvolvimento, como atenção à saúde, educação de qualidade, recursos econômicos e trabalho, mais difícil se torna a aquisição e o aprimoramento de estratégias para lidar com as dificuldades colocadas pelos contextos, e aumenta a dificuldade do aproveitamento de possíveis oportunidades oferecidas pela sociedade, pelo mercado e pelo Estado. Desse modo, passam a vivenciar um círculo vicioso marcado pela tendência de prevalecer condições desfavoráveis para o cumprimento de sua cidadania, aumentando a desigualdade social, exclusão e manutenção de violência nas relações, tornando-os mais vulneráveis socialmente.

Assim, as ações do Estado e da sociedade civil deveriam propiciar condições para que os indivíduos e grupos que estivessem em situação de vulnerabilidade social tivessem oportunidade de estabelecer uma relação positiva com esses fatores e condições vulnerabilizantes, podendo superar obstáculos e promover o desenvolvimento.

O Estado e as políticas públicas

É possível compreender políticas públicas como o processo de elaborar um projeto político que oriente a coordenação de recursos humanos, técnicos e financeiros, visando a implementar e avaliar estratégias ou programas que atendam a demandas sociais, articulando o objetivo da ação com o modo como ela deve ser executada e levando em conta os diversos atores da sociedade e do Estado (Sposito & Carrano, 2003).

Cunha e Cunha (2003) apontam que as lutas pela abertura política e redemocratização do país se concretizaram na Constituição Nacional de 1988, redefinindo a intervenção pública e a participação das diversas instâncias da atenção social. Ocorre, então, a chance de transição do modelo meritocrático-particularista para um mais próximo do institucional-redistributivo, com caráter mais universalista e igualitário (Costa, 2003).

A responsabilidade pelos programas públicos passou a ser compartilhada pelo governo federal, estados e municípios, visando, então, a uma ação compatível com a diversidade de demandas da população. Caberia ao primeiro o planejamento das ações e aos outros a execução, com ênfase na municipalização da atenção a essa população, cabendo ainda um sistema oficial de cogestão com a sociedade civil.

Sobre a articulação de ações públicas para a população jovem, a Constituição Federal, no artigo 224, prevê que "A política de atendimento dos direitos

da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios” (ECA, 1990, p. 34). Todavia, para assegurar a pertinência dessas ações em relação às necessidades dessa população, são condições básicas o conhecimento e o reconhecimento da demanda de crianças e adolescentes com relação aos fatores que colaborem e protejam seu desenvolvimento, como saúde, educação, lazer, moradia, entre outros.

A demanda

Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005), ao debaterem sobre a demanda, ressaltam que essa deve ser construída por meio da interação dos profissionais que compõem os serviços e a população que se dirige a esses para obter auxílio no desenvolvimento de seus projetos de vida. Entretanto, geralmente os serviços e as instituições de saúde priorizam ações que atendam muito mais a protocolos de adesão e tratamento a determinadas enfermidades, sendo a “doença” a matéria e o fim absoluto de uma dada necessidade de cura, cabendo ao profissional identificar a emergência e atuar sobre ela.

Em contribuição a essa discussão, Spink (2007) assevera que, em uma perspectiva discursiva, “a demanda é uma mescla de direitos, necessidades e desejos, que assumem conotações distintas, de acordo com o processo específico de interanimação dialógica” (p.27). E que são contextualizadas pelas diferentes posições que as pessoas presentes assumem.

Vale notar que, buscando reconhecer as demandas e construir políticas públicas voltadas para população de até 18 anos, o governo federal ainda prioriza questões relacionadas com o controle de doenças sexualmente transmissíveis, saúde reprodutiva, redução de mortalidade por acidentes e violência, controle do tabagismo e alcoolismo (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA], 2008). Isso evidencia ainda a supremacia da necessidade de controlar fatores que ofereçam “risco” ao desenvolvimento vital do jovem, negligenciando a necessidade de olhar para elementos vulnerabilizantes e o protagonismo da pessoa para superá-los.

Um dos elementos vulnerabilizantes é o uso e abuso de substâncias. A respeito desse tema, o V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio da rede pública de ensino apresentou dados sobre o uso de drogas entre os adolescentes de 12 a 17 anos em 52 cidades com mais de 200 mil habitantes da região Sudeste do Brasil. Constatou-se que, de uma população de 9,7% de adolescentes, 60,8% fizeram uso de álcool na vida, sendo que 10% dos jovens que já consumiram bebidas alcoólicas tornaram-se dependentes (Galduróz, Noto, Fonseca, & Carlini, 2004).

Com relação ao tabaco, 15,3% dos jovens fizeram o uso na vida, e os que se tornaram dependentes representam 3,3% dessa população. O uso da maconha é presente em 5,1% dos adolescentes, o de cocaína foi relatado por 0,4 % das pessoas e a utilização de solventes atinge 3,8% dessa população. No caso dos estimulantes, cerca de 1,6% dos adolescentes faz uso na vida, sendo mais usado por mulheres. Ainda de acordo com o estudo, estima-se que cerca de 680 mil pessoas já tenham recebido algum tratamento pelo uso de drogas. Entretanto, não há relato de tratamento entre os adolescentes de 12 a 17 anos (Galduróz et al., 2004).

No município em questão, um estudo realizado na década de 1990 corroborou os dados das pesquisas da década de 1980 em âmbito nacional. De acordo com Muza, Bettiol, Muccillo e Barbieri (1997), a droga mais utilizada por jovens em idade escolar é o álcool (88,9%), seguida do tabaco (37,7%), solventes (31,1%), medicamentos (10,5%), maconha (6,8%), cocaína (2,7%), alucinógenos (1,6%) e substância opiácea (0,3%). Ainda segundo os autores, o uso de álcool é maior na cidade de estudo do que em outras cidades e países do mundo, como Paris, Estados Unidos, México e até do próprio Brasil.

Considerando que ao município tem sido delegada a operacionalização das políticas públicas, bem como a definição de suas prioridades, respeitando o princípio da equidade, e que o ECA prioriza as medidas de proteção ou atenção especiais que garantam o pleno desenvolvimento dos adolescentes, faz-se necessário conhecer como os serviços e programas têm se organizado para atender às necessidades especiais de saúde que demandam tratamento à drogadição e saúde mental. Para tanto, propusemos, neste estudo, caracterizar esses serviços em um município do interior do Estado de São Paulo e compreender, a partir da perspectiva dos próprios serviços, como esses se organizam e estruturam para o atendimento a esse tipo de demanda.

Método

Para a realização deste estudo, adotamos a metodologia qualitativa com enfoque compreensivista e interpretativista que tem como fundadores Wilhem Dilthey (1833-1911) e Max Weber (1864-1920). Para os autores, é impossível que o pesquisador mantenha neutralidade frente à realidade observada, tampouco produza leis de funcionamento geral no campo social. Segundo Goldenberg (1997, p.18), Dilthey defendia que “os fatos sociais não são suscetíveis de quantificação, já que cada um deles tem sentido próprio, diferente dos demais, e isso torna necessário que cada caso concreto seja compreendido em sua singularidade”.

Na perspectiva das *abordagens compreensivas*, as relações e ações ganham um papel central, já que a

realidade é criada por meio da atuação social do indivíduo, guardando em si intencionalidade e significação (Minayo, 2001). Nesse ponto de vista, o pesquisador também está implicado no próprio objeto de pesquisa, e, ao tentar compreender valores, crenças, motivações e sentimentos humanos, deve estar inserido em um contexto de significado.

Aproximação com o campo de estudo

Os Programas participantes deste estudo prestam atenção à saúde de adolescentes de uma cidade do interior do Estado de São Paulo que está localizada na região nordeste, contando com uma população estimada de aproximadamente 550.000 habitantes, em que aproximadamente 36% se enquadram na faixa etária que compreende dos 10 aos 29 anos (Secretaria de Economia e Planejamento do estado de São Paulo [SEADE], s.d.).

Esse município apresenta grau de urbanização de 99,67% com serviços básicos de saneamento e infraestrutura em porcentagem acima da média estadual. Também apresenta índices que apontam importante desenvolvimento relativo à escolaridade e educação, bem como serviços públicos de saúde. Suas principais atividades econômicas são a agricultura sucroalcooleira, a agroindústria, a prestação de serviços e as atividades ligadas ao Ensino Superior e pesquisa (SEADE, s.d.).

Nesse contexto, no período de 2004 a 2006, realizamos mapeamento buscando identificar os Programas/Instituições/Serviços que promovessem medidas de proteção ou atenção especiais que pudessem garantir o pleno desenvolvimento do jovem. Mais especificamente, aqueles que tivessem como objetivos o cumprimento do Art.101, do ECA, destinando-se aos atendimentos de necessidades especiais de saúde que demandem tratamento à drogadição e saúde mental.

Para efeito, entenderemos como jovem e/ou adolescente toda pessoa com idade compreendida entre 12 e 18 anos, conforme previsto pelo Art. 2º do ECA.

Após essa etapa, buscamos entrar em contato telefônico com esses Programas, explicitando os objetivos deste estudo. Cada serviço indicou, então, um colaborador de seu corpo de funcionários para ser o informante-chave, ou seja, o porta-voz do serviço que pudesse receber a equipe de pesquisa e participar da construção das informações.

Para essa construção, foi solicitado que os participantes respondessem a um questionário que buscava desvelar o funcionamento do serviço, buscando compreender: os objetivos do programa, metodologia de trabalho, características da equipe profissional contratada, população atendida, modalidade de demanda e rotina de atendimento. Baseados no olhar compreensivista-

interpretativista, buscamos ler e compreender como os serviços entendem as demandas dessa população e, a partir dessas concepções, como buscam atendê-la.

Vale ressaltar que este estudo está inserido no projeto denominado: "Subsídios para a Implantação da Rede de Atenção Integral ao Adolescente", seguindo todos os procedimentos éticos recomendáveis, recebendo parecer favorável do Comitê de Ética da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade São Paulo (processo número 173/2004). Também recebeu autorização da Secretaria Municipal de Saúde, mediante documento escrito, autorizando a participação dos responsáveis pelos serviços públicos.

Resultados e Discussão

Dentro da atuação na área da saúde mental e drogadição previamente delimitada, mapeamos 12 Instituições/Programas/Serviços, das quais oito (8) são de caráter jurídico-social governamental e quatro (4) não governamental. Aceitaram participar da pesquisa duas (2) das instituições governamentais e três (3) não governamentais, sendo que as demais se recusaram a participar deste estudo ou não responderam aos contatos realizados. Vale ressaltar que, no âmbito dos serviços governamentais, uma instituição é responsável por dois programas de atendimentos diferenciados.

Caracterização das instituições participantes

A partir da Tabela 1, podemos identificar que apenas uma das instituições foi criada na década de 1930, antes da promulgação do ECA, e as outras cinco em período posterior à criação da legislação, na década de 1990. Esse aspecto abre caminho para o questionamento do papel da criação dos dispositivos legais e do reconhecimento de demandas dos jovens e adolescentes.

Santos e Merhy (2006) auxiliam nessa discussão quando definem o que seria o papel da regulação e da regulamentação nas ações públicas de assistência à saúde. O primeiro conceito se caracteriza pelo reconhecimento de uma intencionalidade que atuaria de forma a orientar a prestação de serviços visando a uma demanda, criando dispositivos que definam e rejam políticas públicas de atenção, articulando e operacionalizando estratégias, podendo tender ao dinamismo das demandas. Já a regulamentação se refere ao estabelecimento de regras à intencionalidade da ação de regular.

Dessa forma é possível afirmar que a promulgação do Estatuto gerou uma ação regulatória em relação às práticas de atenção e medidas especiais aos adolescentes que convivem em maior vulnerabilidade social, dando início a um momento de fertilidade na criação de

instituições que atendessem a essa demanda ainda não prevista pelo Estado. Entretanto, o fato de que a maioria das instituições iniciou suas atividades após a regulação/regulamentação de assistência a essa demanda nos leva

a questionar se a criação dessas estratégias de atenção foi fundada em virtude do atendimento dos jovens ou por razão da existência da prerrogativa legal que exigia a criação desses serviços.

Tabela 1
Caracterização das instituições participantes segundo ano de início das atividades, ações e área de atuação

Instituição	Ano de início das atividades	Caracterização de Programas e Serviços	Área(s) de atuação
Instituição 1	1935	Ações de recuperação de alcoólicos por meio de troca de experiências, procurando manter a sobriedade destes.	Recuperação de alcoólicos por meio de troca de experiências
Instituição 2	1999	- Tratamento por meio de internação para recuperação de dependentes químicos e não químicos; - serviço de triagem para internação; - atividades de apoio para aqueles indivíduos que saíram da internação visando a sua inserção no cotidiano normal e na sociedade	Medida de assistência à saúde
Instituição 3	1996	- Atendimento multidisciplinar a farmacodependentes oferecido durante o dia, sem lançar mão de estratégias de internação e atendimento ambulatorial, visando à não institucionalização integral do adolescente.	Medida de assistência à saúde
Instituição 4	1996	- Serviço de assistência em nível ambulatorial na área de saúde mental para adolescentes e adulto; - atividade de orientação de pais e familiares que convivem com os jovens -----	Medida de assistência à saúde
	1999	- programa de treinamento de profissionais na área da saúde, assistência e prevenção quanto ao desenvolvimento de estratégias	
Instituição 5	1990	-Serviço de atenção psicológica e psiquiátrica a crianças e adolescentes com transtornos mentais não relacionados ao uso de substâncias químicas na rede de atenção básica à saúde.	Medida de assistência à saúde

Para esclarecer e aprofundar esse questionamento, se faz importante conhecer os objetivos institucionais de cada Programa que se propõe a atender esta população.

Das cinco instituições e seis serviços participantes, apenas a Instituição 1 volta-se exclusivamente ao atendimento do público alcoolista, atuando por meio de estratégias de troca de experiências e apoio mútuo entre participantes e/ou familiares visando à recuperação e à estabilização de quadro de não ingesta de bebida alcoólica.

As outras quatro instituições voltam-se ao atendimento global, visando não só à recuperação da dependência de substâncias químicas, mas também que a atenção na área de saúde mental seja por internação, semi-internação e/ou apoio ambulatorial.

Na Instituição 4, temos a presença de um serviço de atendimento ambulatorial e um programa que

prioriza o desenvolvimento de estratégias e ações para a prevenção e atenção aos problemas causados pelo consumo de drogas e álcool, elaborando técnicas diagnósticas e de intervenção, além da capacitação de profissionais para atuar nessa área.

Fica evidente, então, que os Programas participantes deste estudo cumprem com diversos aspectos e dimensões da atenção a jovens que sejam alvo de medidas específicas de proteção.

Vale complementar que, por meio dos informantes-chave, foi possível identificar a natureza jurídico-social das instituições, sendo que as Instituições 1 e 2 são de caráter não governamental laica, e a Instituição 3 é não governamental religiosa, prestadora de serviço para o município. Já as outras têm caráter governamental, sendo que a Instituição 4 é estadual, e a Instituição 5, municipal.

Os recursos financeiros que mantêm as instituições são majoritariamente públicos, sendo que somente a Instituição 1 não recebe verba pública e se mantém com as contribuições voluntárias dos seus membros. As Instituições 2 e 3 recebem verbas municipais e doações, sendo que a última também recebe verbas do Sistema Único de Saúde (SUS), e a outra recebe contribuições de empresas, voluntários e familiares. Os outros dois programas recebem verbas estaduais, sendo que a Instituição 5 também recebe verba do SUS.

A iniciativa privada assume papel de complementar as ações do Estado na área da saúde, mas paradoxalmente o financiamento dos diversos serviços é de origem pública. Detecta-se a replicação de um modelo largamente praticado no contexto da saúde pública brasileira também na área de atenção à drogadição e saúde mental, havendo a compra estatal dos serviços prestados por seguimentos particulares que passam a substituir em alguns casos a própria atuação dos órgãos oficiais. Nesse ponto reside o desafio de estabelecer contratos de parceria público-privada dentro das normas estabelecidas pela legislação vigente, além de levar em conta o desenvolvimento da atenção do SUS e somente estabelecer esses contratos quando a demanda exigir serviços diferenciados dos oferecidos (Matos & Pompeu, 2003).

Campos (2008) aponta para a falência das políticas públicas para gestão e orientação dos serviços ao ressaltar que, no ano de 2007, o financiamento privado no setor da saúde superou o investimento realizado pelo próprio Estado, vindo a corroborar com o diagnóstico de ineficácia governamental no tocante à assistência integral, além do desmonte paulatino e brando das estruturas que garantiriam os direitos dos cidadãos.

Ampliando a discussão, Amadigi, Albuquerque, Gonçalves e Erdmann (2007) afirmam que a concepção de Estado mínimo leva à fragilização das ações públicas, seja de foco regulatório, seja no oferecimento de serviços essenciais. Isso gera um ciclo vicioso, pois quanto mais enfraquecidas as ações estatais, menos elas conseguem oferecer atendimento de forma integral às necessidades da população, gerando dependência crônica das ações da iniciativa privada e diminuição de alcance dos serviços públicos. Essa situação só seria revertida se houvesse a construção de um projeto nacional de desenvolvimento socioeconômico, criando modelos mais eficientes de ação do Estado e favorecendo o acesso da população a determinadas condições para lidar com os fatores vulnerabilizantes.

Caracterização da população atendida pelas instituições

As instituições participantes, segundo relatos dos informantes-chave, atendem não apenas adolescentes, mas também crianças, adultos e idosos. Apenas dois dos

serviços dedicam-se somente a crianças e adolescentes: a Instituição 4 atende apenas adolescentes de 12 anos e seis meses a 19 anos e a Instituição 5 atende de zero a dezoito anos.

Em relação ao atendimento de adolescentes segundo os gêneros, as instituições não apresentaram esse dado por não registrarem esse tipo de informação.

Quando questionados sobre o grau de instrução dos adolescentes quando ingressaram no serviço, o representante da Instituição 1 e da Instituição 5 informaram que não realizam esse tipo de registro. O representante da Instituição 2, apesar de não ter informado o número de adolescentes que frequentavam a escola, relatou que há uma estimativa de que 30% ou 40% entram na instituição cursando o Ensino Fundamental, 10% são analfabetos, 30% ou 40% cursam o Ensino Médio e 10% apresentam nível universitário. O representante da Instituição 3 informou que trinta e cinco (35) adolescentes, quando entraram na instituição, tinham o Ensino Fundamental completo ou incompleto e treze (13) adolescentes tinham o Ensino Médio completo ou incompleto. Diante desses dados, constatamos que a maior parte dos adolescentes tem escolaridade equivalente ao Ensino Fundamental quando chegam aos diversos serviços.

Em relação à questão sobre qual a renda média da população atendida pela instituição representada, apenas a Instituição 2 informou que a maioria dos usuários do serviço é de origem da classe média baixa. Já as outras instituições referiram não apresentar essa informação.

Os representantes de cada serviço foram questionados sobre a situação ocupacional dos adolescentes, procurando verificar se em geral os adolescentes que frequentavam os serviços continuavam os estudos e/ou trabalhavam.

A Instituição 1 e a Instituição 5 não apresentam registro dessas informações. A Instituição 4 informou que a maioria dos adolescentes só estuda. A Instituição 2 relatou que grande parte dos adolescentes estuda, enquanto a outra parcela ou exerce alguma atividade ou está desempregada. O representante da Instituição 3 informou que 22 adolescentes estudavam, cinco trabalhavam e 21 estavam desempregados.

Em uma reflexão sobre a disposição das características da população percebidas pelos programas, é indelével a ausência de informações mínimas sobre esse público, sendo então serviços voltados para pessoas sem rosto. É necessário conhecer os adolescentes para os quais os serviços se destinam, para então estruturar uma prática efetiva e que atinja as necessidades e anseios desses jovens (Ministério da Saúde, 2005). Dessa forma, é possível assegurar que esse serviço encontre ressonância na demanda realmente existente entre as pessoas dessa faixa etária.

Nas considerações de Traverso-Yépez & Morais (2004), o processo da prática de atenção em saúde deve levar em consideração a complexidade do fenômeno do sujeito atendido, não se caracterizando apenas como um “sujeito estatístico”, mas como alguém dotado de dimensões culturais, econômicas e políticas. No caso dos jovens que enfrentam situação de relação desfavorável frente aos agentes vulnerabilizantes, os programas devem valorizá-los como cidadãos e, por isso mesmo, ao conhecê-los, passa-se a compreender quais são as condições vulnerabilizantes atuantes, trabalhando para dar elementos para que cada indivíduo passe a positivar, dentro do possível, sua relação com esses condicionantes.

Vale ressaltar, ainda, o esforço trazido por Ayres (2002) no tocante à percepção epidemiológica, contribuindo para a organização das ações em saúde, quando o autor se refere que o patológico de alguma forma aponta para outros modos que a vida pode se organizar. Seguindo esta analogia, pelo conhecimento mais apurado das características da população beneficiária dos serviços, é possível reconhecer que aspectos estão colaborando para a maior fragilidade dessa, podendo chegar a possíveis elementos que geram a vulnerabilidade, investindo no desenvolvimento dos recursos dos adolescentes e viabilizando que possam modificar esta relação.

Os informantes indicados pelos programas foram questionados também sobre a região ou bairro de procedência da população. O representante da Instituição 2 informou que não há registro, porém o serviço atende a todos os bairros, e a Instituição 3 informou que os dados que o serviço tem correspondem à distribuição por distritos. Os outros serviços não apresentam o registro dessas informações ou não informaram.

Atendimento à demanda

Os representantes foram questionados sobre o público-alvo atendido pelos serviços e os critérios para o encaminhamento a outros programas ou modalidades interventivas.

Quanto aos critérios para aceitação do adolescente na instituição, apenas a Instituição 1 não apresenta um protocolo. Todas as outras instituições apresentam critérios estabelecidos pelo próprio serviço. A Instituição 2 e a 3 apoiam-se no interesse do adolescente querer participar da assistência. Além desse critério, a Instituição 2 solicita que o indivíduo faça exames médicos, frequente serviço de apoio a toxicômanos e que sua família participe de grupo de suporte. A Instituição 4 só atende a casos que se enquadrem no nível de atenção terciária, e a Instituição 5 atende adolescentes com dificuldade no desenvolvimento psicológico e comorbidades, além de transtornos emocionais e de comportamento.

Com relação ao uso de drogas, apenas a Instituição 5 não atende a essa demanda, sendo os jovens en-

caminhados para a Instituição 3, que é especificamente dedicada a esse tipo de atenção.

No tocante ao atendimento de pessoas com deficiências físicas e/ou mentais, o representante da Instituição 2 informou que não apresenta estrutura favorável para realizar assistência a portadores de deficiências em geral. A Instituição 3 e a 4 atendem pessoas que convivem com deficiências físicas e mentais. Já a Instituição 5 atende deficientes físicos e pacientes que apresentam deficiências mais profundas.

Por fim, os entrevistados foram questionados a respeito da possibilidade de atendimentos a adolescentes que estivessem com a vida ameaçada, e nenhum dos serviços apresenta essa possibilidade. Constatamos a falta desse tipo de serviço em um município com um grande número de jovens em conflito com a lei.

Estrutura, organização e capacidade de atendimento das instituições participantes

Os informantes-chave foram questionados sobre a estrutura física da instituição, como se organizam para atender à demanda, a área de abrangência da mesma, os recursos financeiros e humanos de que dispõem e as parcerias que estabelecem com outros serviços.

No tocante à área de abrangência, a Instituição 1 atende ao município e a sua região, necessitando de estrutura física que comporte suas reuniões periódicas. Não foram fornecidos dados sobre o número de atendimentos efetuados por mês. Ocorre, também, a diferenciação desse serviço em relação aos outros, pois conta com o revezamento de membros colaboradores para coordenar suas atividades, não apresentando nenhum profissional contratado, já que se trata de um grupo de autoajuda. Segundo relato do seu informante, essa instituição estabelece cooperação com serviços de tratamento, apoio e recuperação de dependentes químicos, não julgando necessários outros tipos de vínculos.

Já o informante da Instituição 2 relata que os serviços oferecidos por essa instituição têm abrangência nacional e considera a estrutura física adequada. Ela se localiza na área rural, sendo composta por área para cultivo de horta e criação de animais, além de acomodações, como quartos, banheiros e cozinhas, área de recreação e salas de computação e atendimento. O serviço tem equipe responsável pela coordenação e monitoramento da triagem e pela área rural das instalações, sendo que todos os outros serviços oferecidos às pessoas que estão internadas e a estrutura da fazenda são realizados por voluntários. Julgam não necessitar de equipe profissional diversificada, já que contam com ex-usuários do serviço. Esse serviço estabelece cooperação com empresas, além de grupos de apoio para toxicômanos.

A Instituição 3 é localizada em região urbana periférica do município, mantendo estrutura física

capacitada para a realização de grupos dos profissionais e de usuários, salas para diversas modalidades de atendimentos e área de recreação, julgando, então, adequado o ambiente. Apresenta equipe multidisciplinar composta por profissionais de diversas áreas (assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, médico, enfermeiros, educador físico e corpo administrativo). O representante desse serviço relatou que o número médio mensal de adolescentes atendidos é de quatro pessoas, mas que apresenta por mês 215 vagas em diversas modalidades de atenção. Estabelece cooperação por meio de referência-contrarreferência com serviços da cidade, entretanto, sente necessidade de novas alianças com outras instituições de assistência à saúde.

O informante da Instituição 4 refere que esse serviço, localizado na região oeste da cidade, atende ao município e a sua região. Ambientado em um hospital geral, relata não ter estrutura adequada para prestação de serviço ao público, necessitando de salas e condições mais adequadas. Conta com equipe mínima de saúde mental (psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistente social), além de estagiários em fase de graduação e já graduados, mas insuficiente frente à demanda. Mantém parceria com Universidade, ONGs e serviços públicos de saúde, porém avalia ser necessário ampliar esses vínculos.

Segundo relato do informante da Instituição 5, essa atende à população do município, tendo capacidade para 600 atendimentos por mês e, no momento deste estudo, estava no limite de sua capacidade. O serviço oferecido faz parte da rede de atendimento básico à saúde, necessitando de melhores instalações para seu funcionamento – salas para atendimento individual e em grupo, além de melhores condições técnicas. A equipe do serviço é formada por psicólogos e psiquiatras em número consideravelmente baixo para o atendimento de toda a demanda, sendo importante, então, a expansão da equipe. O serviço tem vínculo com a Secretaria Municipal da Educação, bem como ONGs.

Com relação aos diversos aspectos apresentados sobre as instituições, pode-se dizer que elas são de estruturação diversificada, obedecendo a uma estruturação própria, havendo então particularidades que as distanciam e aproximam de si e da própria população.

O primeiro ponto a ser discutido é que somente as Instituições 4 e 5 atendem exclusivamente ao público ao qual o ECA visa, gerando então uma situação em que poucos serviços de fato tenham um olhar mais aproximado da realidade e anseios dos adolescentes, sobretudo daqueles que convivem em situação de maior vulnerabilidade social. A ausência de cooperação com outras instâncias do Poder Público, bem como a aproximação dos programas que prestam algum tipo de serviço aos jovens, gera uma condição vulnerabilizante

intrínseca ao próprio processo do cuidar, tendo em vista a ausência de uma rede de fato constituída voltada para os direitos e saúde desses adolescentes.

Constatamos, neste estudo, que a realidade dos serviços na área de saúde mental e drogadição para os adolescentes se constitui em ações isoladas e compartimentadas por parte de programas e serviços gerais de saúde, desligados de uma articulação do projeto público de proteção e desenvolvimento dessa faixa populacional. Nas palavras de Gomes e Pinheiro (2005), a integralidade na atenção também é constituída pela articulação de diversas ações, de forma a se configurar como atuações responsivas a problemas de uma população específica, sendo uma forma de atuar democrática e baseada na responsabilidade.

Outro aspecto que emerge da comparação dos diversos programas é a disparidade em relação à estrutura física e humana dos diversos programas. Essa disparidade é remissível ao conceito de equidade que, na definição de Amaral (1997), se caracteriza pela "igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde" (p. 293), sendo uma das bases da estruturação das diretrizes da saúde coletiva no Brasil. É possível avaliar que cada instituição conta com um diferente nível de organização, havendo recursos ora disponíveis de maneira adequada ou o mais próximo disso, ora disponível de maneira insuficiente.

Esse quadro fica mais completo quando se lança um olhar sobre o número de atendimentos potenciais que cada Programa/Instituição/Serviço pode oferecer e quantos de fato são realizados.

A Instituição 3 efetua quatro atendimentos enquanto tem capacidade de 215 vagas para esse tipo de atenção. O informante do serviço justifica esta situação referindo que os adolescentes não chegam até o serviço e compreende que há demanda reprimida. Entretanto, essa situação é inversa em relação à Instituição 5, que hoje opera em seu nível máximo, contando com 600 atendimentos e fila de espera com mais de 500 pessoas.

Ferrari, Thomson e Melchior (2006) questionam a questão da baixa adesão por parte dos jovens aos serviços a eles oferecidos, colocando em dúvida se o ponto nevrálgico se encontra na baixa procura por parte desses ou se ocorre uma oferta diminuta e não sincronizada com as demandas dessa população, sendo que esses fatores são constituintes de uma mesma questão, já que ambos estão ligados ao modo como os serviços são oferecidos.

Fatores como acessibilidade e territorialização podem também contribuir para esta relação de afastamento ou superpopulação dos serviços, já que o que se encontra subaproveitado hoje é localizado em uma região de difícil acesso do município, e o outro serviço mais abrangente se organiza por meio de instalações físicas

em diversos bairros, havendo maior proximidade dos recursos de assistência e da população interessada.

Em contraposição, a Instituição 3 conta com boa estrutura física e equipe de trabalho em número compatível com a demanda atendida, o que não é identificado na Instituição 5, segundo relato do informante.

A mesma antítese pode ser traçada para a Instituição 2, que conta com bom suporte físico e corpo funcional compatível com o serviço prestado, enquanto a Instituição 4 tem corpo funcional abaixo do necessário para oferecer atendimento à população, além de estrutura física deficitária para a realização de seus trabalhos junto à comunidade, contando também com demanda reprimida em fila de espera.

Avaliação dos serviços

Considerando a avaliação de serviços como fundamental na estruturação e reestruturação dos mesmos para atendimento à demanda, questionamos aos informantes-chave sobre a realização desse procedimento.

Em geral, as instituições realizam avaliação apenas quantitativa não sistematizada e equiparada a discussões de casos, em que apenas os profissionais que atendem aos casos participam, sendo que os usuários não são ouvidos.

Questionados se consideravam que as pessoas ouvidas eram suficientes, somente a Instituição 2 respondeu, relatando que não considerava insuficiente o número de pessoas que eram ouvidas.

Sobre indicadores qualitativos e quantitativos de avaliação, nenhum dos programas relata ter critérios de qualidade de atendimento, e os apontadores quantitativos se baseiam no número de atendimentos realizados, na proporção de recuperação e na fila de espera.

Questiona-se, então, como é possível estruturar ações para o público que necessite de medidas especiais de proteção sem ouvir seus anseios, desejos e necessidades, focando a construção da demanda nos profissionais. Levando em conta que o ideal no campo saúde coletiva é a construção das ações dos serviços a partir das necessidades da população (Fernandes & Scarcelli, 2005), seria necessário desenvolver condições para que os adolescentes tivessem voz, por meio de uma abordagem participativa dos programas, influenciando, então, na execução e estruturação dos mesmos (Bursztyn & Ribeiro, 2005).

Chaves Jr. (1999) propõe que as políticas públicas para os jovens deveriam compreender as diversas dimensões dos problemas e anseios dos adolescentes, construindo de forma articulada e descentralizada a cidadania e o protagonismo dos mesmos. Assim seria mais viável àquele que passa por uma situação vulnerabilizante constituir seu projeto de vida dentro da

instituição, sendo por ele construído e havendo uma relação de troca e fortalecimento.

Considerações finais

A partir desse olhar sobre como um município do interior do Estado de São Paulo atende à demanda de jovens na área da drogadição e saúde mental, foi possível identificar a ausência da atenção integral de forma articulada, assim como está proposto no ECA. Como consequência, na maioria das instituições, suas propostas e atendimentos oferecidos são comprometidos pela inconstância, pela quase ausência de planejamento das ações que se encontram fragmentadas, havendo ora sobreposição de determinados serviços, ora ausência de outros.

Outro ponto relevante é o distanciamento dos Programas e Serviços do público-alvo, não havendo sequer o conhecimento de características básicas dos usuários, como gênero, idade, nem de suas demandas, o que impossibilita a criação de elementos sustentáveis que auxiliem os adolescentes em situação de maior vulnerabilidade social criar relação positiva com os elementos vulnerabilizantes.

A ausência desse olhar mais próximo cristaliza as ações muito mais nas demandas sociais e do Estado, como na criação de programas de saúde com a perspectiva reprodutiva, não lançando olhares para as necessidades prementes dos adolescentes, encontrando-se, então, à margem da atenção das ações públicas e reforçando as situações de vulnerabilidade. Muitas vezes, os programas implementados pelo setor governamental respondem mais ao “modismo” do que à demanda do público-alvo, não havendo o estabelecimento de metas e prioridades para os adolescentes que vivem na cidade, em situação de maior vulnerabilidade social.

Nesse sentido, é necessário incentivar que as Instituições/Programas/Ações passem a conferir *status* de cidadania aos adolescentes, permitindo que eles avaliem as estratégias usadas e ofereçam mais subsídios para que a equipe profissional colabore com a mudança de relações negativas frente aos aspectos fragilizantes do público atendido, se tornando mais resolutiva e relevante na assistência, abrindo espaço para novas formas de articular ações e estabelecer programas que estejam mais perto de suas demandas e realidades.

Nota

- * Este estudo é parte do projeto de pesquisa *Subsídios para a implantação da rede de atenção integral ao adolescente*, financiado pela FAPESP, processo nº 03/06392-6.

Referências

- Abramovay, M., Castro, G. M., Pinheiro, L. C., Lima, F. S., & Martinelli, C. C. (2002). *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura.
- Amadigi, F. R., Albuquerque, G. L., Gonçalves, E. R., & Erdmann, A. L. (2007). A relação público-privado na saúde brasileira: refletindo eticamente sobre os impasses e tendências para o SUS. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6(4), 508-513.
- Amaral, M. A. (1997). Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Revista de Saúde Pública*, 31(3), 288-295.
- Ayres, J. R. C. M. (2002). Epidemiologia, promoção da saúde, e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5(1), 28-42.
- Bursztyn, I. & Ribeiro, J. M. (2005). Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 404-416.
- Campos, G. V. S. (2008). Como reinventar a gestão e o funcionamento dos sistemas públicos e organizações estatais? *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup. 2), 2019-2028.
- Castro, M. G. & Abramovay, M. (2002). Jovens em situação de pobreza, vulnerabilidades sociais e violências. *Cadernos de Pesquisa*, 116, 143-173.
- Chaves Jr., E. O. (1999). Políticas de Juventude: evolução histórica e definição. In N. Schor, M. S. F. T. Mota, & V. C. Branco (Orgs.), *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento* (pp. 41- 48). Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.
- Costa, B. L. D. (2003). As mudanças na agenda das políticas públicas sociais no Brasil e os desafios da inovação. In H. Carvalho, F. Salles, M. Guimarães (Orgs.), *Políticas públicas* (pp. 27-56). Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Cunha, E. P. & Cunha, E. S. M. (2003). Políticas públicas sociais. Da situação irregular à proteção integral. In H. Carvalho, F. Salles, & M. Guimarães (Orgs.), *Políticas Públicas* (pp. 11-25). Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Estatuto da criança e do adolescente*. (1990). São Paulo: Ed. Ícone.
- Fernandes, M. I. A. & Scarcelli, I. R. (2005). Psicologia e políticas públicas de saúde: da construção de modelos à implementação de práticas. In P. Amarante (Org.), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial II* (pp. 67-90). Rio de Janeiro: Editora Nau.
- Ferrari, R. A. P., Thomson, Z., & Melchior, R. (2006). Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 1491-2495.
- Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., Fonseca, A. M., & Carlini, E. A. (2004). *V Levantamento Nacional sobre consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino*. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. São Paulo: Unifesp.
- Goldenberg, M. (1997). *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Editora Record.
- Gomes, M. C. P. A. & Pinheiro, R. (2005). Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface*, 9(17), 207-301.
- Gomes, R. S., Pinheiro, R., & Guizardi, F. L. (2005). A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Construção social da demanda*. (pp. 105-116). Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. (2008). *Políticas sociais: acompanhamento e análise nº15*. Brasília, DF: Autor.
- Matos, C. A. & Pompeu, J. C. (2003). Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2), 629-643.
- Mello, S. L. (1999). Estatuto da criança e do adolescente: é possível torná-lo uma realidade psicológica? *Psicologia USP*, 10(2), 139-151.
- Minayo, M. C. S. (2001). Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 7-19.
- Ministério da Saúde. (2005). *Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde.
- Muza, G. M., Bettiol, H., Muccillo, G., & Barbieri, M. A. (1997). Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil): prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Revista de Saúde Pública*, 31(2), 163-170.
- Organização das Nações Unidas. (1990). *A convenção sobre os direitos das crianças*. Acesso em 16 de setembro, 2007, em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Sánchez, A. I. M. & Bertolozzi, M. R. (2007). Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 319-324.
- Santos, F. P. & Merhy, E. E. (2006). A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(18), 25 - 41.
- Secretaria de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo (SEADE). Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. (s.d.). *Perfil municipal de Ribeirão Preto*. Acesso em 05 de agosto, 2007, em <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>
- Spink, M. J. (2007). Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. *Saúde e Sociedade*, 16(1), 18-27.
- Sposito, M. P. & Carrano, P. C. R. (2003). Juventude e políticas públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, 24(1), 16-39.
- Traverso-Yépez, M. & Morais, N. A. (2004). Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 80-88.
- Traverso-Yépez, M. & Pinheiro, V. S. (2002). Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia & Sociedade*, 14(2), 133-147.

Recebido em: 04 03 2009

Revisão em: 19 04 2010

Aceite final em: 10 08 2010

Nichollas Martins Areco é Psicólogo, mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, Brasil.

Camila Alessandra Matias é Psicóloga, mestre em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, Brasil.

Rosalina Carvalho da Silva é Psicóloga, mestre e doutora pela Universidade de São Paulo, Professora Doutora da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP e da Universidade de Franca (UNIFRAN), Brasil.

Cristiane Paulin Simon é Psicóloga, mestre e doutora pela Universidade de São Paulo, Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal

do Triângulo Mineiro. Endereço: Av. Getúlio Guaritá, 130. Uberaba/MG, Brasil. CEP 38025-440. Email: crispaulin@yahoo.com

Como citar:

Areco, N. M., Matias, C. A., Silva, R. C., & Simon, C. P. (2001). Caracterização dos serviços que atendem adolescentes: interfaces entre saúde mental e drogadição. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 103-113.