

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE PSICOLOGIA**

**ATENÇÃO INTEGRAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CAPSad III:  
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**JÚLIA RAMOS VIEIRA**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2017**

**JÚLIA RAMOS VIEIRA**

**ATENÇÃO INTEGRAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CAPSad III:  
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade  
Federal de Campina Grande, em  
cumprimento às exigências para  
obtenção do título de bacharel em  
Psicologia, sob orientação da  
Professora Dr<sup>a</sup> Maristela de Melo  
Moraes.**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2017**

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do CCBS - UFCG**

V658a

Vieira, Julia Ramos.

Atenção integral a crianças e adolescentes em CAPSad III: um relato de experiência / Julia Ramos Vieira. – Campina Grande, PB: O autor, 2017.

34 f. 21 x 27,9 cm.

Orientador: Maristela de Melo Moraes, Dra.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal de Campina Grande, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Atenção integral. 2.CAPSad. 3.Infância e Juventude. 4.Redução de Danos. I. Moraes, Maristela de Melo (Orientadora). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 159.9 -053.4/-053.9 (813.3)

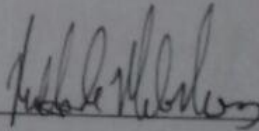
JÚLIA RAMOS VIEIRA

ATENÇÃO INTEGRAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CAPSad III:  
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

APROVADO EM: 30/03/2017

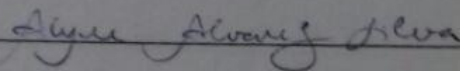
NOTA: 10,0

BANCA EXAMINADORA



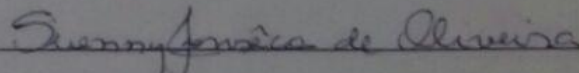
Prof. Dra. Maristela de Melo Moares

Orientadora



Prof. Dra. Alyne Alvarez Silva

Examinadora



Prof. Dra. Suenny Fonsêca de Oliveira

Examinadora

*Dedico este trabalho a todos que  
direta ou indiretamente, me ajudam a  
seguir acreditando.*

## RESUMO

O trabalho em questão disserta sobre o processo de imersão em CAPSad III através das experiências de Estágio Básico Supervisionado e Projeto de Extensão, utilizando-se da observação participante para construção de diagnóstico situacional, e a partir daí, tecer considerações críticas sobre o funcionamento do serviço. Destaca-se o percurso teórico de consolidação da reforma psiquiátrica, que num movimento histórico lança um olhar às pessoas com demandas decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas, levando à criação e implementação das políticas públicas de atenção integral ofertada a essa parte da população, baseadas na perspectiva da Redução de Danos. Através de um apanhado histórico sobre as representações sociais e lugar da infância e juventude no Brasil, e levando em conta os dados recentes que demonstram o crescente número de crianças e adolescentes fazendo uso de drogas, debate-se o seu lugar na Rede de Atenção Psicossocial e a necessidade de serviços que atendam à esta demanda específica. Neste relato o enfoque recai sobre as práticas de cuidado e tratamento integral vistas em campo, percebendo suas potencialidades e desafios, discutindo também, as possibilidades de intervenção realizadas a partir do que foi encontrado. Ao fim, nota-se que essas práticas encontram-se bastante fragilizadas no cotidiano dos serviços, um problema que remonta a questões da própria estrutura da atenção em saúde mental, porém, com desejo, aposta e investimento, o encontrar novos caminhos com o sujeito torna-se possível.

**Palavras-chave:** Atenção Integral; CAPSad III; Infância e Juventude; Redução de Danos.

## ABSTRACT

This paper discusses the immersion process in a Psychosocial Care Center - Alcohol and other drugs (Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas) through the experiences of a Supervised Basic Internship (Estágio Básico Supervisionado) and a Extension Project (Projeto de Extensão) experiences. Using participant observation to make an institutional situational diagnosis, in order to make critical considerations about the operation of the service. It is emphasized the theoretical course that led to the psychiatric reform, that in a historical movement visualizes the subjects with demands resulting from abusive use of psychoactive substances, leading to the creation and implementation of the public politics of integral care offered to this population, based upon the Damage Reduction perspective. Through a historical overview about the childhood and youth social representations in Brazil and considering the recent data that shows a growing amount of children's and adolescents using drugs, it is debated their place in the Network of Psychosocial Care and the need of institutions that serve that specific demand. This report focuses on the care practices and integral treatment observed in the institution, understanding its potentials and challenges, also discussing the possibilities of interventions built upon what was found. At last, it is noted the fragilities of these practices in the service routine, a problem that goes back to the mental health care structure, but with desire, bet and investment, it is possible to find new paths with the subject.

**Keywords:** Integral Care; CAPSad III; Childhood and Youth; Damage Reduction.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVO.....	12
3. REFORMA PSIQUIÁTRICA, POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL PARA PESSOAS QUE FAZEM USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E A REDUÇÃO DE DANOS.....	12
4. HISTÓRICO SOBRE A INFÂNCIA E JUVENTUDE NO BRASIL E O DIREITO À SAÚDE MENTAL.....	15
5. CUIDADO OFERTADO ÀS PESSOAS ATENDIDAS NO CAPSad III: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO.....	19
5.1 Modalidades de atendimento psicoterápico.....	21
5.1.1 atendimentos psicoterápicos individuais.....	21
5.1.2 atendimentos psicoterápicos grupais e oficinas terapêuticas.....	23
5.2 Terapia Medicamentosa.....	24
5.4 Grupo de Família.....	26
5.4 Educação permanente e processos formativos de trabalho.....	27
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30



## 1. INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde mental enfrenta um novo desafio nos últimos anos considerando que o cuidado ofertado passa a abranger além das pessoas em sofrimento psíquico, os sujeitos com demandas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. Nessa questão a heterogeneidade é predominante, afeta diferentes sujeitos nos mais variados contextos, razões e circunstâncias (BRASIL, 2011). O *II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas: psicotrópicos no Brasil*, mostra um aumento alarmante no uso de substâncias psicoativas por parte de crianças e adolescentes que estão na faixa etária entre 10 e 18 anos, e apresenta um número ainda maior em relação às que se encontram em situação de rua (CARLINI, et al, 2006). É importante salientar que apesar de se tratar de um levantamento antigo, realizado a mais de 10 anos atrás, este é o mais atual sobre essa população específica.

Ao se considerar o uso abusivo de substâncias psicoativas, entendido pelo Ministério da Saúde (2004) como um grave problema de saúde pública no nosso país, e também ao discutir as particularidades que a atenção integral voltada a crianças e adolescentes demandam, o Estado passa a pensar em estratégias de prevenção, tratamento, e reinserção social, baseadas na perspectiva da Redução de Danos, que além de política pública, caracteriza-se como uma rede de estratégias de modos de cuidar. Segundo Espínola (2013, p.16) as estratégias de prevenção e tratamento são uma série de medidas, como por exemplo, o acompanhamento por uma equipe especializada que oferece um atendimento biopsicossocial, com terapia medicamentosa, comunitária, familiar e individual.

Essas perspectivas de atendimento preconizam um cuidado integral centrado territorialmente, caracterizado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), concebida através da Portaria nº 3.088/2011, que tem como objetivos principais a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, a construção de vínculos das pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas, bem como suas famílias, pois enxerga-se o sistema como uma rede que deve garantir a articulação e integração dos serviços de saúde numa perspectiva territorial, pensando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Como um serviço central na RAPS, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPSad III) foi pensado e planejado para adultos ou crianças e

adolescentes, conjunta ou separadamente, que fazem uso de drogas e estão em sofrimento psíquico em decorrência desse uso. O serviço foi instituído e definido pelo Ministério da Saúde através da portaria nº 130/2012, e considera a necessidade de se intensificar, diversificar e ampliar todas as ações voltadas para a promoção e prevenção da saúde, bem como Redução dos Danos e riscos associados ao uso abusivo de substâncias psicoativas (BRASIL, 2012).

A definição dos CAPSad III é embasada pela política pública de saúde mental vigente, com foco na perspectiva de Redução de Danos. Com a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003) o Ministério da Saúde assume de forma articulada e integral o desafio de prevenir, tratar e reabilitar pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

Dessa forma, com a perspectiva da Redução de Danos como norteadora das estratégias de tratamento oferecidas por esses e outros serviços que prestam assistência a essa da população, o cuidar é entendido como uma via que possibilita aumentar o grau de liberdade e co-responsabilidade daquele que está em tratamento. Dessa forma, implica também o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele sujeito, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2004).

É na linha de pensamento que questiona e problematiza as dimensões do tratamento na realidade dos serviços que este trabalho se inspira. A construção deste relato de experiência nasce das vivências durante a imersão em um serviço CAPSad III (infantojuvenil) na cidade de Campina Grande, através do Estágio Básico Supervisionado em Psicologia realizado entre fevereiro e maio de 2016, bem como da participação no Projeto de Extensão que aconteceu entre maio e dezembro do ano de 2016, intitulado *Saúde mental, drogas e redução de danos: saberes e práticas de cuidado em saúde com populações atendidas na Rede de Atenção Psicossocial de Campina Grande*, levado a cabo pelo Núcleo de Pesquisa e Extensão sobre Drogas NUD - UFCG.

De acordo com a Resolução nº 08/2004 que dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia, o Estágio Básico Supervisionado também aparece como fator importante na formação profissional, já que possibilita a inserção e atuação do aluno de graduação em diferentes instituições e serviços de forma articulada com profissionais de áreas afins, o que ajuda na construção

de conhecimentos, competências e habilidades de núcleo comum, bem como o desenvolvimento de práticas integrativas (BRASIL, 2004).

A extensão universitária nasce segundo Serrano (2008, p.6) como uma interface entre o saber produzido no âmbito acadêmico e a cultura e saberes construídos nos espaços sociais e comunitários. Compreende-se então que a extensão universitária proporciona um maior contato com realidades de fora da universidade, o que facilita as trocas de saberes, e contribui tanto para o atendimento das demandas sociais, quanto para produção de um saber popular democrático entre academia e comunidade.

Sendo assim, o espaço do estágio e da extensão possibilita ao aluno a integração entre a teoria aprendida em sala de aula e as práticas possibilitadas em campo, e dessa forma, se qualificam como dois espaços ricos de aprendizado e crescimento para a formação do estudante de psicologia.

Através dessas vivências tornou-se visível os desafios e particularidades da atenção voltada para crianças e adolescentes que fazem uso de substâncias psicoativas, ao se levar em conta os aspectos macroestruturais, no que concerne à própria articulação da Rede de Atenção Psicossocial municipal e questões relativas à ética do cuidado cotidiano que orienta à atenção às populações atendidas. Assim como as práticas de estágio e extensão em si - e ainda ao se considerar a escassa produção acadêmica sobre o assunto - este relato mostra-se relevante no âmbito acadêmico e social por propiciar a visualização e questionamento dos tipos de cuidado oferecidos às crianças e adolescentes referenciadas ao CAPSad III, o que pode contribuir na reflexão dos extensionistas, estagiários e profissionais dos serviços em geral de atenção psicossocial acerca de suas práticas e a ética que as direciona.

Este estudo desdobra-se em três etapas. Relata a experiência de imersão em um CAPSad III, e as possibilidades de construções práticas que se deram durante esse período. Para isso, inicialmente faz um breve apanhado histórico sobre a reforma psiquiátrica no Brasil, onde se traz questões atuais das políticas públicas de saúde mental e a perspectiva da Redução de Danos. Descreve a Rede de Atenção Psicossocial da cidade de Campina Grande - PB, e as particularidades estruturais e de funcionamento do serviço CAPSad III.

Em seguida, discute a trajetória da infância e juventude no Brasil em relação às construções sociais, e como as diferentes formas de representações influenciam desde o início o sistemas de garantias de direitos, com ênfase no direito à atenção em saúde mental, além de refletir sobre a necessidade de cuidado às crianças e adolescentes, que

leva a consolidação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) e aos serviços de apoio a essa demanda específica. Por fim, analisa a atenção integral no contexto do CAPSad III, ao se pensar os avanços, demandas e desafios a partir do que é preconizado pelos documentos de políticas públicas pós reforma psiquiátrica e pela perspectiva da Redução de Danos.

## **2. OBJETIVO**

Relatar criticamente a experiência de imersão em CAPSad III, realizada durante estágio básico e extensão universitária, focando nos aspectos que tangenciam o tratamento ofertado a crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de drogas, a partir das diretrizes das políticas públicas de atenção a esses sujeitos, em especial a de Redução de Danos.

## **3. REFORMA PSIQUIÁTRICA, POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL PARA PESSOAS QUE FAZEM USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E A REDUÇÃO DE DANOS**

A reforma psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico contínuo de cunho político-econômico e social, que tem como principal objetivo a desinstitucionalização da saúde mental através da substituição do modelo hospitalocêntrico por outros serviços e práticas terapêuticas, o qual visa à garantia dos direitos e autonomia dos sujeitos assistidos. Entende-se a desinstitucionalização não apenas como a substituição do hospital pela criação de serviços substitutivos, mas inclusive como um movimento que envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural, e exige o deslocamento das práticas psiquiátricas institucionalizadas para práticas de cuidado realizadas na comunidade (GONÇALVES & SENA, 2001).

Para além das discussões acadêmicas ou dos profissionais da saúde, a reforma psiquiátrica é atualmente discutida amplamente pela sociedade, e é entendida como parte das políticas públicas de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2005, p.6) o movimento que começou na década de 1970, só avançou no sentido de implantação dos serviços de atenção – como Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - na década de 90, após a II Conferência Nacional de Saúde Mental.

Existem diferentes tipos de serviço fundamentados na reforma, como as residências terapêuticas, os hospitais-dia, CAPS, NASF entre outros. Dentre estes, o CAPS mostra-se como o principal agente estratégico na substituição do modelo institucionalizado. É papel do CAPS prestar atendimento clínico 24 horas, e assim evita as internações em hospitais psiquiátricos, bem como promove a inserção social e autonomia das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais e interdisciplinares. Serve também como porta de entrada na Rede de Assistência em Saúde Mental, e suporte na saúde mental da Rede de Atenção Básica (BRASIL, 2005).

O que diferencia os CAPS são o porte, capacidade de atendimento e clientela atendida, organizados no país de acordo com o perfil das populações municipais, divididos em tipos: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (BRASIL, 2005).

Vale ressaltar que os CAPSad só foram consolidados na III Conferência de Saúde Mental de 2001, porém, só a partir de 2003 que a assistência à saúde mental abrangeu também a atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, portanto, se apresenta como essa é uma preocupação relativamente recente. Moraes (2008, p.123) diz que a sociedade e o governo do Brasil tradicionalmente deram prioridade ao proibicionismo e repressão inspirada no modelo americano para abordar essa questão, ao invés de se pensar em ações preventivas abrangentes. A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) fundada em 1998, atual Secretaria Nacional sobre Drogas – vinculada ao Ministério da Justiça -, era a responsável até então por ditar às políticas relacionadas ao uso de drogas, ao coordenar a nível estratégico a redução de oferta e demanda de substâncias, também conhecida como ‘guerra às drogas’, entendendo essas atividades como forma de prevenção ao uso indevido.

Ao se perceber a ausência de cuidados que atinge a população que consome álcool e outras drogas de forma histórica e contínua que os exclui dos serviços de saúde e que, de acordo com o Ministério da Saúde (2003, p.5) dá espaço para o surgimento de “alternativas de atenção” que visam apenas à abstinência total, dessa forma, faz-se necessária uma rede de atenção que consiga atender as reais demandas da população.

A Rede de Atenção Psicossocial funciona de forma integrada e articulada ao Sistema Único de Saúde nos diferentes pontos de atenção à saúde para atender pessoas em sofrimento psíquico e/ou com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas. Considera as especificidades loco-regionais com ênfase nos serviços de base comunitária e territorial que se adaptam às necessidades dos sujeitos e seus

familiares, onde se busca a garantia de autonomia, liberdade e exercício da cidadania (BRASIL, 2011).

Em relação a Rede de Atenção Psicossocial do município de Campina Grande, que possui 355.014 mil habitantes (IBGE, 2010), de acordo com a Secretaria de Saúde de Campina Grande (2016), esta é formada por 17 serviços - entre CAPS, Centro de Convivência, Residências Terapêuticas e leitos especializados em saúde mental - porém, dos 17 apenas 6 oferecem atendimento para usuários de álcool e outras drogas (CAPS I no distrito de Galante, CAPS I no distrito de São José da Mata, CAPS AD - álcool e outras drogas, LESM - leitos especializados em saúde mental, Centro de Convivência Cultural), dos quais um deles é voltado especificamente para o público infantojuvenil: um CAPS AD III, foco do presente trabalho.

Entender o abuso de substâncias psicoativas como um grave problema de saúde pública no Brasil, como já dito anteriormente, é ir contra a perspectiva binarizante (drogas-comportamento anti-social/criminoso) que até então regia o entendimento acerca dessa questão, e portanto, o tratamento das pessoas com esse tipo de demanda, onde o foco era a substância e não o sujeito, e tem como o único objetivo possível a abstinência (BRASIL, 2003). Esta nova Política de Atenção Integral que foca no sujeito traz a “questão das drogas” para o campo da saúde, em contraponto a um movimento histórico que antes a colocava unicamente na esfera da segurança pública (SILVA, 2014).

Ao se basear nos princípios da reforma e luta antimanicomial, o documento supracitado ainda dispõe que a oferta de cuidado voltada a essa parte da população deve ser prioritariamente através de dispositivos extra-hospitalares, de atenção especializada e interdisciplinar, articuladas com a rede de saúde mental, o restante da rede de saúde e a própria comunidade em que estão inseridos.

É principalmente por meio do CAPSad que o atendimento à essa população é prestado, cujos principais objetivos são a promoção da reabilitação psicossocial através de ações que envolvam o trabalho, a cultura, o lazer e a educação popular, além de ser orientado de forma territorial e devendo seguir de forma ampliada a lógica de Redução de Danos (VALÉRIO, 2012).

Quanto ao surgimento da perspectiva de cuidado da Redução de Danos (RD) que atualmente é política pública vigente, esta foi primeiramente adotada como perspectiva de saúde pública no Brasil no ano de 1989 em Santos – SP relacionado ao grande número de casos de HIV entre pessoas que faziam uso de drogas injetáveis. Porém a RD

foi se transformando em um meio de produção de saúde alternativa à lógica anterior repressiva que visava unicamente a abstinência, já que leva em conta a diversidade de demandas e de possibilidades de produção de saúde, e principalmente, a autonomia do sujeito frente ao seu tratamento (PASSOS & SOUSA, 2011). Só a partir de 2003, com o surgimento da nova Política Ministerial para Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas, a RD deixa de ser estratégia exclusiva dos programas de cuidado às DST/AIDS, e torna-se também perspectiva norteadora das políticas públicas de saúde mental.

A partir da perspectiva da RD o Ministério da Saúde (2003, p. 10) preconiza um objetivo de cuidado que não se limite a abstinência, e entende que cuidar de vidas humanas é sinônimo de lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades de existir. Deve-se despir-se e acolher livre de julgamentos e preconceitos, e pensar nas possibilidades e potencialidades de cada situação, de cada usuário, ao questionar o que se mostra possível e necessário, o que é demandado e o que pode ser ofertado, sem deixar de estimular a participação e o engajamento do sujeito, ao empoderá-lo frente ao seu tratamento.

De acordo com Petuco (2014, p.143) a Redução de Danos propõe uma clínica amplamente e radicalmente aberta, que entende a noção de acolhimento para além da mera porta aberta dos serviços substitutivos, e propõe um “ouvido aberto” para o que se possa ouvir. Ampliar a escuta é ampliar a clínica.

Além de perspectiva que norteia as políticas públicas, voltada para a defesa da vida, a RD é também uma rede de estratégias que estão vinculadas a direção do tratamento, porém seu diferencial reside no fato de que esta não se apresenta como uma metodologia objetiva e descritiva de estratégias pré-estabelecidas. A RD se coloca muito mais na capacidade de operar de modo inventivo e não prescritivo, como nos singularíssimos projetos terapêuticos construídos, ao não colocar a abstinência como único objetivo (PETUCO, 2014).

#### **4. HISTÓRICO DA INFÂNCIA E JUVENTUDE NO BRASIL E O DIREITO À SAÚDE MENTAL**

Para falar sobre infância e juventude no Brasil é necessário entender de que forma esses conceitos foram construídos historicamente, e sua influência nas diferentes representações sociais atribuídas às crianças.

Inicialmente, o lugar das crianças na sociedade foi fortemente influenciado pelo movimento de colonização brasileira. Segundo Lopes (2005, p.15) nesse momento da história a infância era entendida como uma “miniatura dos adultos”, uma concepção ligada ao trabalho e a capacidade de produção. Nesse sentido, as crianças imigrantes - de acordo com sua condição social - e filhos de escravos eram submetidos a trabalhos pesados, obrigadas a sobreviver em péssimas condições, e muitas vezes não resistiam às punições e abusos recebidos. O distanciamento do trabalho era um benefício de “crianças bem-nascidas”, vinculadas a monarquia ou à pessoas influentes e de alta condição financeira, privilegiadas desde cedo com o aprendizado do latim e de boas maneiras nos colégios religiosos, em uma preparação para a vida adulta. Fica perceptível então que a produção de infâncias desiguais no Brasil advém de um movimento histórico contínuo que perdura até os dias atuais.

Silva (2014, p. 30) diz que é entre o período colonial e a implantação da República que nasce a primeira “modalidade de atendimento” voltada para a infância, denominada “Casa dos Expostos”, um lugar de acolhimento para as crianças abandonadas. Apesar da alta taxa de mortalidade de crianças relacionada às penosas condições em que eram submetidas nessas Casas, de acordo com Rizzini (2004) apud Silva (2014, p.31) a criação dessas instituições possibilitou um lugar para acolhimento desses bebês e crianças, que antes eram deixadas nas ruas ou em frente às igrejas.

Lopes (2005) apud Bernartt (2009, p.6) diz que com a instauração da República, numa tentativa de controlar a infância, o poder judiciário estabelece legislações a respeito da tutela das crianças órfãs ou abandonadas. A Tutela Dativa transferia a guarda das crianças órfãs ou pobres para uma família com condições financeiras de criá-las. Essa legislação que teoricamente deveria ser um meio de ajuda e cuidado, na prática acabou por legalizar o trabalho infantil, já que às famílias adotavam às crianças com esse propósito.

A juventude vivia de carências culturais, psíquicas, sociais e econômicas (PASSETTI, 2000) e para demonstrar essa realidade, os índices de mortalidade infantil mostravam-se altíssimos. Segundo Pardal (2005, p.51), no Brasil, entre 1845 e 1847, a mortalidade de crianças até a faixa etária dos dez anos representava cerca de 51% do total de óbitos. Devido a esse e outros fatores, com a entrada no século XIX e o início do movimento higienista, às crianças passam a ser alvo desse programa civilizatório, cujo objetivo era produzir sujeitos higienizados, higiênicos e higienizadores. A difícil realidade e as consequências sociais da situação da infância e juventude impulsionaram



ações de atendimentos por parte do poder público, o que as torna uma preocupação social do Estado (BERNARTT, 2009). A partir daí as medidas de assistência às crianças se tornam emergenciais e passam a ser concretizadas a partir do início do século XX.

Nos anos 40 o Departamento Nacional da Criança, o Serviço de Assistência a Menores, a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e o Fundo das Nações Unidas para a Criança (UNICEF), são fundados no país, como iniciativas governamentais de assistência social à infância. No ano de 1979 foi proclamado pelas Nações Unidas, o Ano Internacional da Criança. A concepção da infância e a sua condição recebe atenção, com o acesso à educação e a saúde entendidos como um ponto fundamental que passa a ser preconizado (BERNARTT, 2009).

Porém foi na década de 90 que o grande passo em relação a concepção da infância e juventude como sujeitos de direitos foi dado. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi construído como resultado de articulações e luta da sociedade civil na busca pela redemocratização e conquista de novos direitos (GADOTTI, 2015). Foi em 1988 com a promulgação da Constituição Federal (Brasil, 1988) que o processo de criação do ECA foi se concretizando, através do artigo 277 do Capítulo VII sobre a Ordem Social, que reconhece:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, p.67).

O ECA é ponto central no sistema de garantia dos direitos de crianças e adolescentes, pois convoca a sociedade e o Estado em sua totalidade à responsabilidade e estabelece os direitos desta parte da população como prioridade absoluta, ao entender a infância como o momento principal na fase de desenvolvimento do ser humano, portanto, necessita que todas as condições para o seu pleno desenvolvimento sejam asseguradas.

Dentre os direitos fortemente preconizados pela Constituição de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente está a garantia à saúde. O artigo 7º do Capítulo I sobre os Direitos Fundamentais no ECA dispõe que a criança e o adolescente têm

direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Em 2003, com a criação da Secretaria Nacional de Juventude, torna-se possível problematizar mais uma vez os conceitos de infância e juventude para que fossem aprimoradas as políticas públicas voltadas para esse grupo. Para adequar essas políticas às necessidades dessa população, é essencial reunir crianças e jovens em programas com estratégias mais adequadas incluindo práticas de cuidado mais eficazes (BRASIL, 2008 apud ESPÍNOLA, 2013).

Em relação ao direito à saúde mental, deve-se levar em conta os dados apresentados no documento da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003, p.22) que apontam a crescente tendência de diminuição da faixa etária (em torno de 13 anos) em relação ao início de uso de bebidas alcóolicas, bem como no *II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas; psicotrópicos no Brasil* (CARLINI, et al, 2006), que mostra um aumento alarmante no uso de substâncias psicoativas por parte de crianças e adolescentes, principalmente às que se encontram em situação de rua. Segundo Espínola (2013, p.21) embora a criação do ECA tenha se mostrado uma grande evolução para as políticas públicas no que se refere à atenção com crianças e adolescentes, ainda encontramos muitos deles excluídos, principalmente aqueles que fazem uso de substâncias, por serem portadores de estigmas sociais negativos.

A magnitude do uso abusivo, que também advém do contexto de exclusão, leva ao questionamento e ao reconhecimento de que há uma lacuna assistencial a essa população, tornando-se a legitimação de políticas públicas, serviços e estratégias de cuidado que atendam a crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de drogas extremamente necessária. Em Campina Grande em especial é bastante visível, ao se considerar as crianças acompanhadas no serviço CAPSad III, a desarmonia entre a consolidação do ECA, as diretrizes da RD e as práticas de atenção integral de inúmeras políticas públicas, o que muitas vezes geram na realidade do dia-a-dia a reprodução de modelos de cuidado minimalistas, carentes de uma visão emancipadora desses sujeitos.

Com isso, torna-se visível que as contradições e impasses dos cuidados com a infância no Brasil fazem parte de um movimento histórico, onde desde o primeiro sistema de cuidado é notável que muitas vezes a mesma política que oferta proteção e cuidado, também é capaz de causar danos (SILVA, 2014).

## **5. CUIDADO OFERTADO ÀS PESSOAS ATENDIDAS NO CAPSad III: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO**

O CAPSad III (infantojuvenil) têm como objetivo prestar assistência psicossocial a crianças e jovens que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, na faixa etária de 10 aos 18 anos incompletos. Esse cuidado deve incluir atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias, refeições diárias, palestras educativas, atividades esportivas, etc, práticas essas, preconizadas pela política pública nacional de Redução de Danos. Este serviço funciona há dois anos e meio, e possui oito leitos para acolhimento noturno - quatro femininos e quatro masculinos -, funcionando 24 horas por dia, sete dias por semana, inclusive feriados.

Grande parte dos referenciados fazem uso de drogas ilícitas, com idade variada entre 10 e 17 anos, a maioria acolhida no serviço por demanda espontânea, porém alguns estão por ordem judicial de medida protetiva, em sua grande parte de nível socioeconômico baixo. É importante ressaltar que a clientela atendida pelo CAPSad III (infantojuvenil) pode vir também encaminhada pelo Conselho Tutelar, serviços da atenção básica, Secretaria Municipal de Assistência Social de Campina Grande (SEMAS - CG), Programa de Abordagem de Crianças e Adolescentes em Situação de Rua (RUANDA), Consultório de Rua e Ministério Público.

O primeiro contato com o CAPSad III (infantojuvenil) se deu através da observação participante, que segundo Minayo (2010, p. 59) acontece por meio do contato direto e prolongado com os atores e espaço sociais a fim do reconhecimento desses sujeitos e suas interações dentro do contexto. Um dos pontos positivos desse método é a possibilidade de se acompanhar as vivências no dia-a-dia dos sujeitos e dos espaços, ao se apreender os sentidos e significados que atribuem a suas experiências, discursos e ações.

Segundo Spradley (1980 apud CORREIA, 2009, p.2), os objetivos da observação participante vão muito além da mera descrição dos componentes de uma situação, ao permitir a identificação do sentido, a orientação e a dinâmica das experiências. Frente à intersubjetividade presente em cada momento, a observação em situação possibilita a apreensão do real, uma vez que estejam reunidos aspectos essenciais em campo.

O primeiro momento de construção do diagnóstico situacional, onde imperou a observação participante, aconteceu durante fevereiro e março de 2016. Foi possível conhecer a rotina de funcionamento, demandas, desafios e potencialidades, acompanhar as práticas de cuidado planejadas e ofertadas aos usuários do serviço e seus familiares e os vínculos existentes entre estes e os profissionais.

A equipe se divide em dois turnos, um diurno e um noturno, contando com uma assistente social, dois enfermeiros, três técnicos/auxiliares de enfermagem, uma psicóloga, um psiquiatra, três cuidadores de nível médio, uma coordenadora, dois porteiros, uma auxiliar de serviços gerais, uma cozinheira e uma recepcionista. Percebe-se logo de início então, o desfalque na equipe, que não conta com pedagogo, terapeuta ocupacional ou educador físico, por exemplo, como disposto na Portaria nº 130/2012.

Outra informação referente à equipe é que somente a psicóloga do serviço é concursada, de forma que a maioria dos trabalhadores estão contratados por vias de indicações de lideranças políticas, ou remanejadas de outros serviços que não são específicos para a clientela infantojuvenil, o que os leva a, como eles mesmos costumam dizer, “cair de paraquedas” no CAPSad III. Isso implica não haver um processo seletivo ou capacitação como um pré-requisito para a ocupação no trabalho, o que leva a práticas baseadas no senso comum, moral e religioso, e profissionais que aparentemente não sabem quais são suas próprias atribuições dentro do serviço, e fragiliza tanto o vínculo com os colegas de equipe, quanto com as crianças e adolescentes atendidas e seus familiares.

A realidade do serviço demonstrou-se controversa desde o primeiro momento. Muitas questões referentes a falta de capacitação profissional específica em saúde mental surgiram no decorrer da experiência assim como tantas outras questões ligadas à própria ética dos profissionais. Trabalhadores que não realizavam a quantidade mínima de carga de horas semanais, ausentando-se do serviço durante o horário de trabalho quase que rotineiramente por escolha própria; práticas cotidianas de contenção mecânica e química para silenciar falas e comportamentos que destoavam do que a equipe esperava daquelas crianças e adolescentes; despreparo para lidar com as crises de abstinência e fissura que eram situações recorrentes no serviço, já que em sua realidade, pregava a abstinência a todo custo, inclusive não ao não acolher crianças que estivessem sob efeito de qualquer substância.

Ainda que o CAPSad III tenha se apresentado frágil em suas raízes e estruturas de cuidado, tanto teóricas quanto práticas, também foi possível vislumbrar alguns

relances positivos em relação à atenção ofertada. De fato, existiam alguns profissionais que expressavam o desejo de trabalhar, de fazer alguma atividade onde pudesse ter um maior contato com as crianças, mas careciam de práticas fundamentadas, ética e capacitação profissional para lidar com um público alvo tão delicado.

Apesar desses desafios, existiam alguns vínculos fortalecidos no serviço, entre alguma criança e um membro da equipe em particular - o que era mais comum -, ou entre o sujeito e a própria instituição, que representava um lugar de acolhimento, principalmente para as crianças em situação de rua que já eram referenciadas ao CAPS, que sempre voltavam vez ou outra para se alimentar, tomar banho e dormir.

As práticas de cuidado ofertadas resumem-se ao acolhimento e atendimentos grupais ocasionais, além da consulta médica realizada uma vez por semana. Ao pensar a atenção integral no CAPSad III através das vivências de quase um ano de imersão no serviço, foi possível classificar os maiores desafios, demandas e avanços em quatro eixos principais de discussão: 1. modalidades de atendimento psicoterápico (individual e grupal) e oficinas terapêuticas, 2. terapia medicamentosa, 3. grupo de família, 4. educação permanente e processos formativos de trabalho.

## **5.1 Modalidades de atendimento psicoterápico**

### **5.1.1 Atendimentos psicoterápicos individuais**

A partir do contato inicial com a pessoa que procura o serviço, ou seja, desde o acolhimento, deve-se pensar em um plano terapêutico que atenda as demandas individuais de cada sujeito, conhecido como Projeto Terapêutico Singular (PTS), que trata-se de um conjunto de propostas de condutas terapêuticas elaboradas para um sujeito ou coletivo, que leva em conta suas demandas e potencialidades (BRASIL, 2007). Segundo a Linha-Guia de Saúde Mental proposta pela Secretaria de Saúde de Minas Gerais (2006, p.232) esse planejamento envolve as particularidades de cada sujeito, e pensa de forma singular e co-responsável (já que o sujeito pode ajudar na construção do seu próprio PTS) os objetivos e formas do tratamento, como a intensidade e frequência de permanência, necessidade de uso de medicação, quais atividades do serviço se encaixa melhor às demandas da pessoa, além de se olhar para os cuidados especiais que cada um precisa, como ajuda no autocuidado ou tratamentos que vão além do espaço do CAPS em si, como atendimento odontológico. Com uma

concepção de cuidado compartilhado co-responsável entre a equipe e o sujeito, o papel do técnico de referência é pensado, de forma que seja como o próprio nome sugere, uma referência ao sujeito - sem excluir o resto do trabalho da equipe. Estabelece e sustenta o vínculo entre o sujeito e a equipe/instituição e constrói em conjunto um plano terapêutico que atenda as demandas singulares do sujeito. É de responsabilidade indispensável do técnico de referência a condução dos atendimentos individuais (SECRETARIA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2006).

Tratando-se da modalidade de atendimentos individuais psicoterápicos, apesar de possuir psicóloga no quadro de funcionários, durante grande parte do processo de imersão no CAPSad III foi notável a falta destes, até em momentos de aparente necessidade das crianças, que por vezes, demandam uma escuta individualizada e orientada, o que acabava dando espaço para outros profissionais do serviço tomar as atribuições da psicologia para si, até afirmando por vezes, que faziam “escutas/atendimentos psicológicos”.

Entendendo a lógica da transversalização preconizada pelo Ministério da Saúde (2003, p. 9) que busca garantir as especificidades de cada campo de saber da saúde ao mesmo tempo em que faz atravessar esses saberes uns sobre os outros, de forma a possibilitar novos olhares e novas intervenções, o atendimento psicoterápico individual em si, onde uma escuta psicológica orientada é praticada, é atribuição exclusiva do profissional da psicologia. Estando entre as atividades de atenção integral ofertadas pelos CAPSad III, a psicoterapia individual mostra seu valor sendo um lugar de acolhimento que estimula e valoriza a fala do sujeito (CONTE et al, 2008), além de possibilitar intervenções pontuais que o ajudem na reflexão e ressignificação de suas questões (ESPÍNOLA, 2013).

Pensando especificamente em relação às crianças e adolescentes atendidas no CAPSad III, pode-se compreender que este se torna também, um lugar para se pensar o lugar da substância psicoativa na vida desses sujeitos, questão importante como traz Antônio Nery Filho:

[...] cada ser humano consumirá essa ou aquela droga, na medida de suas necessidades subjetivas e sociais. Não são as drogas que fazem os humanos – já foi dito; são os humanos que fazem as drogas ou, se dissermos de outro modo, em função dos buracos/faltas que constituem a estrutura de nossas histórias (FILHO, 2012, p.20).

As individualidades são atravessadas pelo uso das substâncias, o que implica que cada sujeito em sua relação com a droga que consome a atribui uma função simbólica em sua estrutura subjetiva, seja como forma de lazer, fuga da realidade, tamponamento de uma falta angustiante, entre outras. Esse espaço também era utilizado para lidar com outras questões que não estivessem necessariamente relacionadas ao uso, mas sim a própria infância e juventude, como a relação com a família, escola, amigos, entre outros. Por se tratarem de reflexões geradas no âmbito de um Estágio Supervisionado Básico, não foi possível por parte dos estagiários realizarem estas escutas individuais - apesar do desejo de fazê-las - pois as possibilidades de práticas no estágio necessitavam de supervisão contínua por um profissional do local do estágio.

Após algum tempo presenciando as demandas de escuta individual, foi necessária realizar uma reunião com a psicóloga do local onde essa questão foi apontada, e a partir daí, nasceu a proposta de um cronograma de atendimentos para as crianças que demandem tal modalidade. Essa construção de cronograma se deu de forma conjunta com a psicóloga do serviço, onde foi pensado no caso a caso, quais crianças demandam uma escuta individual prioritária, e quais não, entendendo também a necessidade de se deixar em aberto momentos para escutas emergenciais ou demandas espontâneas que poderiam aparecer no dia-a-dia.

### **5.1.2 Atendimentos psicoterápicos grupais e oficinas terapêuticas**

Uma das modalidades de cuidado previstas pela Portaria nº 130/2012 são os atendimentos grupais e oficinas terapêuticas. Apesar do trabalho coletivo ser algo que compartilham, ambas possuem um objetivo e estrutura diferenciada. Os atendimentos grupais favorecem a interação entre os participantes, trocas de experiências e conhecimentos, criação e fortalecimento de vínculos, além de se mostrar como mais um espaço de escuta e acolhimento (MORAES; LOPES; BRAGA, 2006) e assim como as oficinas terapêuticas, são práticas de cuidado bastante utilizadas nos serviços de saúde mental.

Segundo Andaló (2006, p.38) as oficinas terapêuticas apresentam-se como um local fértil para a produção criativa, por meio do qual as vias imaginárias e identitárias do sujeito podem se expressar. As oficinas podem ser consideradas terapêuticas quando proporcionam aos usuários um espaço de fala, expressão e acolhimento (ESPÍNOLA,

2013). No CAPSad III existiam espaços para atendimentos grupais e oficinas terapêuticas, eram sem dúvidas, as atividades mais realizadas pelos profissionais. No período de imersão tratado aqui, pode-se perceber que apesar do desejo de alguns trabalhadores da equipe de realizar estas atividades, a falta de capacitação e planejamento faziam com que as intervenções fossem quase que estritamente baseadas no senso comum e moral que os próprios profissionais possuíam acerca das questões trazidas pelas crianças e adolescentes. Em certos momentos foi possível até questionar a ética desses profissionais, que movidos por crenças religiosas e pré-conceitos morais, colocavam os sujeitos em situações constrangedoras frente aos outros referenciados do serviço, familiares, profissionais e estagiários.

Durante o período de inserção foram criados dois espaços de atendimento psicoterápico grupal vendo a necessidade do próprio serviço de possuir um espaço efetivo nessa modalidade de atendimento. Nestes atendimentos buscava-se criar um ambiente de compreensão e aceitação, refletindo sobre questões relativas à relação sujeito-substância-meio, mas também sempre atentos às falas que traziam algo para além disso, pois entende-se que existem problemáticas anteriores e diferenciadas, já que o próprio uso da droga pode ser algo central para o sujeito, ou não, evidenciando a demanda de outras pessoas.

## **5.2 Terapia medicamentosa**

O primeiro contato com o CAPSad III já se mostrou como um vislumbre daquilo que seria encontrado mais adiante, durante os percursos de estágio e extensão universitária. O momento inicial de contato direto com as crianças e adolescentes atendidos no serviço seria uma breve apresentação e conversa para um começo de construção de vínculos e trocas, porém não foi possível devido a impossibilidade de se manter o mínimo de diálogo já que as pessoas encontravam-se bastante medicalizadas. Havia cerca de oito crianças e adolescentes no serviço, as mesmas que acompanharam todo o processo de imersão neste período de um ano.

Assim como os atendimentos psicoterápicos, o atendimento psiquiátrico se faz necessário em um serviço de saúde mental, e no CAPSad III todos os jovens acolhidos são encaminhados ao médico psiquiatra do serviço.

É nesse momento inicial que será identificada a situação de saúde do sujeito, investigam-se complicações clínicas, sociais ou psíquicas para que seja possível a



elaboração de um diagnóstico parcial acerca do uso de substâncias - como o tempo de consumo, a quantidade de substância consumida, a via de administração escolhida para o uso, o ambiente e circunstâncias de consumo -, onde o médico vai checar se há a necessidade ou não da terapia medicamentosa, além do estabelecimento de vínculo entre o sujeito e o psiquiatra que o acompanhará (ESPÍNHOLA, 2013). Durante o ano de imersão, todas as pessoas acolhidas e referenciadas ao serviço faziam uso de medicamentos psicotrópico. Alguns deles utilizavam por recomendação médica um antipsicótico proibido por lei para o tratamento de crianças, inclusive uma menina de 12 anos que estava grávida à 6 meses e continuava fazendo o uso de todos os psicotrópicos receitados pelo médico porque a equipe não notou a gravidez.

A própria equipe relatava saber que muitas vezes as crianças tomavam doses maiores que as recomendadas para sua idade ou situação de saúde, mas devido à fragilidade dos vínculos entre os próprios profissionais, o saber médico nunca era questionado. Além disso, por se tratar de uma população em sua maioria de condição socioeconômica e escolaridade baixa, nem sempre os familiares sabiam administrar a medicação corretamente ou faziam algum questionamento sobre sua prescrição. Ao incluir esse fator a supermedicalização, notou-se que às complicações advindas da medicação ministrada de forma inadequada eram talvez piores que aos efeitos da própria droga de consumo abusivo.

Segundo o Guia estratégico de cuidado em álcool e outras drogas (2015, p. 21) é importante considerar as condições de uso da medicação pelos usuários, explicar as intercorrências e os possíveis efeitos colaterais que a medicação pode ocasionar para o próprio sujeito, tornando-o consciente e responsável pelo seu tratamento, e ao se tratar de uma população infantojuvenil, é essencial que a família seja também consciente sobre essas informações. Foram realizadas tentativas de se estabelecer um diálogo com o psiquiatra para que uma possível revisão das prescrições acontecesse, porém, sem o apoio da equipe de profissionais que parecia apoiar o uso dos medicamentos justamente por representarem uma forma de controle e docilização da população atendida - o que se mostrava bastante conveniente - e a questão do saber médico hegemônico inquestionável, fez com que as tentativas de mudanças práticas dessa realidade medicalizante e normatizadora de corpos não fossem muito longe.

### 5.3 Grupo de Família

A lei 11.343/2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, assim como tantos outros documentos que dispõe sobre a atenção integral para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, estabelece a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do sujeito que usa drogas, bem como a seus respectivos familiares, ao considerar as suas peculiaridades socioculturais. Entende-se que a atenção à família da pessoa que busca o serviço de saúde mental é um recurso importante e crucial do projeto terapêutico (BRASIL, 2006).

A Linha-Guia de Atenção em Saúde Mental (2006, p.160) traz que a posição dos familiares diante desses sujeitos é variável, já que estes podem se apresentar como um fator protetor ou de risco. Principalmente por se tratar de crianças e adolescentes, algumas famílias costumam a perceber que algo está acontecendo, levando a demora ao procurar alguma assistência; outras buscam os serviços de saúde diante qualquer problema. Ao passo que umas se colocam como co-responsáveis do cuidado, outras tendem à intolerância e à rejeição. Algumas podem manter-se solidárias porém entendem que o próprio sujeito tem sua autonomia, e dá à equipe liberdade de ação, outras por vezes interferem de forma que acaba por dificultar o tratamento.

A ideia de começar um Grupo de Família no CAPSad III surgiu por parte dos estagiários de psicologia ao se perceber a demanda de escuta dos familiares. De início a ideia de um grupo de família foi desacreditada pela equipe de profissionais, que diziam já haver existido uma tentativa de realizá-lo mas não tinham conseguido porque depois de um tempo os familiares se mostraram desinteressados e começaram a faltar, até que o grupo foi encerrado. Movido pelo desejo, investimento e aposta na sua construção, o Grupo de Família “Criando Laços” foi formado, ao aproveitar a presença dos familiares ao serviço no dia em que iam para atendimento com o médico psiquiatra.

O Criando Laços foi planejado como um espaço para acolher às demandas dos familiares, que não deveriam ser necessariamente ligadas à pessoa que era atendida diretamente pelo serviço. Formado basicamente por mulheres - mães, irmãs, tias, avós, primas - o grupo de apoio mostrou-se também como um espaço de criação de vínculo e troca entre os próprios familiares, que falavam sobre suas vivências cotidianas, histórias de vida, o ser mulher, as dificuldades de se lidar com a medicalização, problemáticas perante a justiça ou da assistência social - onde se convocava a assistente social do

serviço para ajudar e tirar dúvidas referentes às questões trazidas - e os desafios do cuidar de uma criança ou adolescente que faz uso de substâncias.

O trabalho de escuta e intervenção era realizado a partir do que era trazido na fala dos familiares, e foi possível, além do trabalho psicoterapêutico grupal, construir intervenções psicoeducativas. Essa experiência em particular foi muito enriquecedora, pois além de se mostrar como um lugar de valor para os familiares, onde o vínculo, acolhimento e desejo foram motor de funcionamento, o grupo Criando Laços também se coloca como primeiro espaço criado pelos estagiários. Ao dar prosseguimento à imersão, agora pelo projeto de extensão e não por meio do estágio, pode-se notar que apesar de continuar o funcionamento, o Grupo de Família havia sido modificado e perdido sua essência, pois se tornou um local de cobranças, julgamentos e culpabilização da família pelos problemas que a criança atendida viesse a apresentar em relação à recaídas ou a atos infracionais.

#### **5.4 Educação Permanente em Saúde e Processos Formativos de Trabalho**

O Ministério da Saúde (2009, p.40) dispõe que toda ação que objetive a melhoria do desempenho da equipe e fazer parte de uma estratégia que vise uma mudança institucional, caracteriza-se como processo de educação permanente.

Todo o processo de educação permanente requer planejamento e execução a partir de uma análise estratégica das particularidades estruturais e de funcionamento da instituição ou dos serviços ao qual se pretende intervir. A Educação Permanente em Saúde (EPS) traz como marco conceitual uma concepção de trabalho como aprendizagem diária e comprometida com a comunidade, que reconhece o cotidiano como lugar de invenção e criação de modelos de práticas cooperativas, colaborativas, integradas e investidas nas escuta e acolhimento (BRASIL, 2014).

Através das experiências vivenciadas no CAPSad III, e tomando o déficit de capacitação profissional (em relação às práticas de cuidado, funcionamento da rede, atenção específica ao público infantojuvenil, entre outros), como um dos principais pontos passíveis de problematização, e portanto, de intervenção, foi por meio do Projeto de Extensão que as possibilidades de construção de espaços e momentos de Educação Permanente e Processos Formativos de Trabalho foram possíveis. Vale dizer que estes eventos não foram pensados e realizados unicamente para a capacitação dos profissionais do CAPSad III, mas também para profissionais de outros setores que

também lidam com essa mesma clientela (como trabalhadores de outros serviços da saúde e da assistência social), a comunidade acadêmica e a sociedade em geral.

Dos vários eventos realizados pelo Núcleo de Pesquisa e Extensão sobre Drogas NUD - UFCG (ao qual o Projeto de Extensão já citado está ligado), em conjunto com o Projeto Redes da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, três se destacaram por estarem diretamente relacionados às demandas identificadas no serviço. A Oficina de Integração do Cuidado Intersetorial de Crianças e Adolescentes em Situação de Vulnerabilidade Social, mediada pelo educador social Alexandre Botelho (Merrem), foi pensada exclusivamente para profissionais que integram o Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes como um espaço de reflexão acerca da articulação dos serviços de assistência e a importância do diálogo entre eles, bem como para se discutir os cuidados que são ofertados. Nesse espaço foi possível identificar que a fragilidade da integração intersetorial vai além da esfera microestrutural, e trata-se de um problema sistêmico da própria Rede de Atenção municipal.

“*Porque os humanos usam drogas?*” foi uma Conferência ministrada pelo psiquiatra Antônio Nery Filho, que discutiu de forma embasada a relação do ser humano com as drogas e os lugares que esta pode ocupar na vida dos sujeitos, além de problematizar as abordagens utilizadas na atenção às pessoas com demandas decorrentes do uso abusivo através de experiências relatadas do Consultório de Rua. Os debates experienciados nesse momentos foram essenciais para que os profissionais do serviço fossem inquietados frente ao trabalho realizado no cotidiano do serviço, e seu papel dentro dele.

A Conferência “*Trafegando na Fronteira: o cuidado com crianças e adolescentes usuários de drogas*”, ministrada pela psiquiatra Flávia Fernando Lima Silva, que trouxe construções histórico-teóricas, vivências da clínica e alternativas de cuidado especificamente em relação ao público infantojuvenil que o entendam como sujeitos desejantes e de direito que tem voz e lugar frente às suas escolhas e ao seu tratamento. Além de uma formação teórica, metodológica e prática, mais do que qualquer coisa, esses espaços serviram para que a equipe pudesse, individualmente e em coletividade, questionar o que foi, é, e pode ser feito.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de experiência se propôs a refletir acerca da atenção integral ofertada às crianças e adolescentes atendidas em CAPSad III, através da discussão histórica, política, social e clínica dos processos que levaram às novas representações sobre infância e juventude, assim como a consolidação das perspectivas de cuidado destinada a esse público. Percebe-se que essas perspectivas atuais baseadas na Redução de Danos - transgressora em vários dos seus aspectos, já que propõe uma clínica libertária, inclusive para essa parte da população -, ainda encontram dificuldades em sua implementação nos serviços de assistência psicossocial, onde muitas vezes o discurso moral e religioso acaba por prevalecer, repercutindo em práticas inadequadas que ainda levam o estigma binário que compreende o sujeito que faz uso de drogas como anti-social/criminoso, o que implica numa atenção perversa que causa danos, ao invés de acolher e cuidar.

A própria Rede de Atenção Psicossocial se mostra frágil em sua estrutura, o que dificulta ainda mais a instauração de uma clínica ampliada que atenda ao sujeito em todas as suas particularidades da forma que é proposta e idealizada em teoria.

Flávia Fernandes em sua dissertação de mestrado intitulada “*O que não cabe nas ruas de uma cidade? Entre narrativas maiores e resistências brincantes*”, questiona: Como construir uma clínica para jovens que usam drogas, considerando o desejo, a liberdade, a cidadania, em contraponto às lentes encarceradoras do pecado, do crime e da doença?

A discussão que tenta responder a essa inquietante questão pode começar ao se entender que o trabalho em saúde mental demanda dos profissionais investimento e aposta nessas crianças e adolescentes, ao acreditar que as construções possíveis na realidade dos serviços são do sujeito e com o sujeito. Que um trabalho de cuidado que considera cada pessoa em sua singularidade pede que o profissional se desnude de seus pré-conceitos e da concepção vertical e autoritária de tratamento, sustentando também um lugar de não-saber que abre espaço para as possibilidades de invenção conjunta, que entende essa perspectiva como uma alternativa de construção do serviço e das crianças e adolescentes atendidas que, efetivamente, encontre *novos caminhos*.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDALÓ, Carmen. *Mediação grupal: uma leitura histórico-cultural*. São Paulo: Ágora, 2006. 140 p.

BERNARTT, Roseane Mendes. *A infância a partir de um olhar sócio-histórico*. Paraná: Educação Infantil. EDUCERE; PUPR. 2009. 10 p.

BRASIL. *Constituição de 5 de outubro de 1988*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 19 de janeiro de 2017.

\_\_\_\_\_. *Educação permanente em saúde*. Brasília - DF. Maio – SGTES – OS 0314/2014 – Editora MS. 2014.

\_\_\_\_\_. *Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990*. Brasília, DF: Senado Federal. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia*. Parecer CES/CNE 62/2004, homologação publicada no DOU 12/04/2004, Seção 1, p. 15. Resolução CES/CNE 08/2004, publicada no DOU 18/05/2004, Seção 1, p. 16.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. Brasília - DF; 2004. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011/2011/Decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 130/2012*. Brasília: MS, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/2012/prt0130_26_01_2012.html) Acesso em: 23 de janeiro de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria n° 3088/2011*. Brasília: MS, 2011. Disponível em: <<http://www.sejudh.mt.gov.br/documents/412021/3643910/Portaria+MS+n%C2%BA+308811++RAPS++Rede+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+Psicossocial.pdf/c8df878b-d174-4a04-8798-3446187f166c>>. Acesso em: 12 de março de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Guia Estratégico de Cuidado em Álcool e Outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. *Resolução n° 08 de 07 de maio de 2004 - Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia*. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Brasília-DF. 2004, seção 1, p. 16 e 17.

\_\_\_\_\_. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n° 11.343/2006*. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm)> Acesso em: 17 de fevereiro de 2017.

CARLINI, Elisaldo de Araújo. [et al.]. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil : estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. 2005 - São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CONTE, Marta. [et al.]. “*Passes*” e *impasses*: *adolescência – drogas-lei*. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 11, n. 4, p. 602-615, 2008.

CORREIA, Maria da Conceição Batista. *A observação participante enquanto técnica de investigação*. Pensar enfermagem. Vol 13. Nº 2. 2009. Disponível em: <[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009\\_13\\_2\\_30-36.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_30-36.pdf)> . Acesso em 26 de fevereiro de 2017.

ESPÍNOLA, Lawrencita. Limeira. *Práticas do cuidar de adolescentes usuários de drogas*. João Pessoa. 2013. 127 p.

FILHO, Antônio Nery. *Por que os humanos usam drogas?*. In *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais* / Antonio Nery Filho, organizadores. [ et al.].- Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012. 438 p.\_ (Coleção drogas: clínica e cultura).

GADOTTI, Moacir. *ECA - avanços e desafios*. In Vieira, A. L., Pini & F., Abreu, J. (Eds.). *Salvar o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)* (pp. 14-19). São Paulo, SP: Instituto Paulo Freire. 2015.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. *A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família*. Rev Latino-americana de Enfermagem. 2001; 9 (2): 48-55.

LOPES, Jader Jane Moreira. *Grumetes, pajens, órfãs do rei... e outras crianças migrantes*. In VASCONCELLOS, V. *Educação da Infância: história e política*. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Linha-Guia de Atenção em Saúde Mental*. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes. 29º ed. 2010. Disponível em:<<http://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf> >. Acesso em: 25 de fevereiro de 2017.



MORAES, Leila Memória Paiva; LOPES, Marcos Vinícius de Oliveira; BRAGA, Violante Augusta Batista. *Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo*. Acta Paul. Enferm., São Paulo, v. 19, n. 2, abr./jun. 2006.

MORAES, Maristela de Melo. *O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais*. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 13 (1) 121-133. 2008.

PASSETTI, Edson. *Crianças carentes e políticas públicas*. In DEL PRIORE (Org.). História das Crianças no Brasil. 2ªed. São Paulo : Contexto, 2000.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUSA, Tadeu Paula. *Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”*. Psicologia & Sociedade; 23 (1): 154-162, 2011.

PARDAL, Maria Vittoria Civiletti. *O cuidado às crianças pequenas no Brasil escravista*. In VASCONCELLOS, V. Educação da Infância: história e política. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. *Redução de Danos: das técnicas à ética do cuidado*. In Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Tatiana Ramminger, Martinho Silva, organizadores. – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 252 p. : il. – (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

SERRANO, Rossana Maria Souto Maior. *Conceitos de extensão universitária: um diálogo com Paulo Freire*. Paraíba, 2008. Disponível em: <[http://www.prac.ufpb.br/copac/extelar/atividades/discussao/artigos/conceitos\\_de\\_extensao\\_universitaria.pdf](http://www.prac.ufpb.br/copac/extelar/atividades/discussao/artigos/conceitos_de_extensao_universitaria.pdf)>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2017.

SILVA, Flávia Fernando Lima. *O que não cabe nas ruas de uma cidade?: entre narrativas maiores e resistências brincantes*. 142 f.; il. Universidade Federal

Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2014.

VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro. *Redução de riscos e danos na saúde mental: a experiência do CAPSad*. In *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Antonio Nery Filho, organizadores. [ et al.].- Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012. 438 p.\_ (Coleção drogas: clínica e cultura).