



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Atenção Psicossocial

a Crianças e Adolescentes no SUS
Tecendo Redes para Garantir Direitos

DISTRIBUIÇÃO
VENDA PROIBIDA
GRATUITA

Brasília – DF
2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Atenção Psicossocial
a Crianças e Adolescentes no SUS
Tecendo Redes para Garantir Direitos



Brasília – DF
2014

2014 Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2014 – 7.400 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Estratégica e Temática
Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6, bloco II, Edifício Premium, sala 8, Auditório
CEP: 70.070-600 – Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br/mental
E-mail: saudemental@saude.gov.br

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO
SAF Sul, Quadra 2, lote 3, Edifício Adail Belmonte
CEP: 70.070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3366-9100
Fax: (61) 3366-9151

Arte da capa:

Detalhe da obra de Maria do Socorro Santos, pintora e militante do Movimento da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro, que faleceu em março de 2005. Direitos autorais: Projeto Maria do Socorro Santos/Instituto Franco Basaglia/Projeto Transversões – ESS/UFRJ

Coordenação:

Paulo Vicente Bonilha de Almeida
Roberto Tykanori Kinoshita
Taís Schilling Ferraz
Thereza de Lamare Franco Netto

Apoio:

Cleide Aparecida de Souza
Joyce Hellen Braga de Jesus
Raquel de Aguiar Alves
Patrícia Portela de Aguiar

Organização:

Carlos Martheo Crosuê Guanaes Gomes
Isadora Simões de Souza
June Correa Borges Scafuto
Luciana Togni de Lima e Silva Surjus
Rúbia Cerqueira Persequini Lenza
Taciane Pereira Maia

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: www.saude.gov.br/editora
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Colaboração:

Daniel Adolpho Daltin Assis
Isadora Simões de Souza
June Scafuto
Kátia Galbinski
Karime da Fonseca Porto
Lilian Cherulli de Carvalho
Luciana Togni de Lima e Silva Surjus
Maria de Lourdes Magalhães
Rúbia Cerqueira Persequini Lenza
Taciane Pereira Maia

Equipe editorial:

Normalização: Delano de Aquino Silva
Revisão: Paulo Henrique de Castro
Capa, projeto gráfico e diagramação: Alison Albuquerque

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
60 p. : il.

ISBN 978-85-334-2162-2

1. Serviços de saúde mental. 2. Carência psicossocial. 3. Criança. 4. Adolescente. I. Título. II. Conselho Nacional do Ministério Público.

CDU 613.86

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0001

Títulos para indexação:

Em inglês: Psychosocial care to children and adolescents in the Brazilian Health System (SUS/Brazil): weaving Networks to ensure rights
Em espanhol: Atención psicossocial a los niños y adolescentes en el Sistema Único de Salud (SUS/Brasil): tejiendo Redes para garantizar derechos

Sumário

Apresentação	5
1 Introdução	9
2 Crianças e adolescentes: sujeitos de direitos	13
3 A saúde como um dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes	17
4 A atenção psicossocial de crianças e adolescentes	23
5 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	29
6 Alguns temas relevantes	39
6.1 O papel estratégico da educação.....	39
6.2 Uso e dependência de drogas.....	40
6.3 Proteção social integral, atenção em saúde e medidas socioeducativas	41
6.3.1 Proteção social integral	41
6.3.2 Atenção em saúde.....	43
6.3.3 Medidas socioeducativas	45
6.4 Atenção às crianças, aos adolescentes e às suas famílias em situação de violência	47
7 Um caso complexo de cuidado em rede	49
Referências	57

Apresentação

Este documento foi elaborado para os profissionais que atuam no sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes, promotores de justiça, defensores públicos, juízes, gestores e profissionais de saúde, especialmente os da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sua construção decorre do esforço conjunto entre áreas técnicas da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde – Coordenação-Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas, Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e Coordenação-Geral de Saúde do Adolescente e do Jovem – e a Comissão de Aperfeiçoamento da Atuação do Ministério Público na Área da Infância e Juventude do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP).

Desde 2012, técnicos do MS e promotores do CNMP vêm se reunindo para a elaboração deste material com o objetivo de estabelecer linguagem e entendimentos comuns que possam fazer avançar o acesso e a qualificação das ações voltadas à população de crianças e adolescentes nos âmbitos jurídicos e de atenção à saúde, com ênfase na atenção psicossocial.

Para tanto, são resgatados aqui os principais marcos no campo dos direitos humanos e da atenção psicossocial de crianças e adolescentes, bem como os principais temas e desafios para o desenvolvimento de ações efetivas na promoção, na proteção e na defesa de direitos.

Este material foi submetido a uma consulta pública para ampliar o diálogo com outros tantos parceiros que se dedicam ao estudo, ao cuidado e à defesa de direitos de crianças e adolescentes, favorecendo uma construção participativa e legítima.

Brejo da Cruz

(Chico Buarque)

A novidade
Que tem no Brejo da Cruz
É a criançada
Se alimentar de luz
Alucinados
Meninos ficando azuis
E desencarnando
Lá no Brejo da Cruz
Eletrizados
Cruzam os céus do Brasil
Na rodoviária
Assumem formas mil
Uns vendem fumo
Tem uns que viram Jesus
Muito sanfoneiro
Cego tocando blues
Uns têm saudade
E dançam maracatus
Uns atiram pedra
Outros passeiam nus
Mas há milhões desses seres
Que se disfarçam tão bem
Que ninguém pergunta
De onde essa gente vem
São jardineiros
Guardas-noturnos, casais
São passageiros
Bombeiros e babás
Já nem se lembram
Que existe um Brejo da Cruz
Que eram crianças

E que comiam luz
São faxineiros
Balançam nas construções
São bilheteiras
Baleiros e garçons
Já nem se lembram
Que existe um Brejo da Cruz
Que eram crianças
E que comiam luz

1 Introdução

A história das políticas de defesa dos direitos de crianças e adolescentes tem como algumas de suas marcas o controle do Estado sobre esses indivíduos e a construção de um modelo de assistência centrado na institucionalização, com o objetivo de garantir a proteção social.

No Brasil, o movimento de defesa dos direitos de crianças e adolescentes surge na década de 1920, culminando na primeira legislação sobre o tema da assistência e proteção a crianças e adolescentes, que reconhecia a situação de pobreza como geradora de “crianças abandonadas” e “jovens delinquentes”. Tal modelo propiciou a expansão de diversas instituições de caráter filantrópico, organizadas sob a primazia do controle e da proteção, muitas vezes em detrimento do atendimento das necessidades de crianças e adolescentes.

Na lógica do isolamento dos “desviantes”, a privação de liberdade por intermédio da institucionalização foi um dos meios empregados para segregar crianças e adolescentes pobres, autores de atos infracionais, com deficiências e com transtornos mentais, entre outros tidos como “incapazes”.

Fundamentalmente, marcaram este campo algumas legislações específicas em diferentes momentos históricos e que produziram transformações na compreensão jurídica e social da infância e da adolescência. Entre elas, podemos citar o Código Mello Mattos,¹ de 1927; o Código de Menores,² de 1979; e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, que é a legislação atualmente vigente.

¹ Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927.

² Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979.

O Código Mello Mattos tinha por finalidade “o saneamento social”. De acordo com Coimbra e Ayres (2009), em função de uma ausência de redes de apoio, o referido código era composto por uma forte aliança entre médicos e juristas sob o discurso de proteção/assistência. Ao juiz de menores cabia intervir na vida da população infantojuvenil para garantir sua proteção, calcada em ‘parâmetros morais e higienistas’. No período entre as duas primeiras legislações citadas (1927-1979) surgiu o termo “menino de rua”, por intermédio dos meios de comunicação de massa, que reforçavam o estereótipo de que meninos em situação de vulnerabilidade social eram perigosos e potenciais inimigos do restante da população.

Em 1979 entrou em vigor o Código de Menores, caracterizado pelo entendimento de que existiam situações de risco na realidade infantojuvenil que precisavam ser controladas com internações em massa. Embora o referido código tenha incorporado avanços em relação à legislação anterior, ele manteve a conotação estigmatizante de crianças e adolescentes pobres como “menores”, o que representou um motivo de enormes críticas. No mesmo período, se ampliou de forma considerável o número dos estabelecimentos responsáveis por abrigar de forma desumana os “filhos da pobreza” (COIMBRA; AYRES, 2009).

O Código de Menores era aplicado, em grande medida, a crianças e adolescentes que se encontravam em situações vulneráveis em decorrência de abandono, carência, vitimização em crimes ou por desvio de conduta e/ou autoria de infração.

O movimento nacional de promoção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes vislumbrou maior êxito na década 1980, quando influenciou a Assembleia Nacional Constituinte (1986-1988), a partir da emenda popular denominada “Criança, Prioridade Nacional”, que incluiu na Constituição Federal de 1988 o texto do artigo 227, segundo o qual cabe à família, à sociedade e ao Estado a responsabilidade para com os direitos fundamentais de crianças e adolescentes.

Cabe destacar que o Brasil é signatário dos tratados e das convenções sobre direitos humanos, reconhecidos no texto constitucional e nas medidas legislativas dele decorrentes. A Convenção dos Direitos da Criança (1989) foi promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 21/11/1990. Antes, porém, já ocorriam tensões nos movimentos sociais e nos esforços do Poder Público para colocar em prática as recomendações da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1945) e da Declaração dos Direitos da Criança (1959), consagrando valores baseados no respeito à dignidade e nos direitos fundamentais de crianças e adolescentes.

Esses direitos são reafirmados no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), orientado pelo paradigma da proteção integral, que considera a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento, cujas prioridades compreendem: (a) a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; (b) a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; (c) a preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; e (d) a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Balizado pela doutrina da proteção integral, também entendida como um conjunto de medidas específicas de proteção, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) assegura direitos aos adolescentes que praticam ato infracional e sobre os quais podem incidir medidas socioeducativas. Em todas elas resguardam-se o cunho educacional e a importância da preservação de vínculos sociais e comunitários dos adolescentes, além da garantia de direitos fundamentais e do acesso a bens socioculturais, de convivência familiar, respeito e dignidade, de que são titulares.

A nova doutrina da proteção integral vem a superar a ideia do assistencialismo do Estado voltado para o controle e o asilamento de crianças e adolescentes e subsidia a Lei nº 12.594,

de 18/01/2012, que estabelece parâmetros e diretrizes para a execução das medidas socioeducativas, com a instituição do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase). O Sinase é fruto de uma construção coletiva que envolveu diversas áreas do governo, representantes da sociedade civil, além do debate com inúmeros operadores do Sistema de Garantia de Direitos.

O Sinase busca parâmetros mais justos que evitem ou limitem a discricionariedade e reafirma o caráter pedagógico da medida socioeducativa. Além disso, ratifica o ECA ao priorizar as medidas em meio aberto (prestação de serviço à comunidade e liberdade assistida) em detrimento daquelas restritivas de liberdade (semiliberdade e internação em estabelecimento educacional), pois considera que estas devem ser aplicadas em caráter de **excepcionalidade e brevidade**.

É importante destacar que as premissas de excepcionalidade e brevidade buscam reverter uma tendência crescente de internação de adolescentes, que tem sido avaliada como geradora de uma “eficácia invertida”, pois o maior rigor das medidas não tem propiciado maior inclusão social dos egressos do sistema socioeducativo. Além disso, relativiza a importância do exercício do inegociável e incondicional direito à convivência familiar e comunitária.

O Sinase preconiza a presença de órgãos de controle internos e externos, para cuja eficácia a participação da sociedade é fundamental. Assim, ganham destaque no Sistema Nacional Socioeducativo os conselhos de direitos, que têm papel deliberativo, e os conselhos tutelares, que têm papel de fiscalização da aplicação das normas vigentes e de efetiva proteção aos adolescentes.

Neste sentido, o alinhamento de conceitos e a parceria entre profissionais de saúde e do campo de defesa dos direitos são de suma importância para a garantia dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes e para a garantia do acesso aos serviços e às ações de saúde e de saúde mental de qualidade na rede SUS.

2 Crianças e adolescentes: sujeitos de direitos

A maneira como compreendemos a infância e a adolescência não se mantém constante ao longo do tempo. A compreensão das sociedades sobre potencialidades, limitações e necessidades típicas desses ciclos etários vai influenciando e oferecendo parâmetros para as organizações sociais na regulação da vida cotidiana. Assim, nossos códigos legais, institucionais e todo o ordenamento social relativo à infância e à adolescência acabam por refletir nossas intenções, perspectivas e expectativas com relação às pessoas que vivenciam esse momento.

O ECA afirma:

Art 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Tal dispositivo reconhece a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e não meros objetos de intervenção estatal. Além de alçá-los à condição de titulares de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana (entre os quais o direito à dignidade), o referido artigo do ECA também impôs a todos o dever de respeitá-los com a mais absoluta prioridade, colocando-os a salvo de qualquer forma de discriminação ou opressão (DIGIÁCOMO, M.; DIGIÁCOMO, I., 2010). A doutrina da proteção integral evidencia que todos os cuidados protetivos e promotores de desenvolvimento, em toda a sua potencialidade, se destinam às crianças e aos adolescentes.

O ECA reconhece que crianças e adolescentes são seres em desenvolvimento e, neste sentido, são seres “por vir” e não são iguais aos adultos desenvolvidos. Porém, ao contrário da tradição, que considera este inacabamento como negatividade e o equaciona com menos direitos, a nova doutrina reconhece que, exatamente porque tais seres são ainda “inacabados”, tal porvir deve ser valorizado positivamente e indica a necessidade de mais direitos para preservar e fazer o referido porvir se realizar em toda a sua potência.

Posto isso, é importante que, no processo de desenvolvimento humano, crianças e adolescentes tenham acesso ao convívio com adultos acolhedores, preferencialmente familiares; ao sentimento de pertença a um grupo social; à educação formal; às ações de promoção, proteção e recuperação da sua saúde; ao desenvolvimento e à qualificação profissional; e à possibilidade de realização de seus projetos de vida, reconhecendo os fatores sociais, econômicos, políticos e culturais que influenciam sua exequibilidade.

A inviabilidade de qualquer fator dado como protetivo exige do Estado e de outros atores sociais posicionamentos e atuações que resguardem os espaços de desenvolvimento individual e social de crianças e adolescentes. As respostas devem priorizar, tanto quanto possível, opções de cuidado no território, valorizando os mecanismos de organização e autonomia que os sistemas possuem.

A proteção integral, nota-se, não invalida ou desqualifica a compreensão de crianças e adolescentes como sujeitos autônomos, capazes de estabelecer suas próprias regras. Essa característica, muito cara ao setor Saúde, deve ser objeto de atenção dos agentes de cuidado (família, comunidade, a sociedade em geral e o Poder Público), por se configurar como habilidade desejável aos sujeitos quando eles lidam com os processos de saúde individuais e coletivos. Mas é necessário que não se confunda autonomia com independência. As crianças e os adolescentes dependem dos adultos. Dependem da responsabilidade dos adultos para acessar os meios para realizar a sua potência e manter um devir aberto.

Em outras palavras, conforme aduz Boaventura de Souza Santos, “temos o direito de ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito de ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza” (SANTOS, 2003).

No que tange aos adolescentes, a implementação das políticas sociais deve contemplar sua situação peculiar de desenvolvimento. A área da Saúde, por exemplo, precisa estar atenta e resguardar os direitos de sigilo, privacidade, acolhimento e atenção independentemente de consentimento familiar e/ou dos responsáveis, entre outras garantias éticas, a fim de prover atenção adequada às suas singularidades. Há que se construir com os adolescentes, *pari passu*, ambientes de apoio e condições para escolhas e decisões voluntárias. Isso implica que familiares, responsáveis, profissionais de saúde e de setores correlatos assumam condutas de abertura ao diálogo, de transmissão de informações e de construção compartilhada de conhecimentos, de acolhida às dúvidas e de suporte à emancipação gradual e responsável.

As passagens entre os tempos da infância, da adolescência, da juventude e vida adulta podem ser entendidas como “acordos societários”. Algumas dimensões marcavam o fim da juventude e a entrada no mundo adulto: terminar os estudos, conseguir trabalho, sair da casa dos pais, constituir moradia e família, casar e ter filhos. [...] Estas são “estações” de uma trajetória societária linear que não pode mais servir para caracterizar a “transição da juventude para a vida adulta”. A perda da linearidade neste processo pode ser apontada como uma das marcas da vivência da juventude na sociedade contemporânea. Assim, é preciso ter em conta as muitas maneiras de ser jovem hoje. Em conjunto com a representação dominante, ou definição etária, sobre aquilo que é o tempo da juventude, os jovens vivem experiências concretas que se aproximam mais ou menos da “condição juvenil” representada como a ideal ou dominante (CARRANO, 2007).

Assim, reafirmam-se os compromissos de zelar pela efetivação dos direitos de crianças e adolescentes (devendo ser observada sua prioridade) e de intervir nos determinantes de saúde incidentes decisivamente para o reconhecimento delas e deles como indivíduos capazes de operar mudanças significativas no curso da própria vida e de contribuir no processo de desenvolvimento de seu País. Além disso, reitera-se ser preciso admitir que a saúde resulta de um processo de construção fortemente influenciado não apenas pelo acesso a bens e serviços, mas também pela equidade e pelo respeito às diversidades étnica, racial, cultural e afetiva.

Classificações etárias

Os regramentos jurídicos e algumas políticas sociais apresentam divergências nos limites das faixas etárias da infância e da adolescência. Socialmente convencionadas, as definições convivem no ordenamento sociocultural.

Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), **criança** é toda pessoa até 18 anos de idade. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente considera *criança* a pessoa até 12 anos incompletos e **adolescente** aquele entre 12 e 18 anos.³

Por seu turno, o Ministério da Saúde segue as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo as quais **criança** é a pessoa que tem entre 0 e 9 anos de idade completos e **adolescente** aquela entre 10 e 19 anos completos. Essa divisão tem sentido a partir das especificidades de saúde de cada público específico, alinhada ao perfil epidemiológico de cada grupo populacional.

³ Cabe informar que, neste caso, não há distinção em função da idade, mas sim da nomenclatura. Na Convenção, adota-se a palavra *criança* para nomear a fase infantojuvenil.

3 A saúde como um dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes

O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a função de promover o direito à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, por meio do acesso universal e equânime às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, voltados para o público de gestantes, parturientes, nutrizes, recém-nascidos, crianças e adolescentes até os 18 anos (artigos 7º e 11 do ECA, 1990).

Com isso, o SUS – por meio de suas Leis Orgânicas nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 e de suas diversas políticas – assumiu responsabilidades sanitárias para com crianças, adolescentes e suas famílias.

Os cuidados com a criança nos primeiros anos de vida e a estimulação precoce exercem uma função importante no seu desenvolvimento emocional, cognitivo e social. É parte da avaliação integral da saúde da criança manter o vínculo dela e de sua família com os serviços de saúde, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção da saúde, amamentação, alimentação complementar, promoção de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de doenças e agravos, provendo o cuidado em tempo oportuno. As ações, estratégias e linhas de cuidado voltadas para o público de 0 a 9 anos são planejadas em virtude dos principais problemas que acometem a infância, com base nos indicadores de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e na infância (do nascimento aos 5 anos de idade) e de morbidade decorrentes de doenças e agravos à saúde da criança, para atender as especificidades de saúde de cada faixa etária.

Assim, as políticas de saúde da criança se efetivam a partir de diretrizes voltadas ao cuidado materno e da criança, organizadas em eixos estratégicos: atenção humanizada perinatal e aleitamento materno ao recém-nascido, desenvolvimento integral na primeira infância, prevenção de violências e promoção da cultura de paz, atenção à saúde de crianças em situações específicas e de vulnerabilidade, prevenção e atenção às doenças crônicas e aos agravos prevalentes na infância, tendo como ordenadoras do cuidado as equipes da Atenção Básica no território.

Adolescentes e jovens, por sua vez, constituem um grupo populacional que exige novos modos de produzir saúde. Seu ciclo de vida particularmente “saudável” evidencia que os agravos em saúde decorrem, em grande medida, de hábitos e comportamentos que, em determinadas conjunturas, vulnerabilizam-nos e os conduzem para situações de violência e adoecimento. Riscos produzidos pelo contexto social e desigualdades resultantes de processos históricos de exclusão e discriminação (pobreza, falta de acesso à educação e baixa escolaridade, exploração do trabalho, exposição a diversas formas de violência) podem influenciar o gozo dos direitos e as oportunidades a que adolescentes e jovens brasileiros têm acesso.

Neste sentido, o SUS preconiza o acesso a outras políticas intersetoriais para a promoção de bem-estar físico, mental e social. Nas políticas setoriais, enfatiza a Atenção Básica e sua capacidade de trabalho no âmbito individual e coletivo, em especial as ações de educação em saúde. Destacam-se estratégias destinadas à promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, da saúde sexual e reprodutiva, da saúde mental e aquelas estratégias voltadas para a prevenção contra o álcool e outras drogas e a redução de morbimortalidade por violências e acidentes.

Na discussão sobre a saúde como um direito, é imprescindível o fortalecimento de um modelo de atenção organizado a partir de redes de atenção à saúde, de maneira pactuada entre as diferentes

esferas de gestão e articulada intersetorialmente, de acordo com as especificidades de cada região, de forma a responder às necessidades da população infantojuvenil explícitas na análise da situação de saúde (BRASIL, 2010).

Assim, considera-se como atribuição de todas as esferas de gestão do SUS o cumprimento de estratégias necessárias ao provimento da integralidade da atenção à saúde, fortalecendo especialmente a execução das ações de promoção de saúde nos territórios sanitários que tenham como característica a articulação parceira intersetorial, incluindo os próprios destinatários das ações (crianças e adolescentes).

É ainda uma atribuição dos gestores de saúde o desenvolvimento de serviços de qualidade e efetivos às necessidades de saúde de crianças e adolescentes nas suas diversidades etárias, de desenvolvimento e de modos de vida. Da atenção básica à especializada, passando pelos serviços de urgência e emergência, os serviços, equipamentos e pontos de atenção da rede de saúde devem estar aptos a viabilizar o acolhimento e a prover o devido cuidado a esses sujeitos.

Ao gestor federal compete formular, apoiar e monitorar as políticas nacionais de saúde de acordo com diagnósticos situacionais e evidências epidemiológicas. Aos estaduais cabem as atividades de promoção da descentralização de serviços e as ações para os municípios, bem como o acompanhamento, o controle e a avaliação das redes de atenção à saúde. Também é atribuição dos estados o apoio técnico e financeiro aos municípios para que realizem a gestão das ações e dos serviços e a execução complementar destes. Por sua vez, dos gestores municipais esperam-se a gestão e a execução de ações e serviços públicos de saúde, resguardados os princípios básicos do SUS e os predicados de qualidade, responsividade e resolutividade.

No que concerne às políticas destinadas às crianças e aos adolescentes, há que se observar o princípio da proteção integral

e a necessidade de que todos os serviços e pontos de atenção disponíveis na rede façam o acolhimento das necessidades e as devidas intervenções para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dessa população. Caso a região de saúde conte com serviços específicos para crianças e adolescentes, preferencialmente estes deverão ser o ponto de referência para a atenção.

Pode-se ampliar a dimensão desse mandato da saúde compartilhando com atores intersetoriais a participação no desenvolvimento de ações que visem à produção de saúde integral e à responsabilidade por outras estratégias e serviços que as complementem, bem como fortaleçam e assegurem as garantias de proteção e de direitos.

A noção de saúde adotada no SUS entende que a produção de saúde não se dá somente com as ações estritas deste núcleo, tipicamente as de prevenção de agravos e doenças e as de intervenções curativas, como os tratamentos restritos à prescrição medicamentosa e à realização de exames. Nessa concepção ampliada, entende-se que a saúde integral é composta e promovida por inúmeros elementos, destacando-se o acesso à educação, ao lazer, ao esporte, à habitação, à cultura etc. Esses fatores são estruturantes e condicionantes para a abordagem de novos projetos de vida das pessoas, inclusive daquelas que demandam cuidados específicos em saúde. Os conceitos de autonomia, estabelecimento de vínculos, estímulo às relações interpessoais e fortalecimento de redes de apoio às crianças, aos adolescentes e às suas famílias tornam-se fundamentais para a produção de saúde dessa população.

O processo de saúde-adoecimento está intimamente relacionado a múltiplos determinantes sociais, que se encontram envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação da condição saudável ou da situação de agravamento. A promoção da saúde exige, portanto, estratégias que favoreçam a integração de políticas setoriais e tecnologias inovadoras para a defesa e a garantia da vida.

Quando levamos em consideração contextos específicos de vulnerabilidade, como a privação de liberdade de adolescentes, há ainda maior necessidade de se resgatar essa perspectiva da promoção da saúde. A aposta nesse modelo de cuidado se fundamenta na ideia de que só serão cumpridos os objetivos fundamentais do Sinase – responsabilização do adolescente, integração social com garantia de direitos individuais e sociais e desaprovação da conduta infracional – se o Estado garantir a essas pessoas jovens o exercício dos seus direitos fundamentais, historicamente violados.

O mesmo se dá com as populações de crianças e adolescentes em situação de rua, em acolhimento institucional, em situações de violência e exploração, entre outras. A produção de saúde será sempre a produção de sujeitos, que devem ser responsáveis por seus atos (e por sua demanda, seu sofrimento), mas que – e justamente para o que – também detêm direitos de acesso a todos os cuidados essenciais que devem ser providos pelo Estado e pela sociedade (saúde, educação, moradia, cultura, convivência familiar e comunitária etc.).

4 A atenção psicossocial de crianças e adolescentes

Não há produção de saúde sem produção de saúde mental. Logo, é preciso levar em conta que, ao se receber cuidados em saúde, devem ser consideradas as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos. Se uma criança ou um adolescente apresenta algum grau de sofrimento (com angústias, medos, conflitos intensos, por exemplo), não será possível *tratar* sua saúde sem considerar esse componente emocional/relacional significativo. Muitos sintomas físicos têm origem em situações de sofrimento psíquico de origens diversas (na relação com instituições, com a família e consigo mesmo, entre outras). Em muitos casos, por exemplo, o uso de álcool e outras drogas pode estar associado à tentativa pessoal de manejo de um sofrimento.

Na dimensão da saúde enquanto produção de uma comunidade de sujeitos responsáveis pelo cuidado de si e do outro, a questão essencial é a garantia do direito à palavra. Não há responsabilização possível sem que seja garantida a escuta daquele a quem se quer responsabilizar. Ao falarem sobre si e ao se identificarem com suas próprias histórias, a criança e o adolescente veem possibilidades de encontrar novos significados e novas formas de inserção na sociedade e na família.

Posto isso, uma política de saúde mental infantojuvenil deve considerar como diretrizes (BRASIL, 2005):

- A) A criança e o adolescente são sujeitos e, como tal, são responsáveis por sua demanda e seu sintoma.** São sujeitos de direitos e detentores de lugares autênticos de fala. A noção de sujeito implica também a de singularidade, ou seja, **não é possível pensar em**

tratamentos e abordagens terapêuticas de forma homogênea e prescritiva, pois vale a máxima de que “cada caso é um caso”. Nessa linha, é preciso reconhecer voz e escuta de cada criança e adolescente. Cumpre alertar que, mesmo na ausência de pais ou responsáveis, crianças e adolescentes têm direito ao atendimento eventual ou não eventual.

B) Acolhimento universal: significa que as portas dos serviços devem estar abertas a todos aqueles que chegam com alguma necessidade de saúde e de saúde mental. É bastante comum neste campo da atenção à saúde mental infantojuvenil que os profissionais do serviço não se sintam aptos a realizar o atendimento com base na alegação de que um determinado tipo de paciente “não tem perfil” para tal serviço (sobretudo quando se trata de usuários de álcool e outras drogas e ainda mais tendo cometido algum ato infracional). É preciso reconhecer as resistências e dificuldades dos profissionais de saúde em atender esta clientela e pensar em estratégias para superá-las, mas é **imprescindível que se garanta o acolhimento da demanda (que deve ser recebida, ouvida e respondida)**.

O acolhimento universal não significa que os serviços de saúde e de saúde mental tenham que atender e acompanhar todos os casos que até ali chegam, mas deve fazer uma abordagem para identificar as necessidades de cada situação, propor alguma intervenção inicial e, quando couber, oferecer outras estratégias e lugares de tratamento.

C) Encaminhamento implicado e corresponsável: no caso de haver outro serviço que melhor se ajuste às necessidades do usuário, os profissionais que fizeram o acolhimento

devem, de maneira implicada e corresponsável, promover o acompanhamento do caso até a sua inclusão e o seu atendimento em outro serviço (muito diferente de um procedimento administrativo e burocrático de preencher uma guia de encaminhamento para outro serviço). Muitas vezes, é preciso fazer um trabalho conjunto entre os serviços para o melhor atendimento do caso. Este primeiro acolhimento, aonde quer que chegue o usuário, pode ser determinante nos desdobramentos e na adesão ao tratamento.

D) Construção permanente da rede e da intersetorialidade: a partir da noção de clínica ampliada e da complexidade das intervenções em saúde mental, álcool e outras drogas, é fundamental a construção cotidiana de uma rede de profissionais, ações e serviços para a garantia do acesso de crianças, adolescentes e jovens aos cuidados nesta área. Neste sentido, é imprescindível a convocação dos atores intersetoriais, sem os quais não será possível uma resposta potente aos problemas de saúde mental, álcool e outras drogas apresentados pela citada população.

“O reconhecimento de uma dívida histórica por parte da saúde mental pública para com esta população [de crianças e adolescentes], aliado à constatação de uma dispersão da assistência por diferentes setores públicos, principalmente os da assistência social, educação, saúde geral, justiça e direitos, fez da intersetorialidade um ponto de partida para implantação e gestão da saúde mental infantil, invertendo o processo comum a outras políticas públicas nacionais que chegam a ela depois de terem percorrido alguns caminhos e avaliado a pouca efetividade dos resultados alcançados” (COUTO; DELGADO, 2010).

E) Trabalho no território: trata-se de um conceito que extrapola os sentidos meramente geográficos ou regionais,

mas tem relação com as redes de relações e afetos e com as redes sociais daquele que é cuidado, que inclui a família, os vizinhos, a escola, a praça, o clube, os lugares de lazer etc. *“O território é o lugar psicossocial do sujeito; é onde a vida acontece”* (BRASIL, 2005, p. 13).

F) Avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de saúde mental: as demandas que chegam aos serviços de saúde mental (vindas do sujeito, da família, da escola e dos serviços da rede de saúde ou da rede intersetorial) devem ser discutidas e elaboradas em conjunto pelas equipes, pelos familiares e pelos usuários.

No imaginário social há muitas demandas direcionadas à saúde mental, mas nem sempre elas ajudarão a construir intervenções potentes, porque não correspondem às necessidades reais dos usuários. Em algumas situações não existe nenhuma evidência de efetividade para o caso concreto.

Por isso, muitas vezes, é preciso fazer um trabalho de desconstrução da demanda como demanda de tratamento, ou seja, entender que nem todo problema ou sofrimento vivenciado pelas pessoas necessita de tratamento periódico e sistemático na rede de saúde, o que não exime esse setor da responsabilidade pelo acolhimento e direcionamento necessários. É fundamental ainda mais, portanto, que os serviços de saúde promovam articulações intersetoriais que contemplarão, por meio de outras políticas sociais, a demanda então produzida apenas dentro daqueles.

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas trabalha com a reorientação do modelo assistencial, antes hospitalocêntrico, em direção a uma rede diversificada de serviços de base comunitária e territorial. Sob os princípios do disposto na

Lei nº 10.216, de 06/04/2001, a rede caracteriza-se por diferentes ações e serviços que devem garantir o acesso a cuidados em saúde mental de forma ampliada, complexa e com importante articulação intersetorial, tendo como diretriz central a reinserção social.

Os serviços de saúde mental infantojuvenis, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental, devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, o que inclui ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas, tendo-as como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições.

A seguir, passaremos a tratar do modelo institucional do SUS, que vem sendo constituído para a atenção à saúde mental no Brasil.

5 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011,⁴ a Raps prevê a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

A RAPS tem os objetivos gerais de: (i) ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; (ii) promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção; e (iii) garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Além dos citados objetivos gerais, destacam-se os seguintes objetivos específicos: a) promover cuidados em saúde especialmente a grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); b) prevenir o consumo e a dependência de álcool e outras drogas e reduzir os danos provocados pelo consumo; c) promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária; d) produzir e ofertar informações

⁴ Diversas normativas decorrentes da Portaria nº 3.088/2011 regulam os pontos de atenção da Raps. Para saber mais, consulte a Portaria MS nº 121/2012 (unidades de acolhimento), Portaria MS nº 122/2012 (consultórios na rua), Portaria MS nº 130/2012 (CAPSad III), Portaria MS nº 131/2012 (serv. residenciais terapêuticos), Portaria MS nº 132/2012 (reabilitação psicossocial), Portaria MS nº 148/2012 e Portaria MS nº 1.615/2012 (serviços hospitalares de referência), Portaria MS nº 336/2002 (modalidades de CAPS) e Portaria MS nº 3.089/2012 (que dispõe sobre o financiamento dos CAPS).

sobre os direitos das pessoas, as medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; e) regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e f) monitorar e avaliar a qualidade dos serviços mediante indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

A RAPS encontra-se organizada nos seguintes componentes:

Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade básica de saúde; • Núcleo de apoio à saúde da família; • Consultório na rua; • Centros de convivência e cultura.
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de atenção psicossocial (nas suas diferentes modalidades).
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • Samu 192; • Sala de estabilização; • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de acolhimento; • Serviço de atenção em regime residencial.
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria especializada em hospital geral; • Leitos de SM no hospital geral.
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços residenciais terapêuticos; • Programa “De Volta para Casa”.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de geração de trabalho e renda; • Empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

No campo da atenção a crianças e adolescentes, destacaremos alguns destes pontos de atenção:

I) Atenção Básica:

A) Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS): a Atenção Básica em Saúde constitui-se na grande base ordenadora do cuidado no SUS, fazendo-

se presente de forma bastante capilarizada em todo o território nacional. Ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas podem e devem ser realizadas nestes pontos de atenção, devendo ser compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

A proximidade das equipes de Atenção Básica com as famílias, as escolas e outros espaços de convivência de crianças e adolescentes é um fator positivo para a formação de vínculos e a efetividade dos trabalhos que elas podem desenvolver para a população infantojuvenil no território.

É importante também reafirmar o papel estratégico das equipes de Atenção Básica na promoção da saúde mental de adolescentes privados de liberdade. As ações devem ser realizadas no ambiente socioeducativo e fora dele para os adolescentes internados, suas famílias e também com os profissionais envolvidos com seus cuidados. Desse modo, além de prevenir agravos e promover a saúde, o trabalho articulado e corresponsável entre equipes de saúde e de unidades socioeducativas colabora na construção de portas de saída mais efetivas para novos projetos de vida desses adolescentes.

B) Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde. É responsabilidade da Equipe do Consultório na

Rua ofertar cuidados em saúde mental para: a) pessoas em situação de rua em geral; b) pessoas com transtornos mentais; e c) usuários de álcool e outras drogas.

O Consultório na Rua é uma modalidade de atenção que, mediante a presença sistemática nos territórios de maior vulnerabilidade, favorece a construção de vínculos e o acesso desses usuários aos serviços e às ações do SUS. Uma dimensão importante de sua atuação se dá nas ações de redução de danos desenvolvidas para os usuários de álcool e outras drogas.

A abordagem de crianças e adolescentes pelas equipes de Consultório na Rua tende a ser estratégica na medida em que permite a visibilidade dessas pessoas no SUS e em outras políticas intersetoriais. Ao se colocarem disponíveis para o acolhimento e o vínculo, os Consultórios na Rua têm lugar privilegiado na observância do princípio da proteção integral preconizada pelo ECA.

C) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): equipe constituída por profissionais de saúde de diferentes áreas do conhecimento que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família e as Equipes de Atenção Básica para populações específicas, ofertando apoio especializado (apoio matricial), que inclui a discussão de casos e o cuidado *compartilhado* dos pacientes, com manejo de situações relativas ao sofrimento ou ao transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Os profissionais de saúde mental dos NASF podem potencializar as ações de saúde desenvolvidas pela Atenção Básica por meio do apoio especializado, favorecendo a inclusão dos usuários com demandas em saúde mental nas ações propostas.

O trabalho com a população infantojuvenil pode fazer uso de ações tais como as realizadas por grupos terapêuticos, intervenções familiares, apoio e suporte nas proposições de projetos terapêuticos construídos para crianças, adolescentes e suas famílias.

D) Centros de convivência e cultura: serviços abertos a toda a população e que atuam na promoção da saúde e nos processos de reabilitação psicossocial, a partir do resgate e da criação de espaços de convívio solidário, fomento à sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. Trabalham na lógica da inclusão social, com vistas à sustentação das diferenças na comunidade.

Os centros de convivência e cultura podem ofertar a crianças e adolescentes espaços e cronogramas de atividades específicos. Podem ser desenvolvidas atividades lúdicas, de formação, de produção cultural, entre outras de interesse dos atores e que envolvam também as famílias e a comunidade. É interessante que haja disponibilidade em horários de contraturno escolar, inclusive à noite e nos fins de semana, para permitir a presença do maior número de pessoas.

Os programas desses centros podem promover também atividades para adolescentes em conflito com a lei – inclusive os privados de liberdade – previstas nos Planos Individuais de Atendimento (PIA). A característica peculiar dos centros de convivência é a diversidade de pessoas em circulação, o que tende a mitigar a diferença de comportamentos que informam, geralmente, quem tem e quem não tem demanda por cuidados em saúde mental.

II) Atenção Psicossocial Estratégica:

A) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): é constituído por equipe interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas ou outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Atua de forma territorial, seja em situações de crise, seja nos processos de reabilitação psicossocial. Os CAPS são serviços estratégicos para agenciar e ampliar as ações de saúde mental e contra os efeitos do uso de álcool e outras drogas. O serviço deve se organizar para ser uma porta aberta às demandas de saúde mental do território e também deve identificar populações específicas e mais vulneráveis que devem ser objeto de estratégias diferenciadas de cuidado.

O trabalho nos CAPS é realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe) de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. Há oferta de cuidados médicos, psicológicos, de assistência social, além de grupos com objetivos diversos.

O cuidado é desenvolvido mediante projeto terapêutico singular e envolve em sua construção a equipe, o usuário e sua família. A coordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do próprio CAPS ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal dos casos.

Há diversas modalidades de CAPS: I, II, III, álcool e drogas (CAPSad) e infantojuvenil (CAPSi). Os CAPS III e CAPSad III funcionam durante as 24 horas do dia.⁵

⁵ Para mais detalhes sobre os tipos de CAPS, devem-se consultar as Portarias MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, e nº 854, de 22/08/2012.

Todas as modalidades de CAPS podem atender à população infantojuvenil, a depender da organização da RAPS no território.

III) Atenção residencial de caráter transitório:

A) Unidade de acolhimento (UA): oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento durante as 24 horas do dia, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório.

O tempo de permanência na unidade de acolhimento para crianças e adolescentes é de até seis meses. O acolhimento neste ponto de atenção será **definido exclusivamente pela equipe do CAPS de referência**, que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

As unidades de acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

- **unidade de acolhimento adulto**, para pessoas maiores de 18 anos; e
- **unidade de acolhimento infantojuvenil**, destinada a adolescentes e jovens de 12 até 18 anos completos.

Tal espaço pode ser um recurso nos projetos terapêuticos elaborados para o adolescente, sua família e a equipe dos CAPS, por favorecer a ampliação de suas possibilidades de inserção social e a construção de novos projetos de vida que objetivem sua autonomia e emancipação.

Dessa forma, as unidades de acolhimento infantojuvenis podem ser importantes dispositivos no sentido de evitar internações desnecessárias, favorecendo o fortalecimento de ações de cuidado pautadas no direito ao convívio familiar e comunitário, reforçando o paradigma da inserção social para a promoção de saúde mental.

IV) Atenção de urgência e emergência:

São pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências: SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde, entre outros.

São responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, pela classificação de risco e pelo cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas.

Os CAPS também realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em situações de crise, devendo articular e coordenar o cuidado nas ocasiões que requeiram retaguarda hospitalar.

Nos casos de crianças e adolescentes que apresentem quadros de abstinência (inclusive os que cumprem medida socioeducativa de internação), intoxicação por uso de droga ou alguma outra situação de crise (sobretudo em períodos de internação provisória), se houver um CAPS na região, esse serviço poderá ser acionado para uma primeira avaliação e para proceder ao atendimento/acompanhamento. Caso a equipe do CAPS avalie ser necessário, pode-se recomendar o acionamento/encaminhamento para outro ponto de atenção de urgência ou hospitalar do município ou da região, segundo os princípios da Lei nº 10.216/2001.

É importante lembrar que os momentos de crise são os de maior fragilidade do usuário e é necessário que ele tenha sempre alguém de referência em seu acompanhamento. O manejo clínico da crise

exige vinculação com o usuário e, por essa razão, os serviços que fazem acompanhamento longitudinal (como é o caso das equipes da Atenção Básica e dos CAPS) podem ser mais efetivos, pois os profissionais conhecem a história do sujeito, o contexto em que se desencadeou a crise, o contexto familiar e, de modo geral, com vínculos de confiança estabelecidos com o usuário.

Em todos os casos, é fundamental que seja garantido o seguimento do tratamento na rede extra-hospitalar, ou seja, é necessário que o usuário seja acompanhado pelo CAPSi, pelo CAPSad ou por outra modalidade de CAPS ou pela equipe da Atenção Básica da região mais próxima, para que o usuário possa reconstruir vínculos e retomar sua vida familiar, escolar e social.

Caso o primeiro acesso do usuário à Rede de Atenção Psicossocial ocorra por intermédio de pontos de atenção de urgência e emergência, deve ser acionado o serviço territorial de referência, o que favorece a sua vinculação e o seu acompanhamento.

Crianças e adolescentes também estão sujeitos às urgências e emergências em saúde mental. Sejam tais ocorrências decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas ou de alguma condição psiquiátrica, é importante que esses jovens sejam recebidos em qualquer um dos pontos de atenção disponíveis e que as medidas cabíveis sejam realizadas no menor tempo possível.

V) Atenção hospitalar:

- A) Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, incluídas aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas:** tal serviço é constituído de leitos em enfermarias da clínica médica, da pediatria ou da obstetrícia habilitados para oferecer suporte hospitalar em saúde mental, respeitados os aspectos preconizados pela Lei nº 10.216/2001. Tal atendimento se dá de

maneira pontual em regime de curtíssima ou curta permanência. Em nível local ou regional, esses serviços compõem a Rede de Atenção Psicossocial, devendo se articular aos demais pontos de atenção para garantir o acompanhamento longitudinal.

B) Enfermaria especializada em hospital geral: enfermaria de saúde mental em hospital geral composta por equipe interdisciplinar, de forma a oferecer suporte às situações de agravamento nas quais haja necessidade de acesso à tecnologia hospitalar. O cuidado é pontual, deve estar articulado com o projeto terapêutico singular desenvolvido pelo serviço de referência do usuário (como o CAPS ou uma unidade básica de saúde) e a internação deve ser de curta ou curtíssima duração.

O acesso aos leitos neste ponto de atenção deve ser regulado **a partir de critérios clínicos, devendo ser respeitados os arranjos locais de gestão:** central regulatória ou por intermédio do CAPS de referência.

Crianças e adolescentes, em caso de necessidade, devem ser acolhidos nos leitos disponíveis (mesmo que não existam no território leitos específicos para crianças e adolescentes), ratificando a premissa de que detêm primazia no recebimento de proteção e socorro. Efetuada a internação hospitalar, o direito a acompanhante deve ser garantido, inclusive quando se tratar de adolescentes em cumprimento de medida privativa de liberdade.

Os serviços hospitalares de referência em saúde mental devem ser apontados na contratualização entre as unidades socioeducativas e a rede de saúde, conforme o previsto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) (Portaria MS/SAS nº 647/2008).

6 Alguns temas relevantes

Ao se explorar os recursos disponíveis para a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, faz-se necessário debater alguns pontos que frequentemente se sobrepõem e podem obscurecer as respostas sociais e impactar de maneira inversa ao desejado nas trajetórias de vida desses sujeitos.

Por tal razão, diferentes ações e serviços são previstos e propostos para as diferentes necessidades sem, no entanto, reconhecer que eles podem e devem se articular para corresponder à complexidade das situações.

6.1 O papel estratégico da educação

Na discussão da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, assim como na garantia da saúde integral dessa faixa etária, é necessário e fundamental conferir a devida importância aos processos educativos e às instituições que delas se ocupam formalmente.

As escolas são ambientes privilegiados para o desenvolvimento de crianças e adolescentes e suas famílias tanto na promoção de fatores protetivos quanto na detecção de riscos e na redução de danos de agravos psicossociais. Por concentrarem a maior parte da população infantojuvenil brasileira, os estabelecimentos escolares agregam diversidades e singularidades, potencialidades e recursos significativos para a produção de saúde, a garantia da proteção integral e o desenvolvimento de pessoas sob princípios de autonomia e emancipação.

Não são atribuições da comunidade escolar a identificação e o diagnóstico de patologias ou transtornos mentais, mas está sob seu

alcance a promoção de ambientes, ações e situações que visem ao desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, de acolhida e aceitação, bem como de espaços reflexivos e críticos sobre quaisquer problemas identificados.

É importante que haja o alerta sobre os riscos da negligência à educação de crianças e adolescentes em situação de rua, em acolhimento institucional, em medida socioeducativa de internação e em outras situações de vulnerabilidade.

6.2 Uso e dependência de drogas

No campo do uso de drogas, é necessária uma avaliação contextualizada e singular do sujeito e das relações que estabelece, a fim de se evitar equívocos no entendimento e na condução dos casos e, conseqüentemente, na avaliação do cuidado necessário, incluindo os cuidados à saúde de adolescentes em conflito com a lei.

No entanto, do ponto de vista da área da Saúde, é necessário um olhar cuidadoso para a criança e o adolescente usuários de drogas, entre outros motivos, em função da fase peculiar de desenvolvimento em que eles se encontram (BITTENCOURT, 2009). Isto significa ofertar possibilidades de acolhimento, escuta e vinculação para a elaboração de projetos terapêuticos mais adequados às suas situações de vida.

É recorrente o uso de drogas entre adolescentes, sobretudo se considerado este ciclo de vida como um período de muitas experimentações pessoais e socioculturais. Pondera-se que as pessoas podem fazer uso de drogas como uma forma de lidar com situações muito adversas (falta de moradia e de acesso à escola, situações diversas de violência, frustrações pessoais, entre outros motivos).

Assim, para abordar a questão das drogas de forma mais sistêmica e complexa, há que se pensar em estratégias amplas que incluam políticas intersetoriais para além da saúde (cultura, educação, esporte e lazer, assistência social) e que deem conta de responder às carências e às demandas identificadas. É fundamental criar novas formas de sociabilidade para crianças, adolescentes e suas famílias e, como já dito anteriormente, trabalhar na ampla garantia de direitos dessa população de modo a apontar novas possibilidades de projetos de vida.

De forma complementar, nem todo uso de drogas é sinal da existência de patologias. Por isso, a indicação de tratamento para usuários de substâncias psicoativas deve ser discutida com os profissionais de saúde e de saúde mental. Reduzir a causa de qualquer uso de substância a uma doença responde mais aos aspectos de controle social e abre caminho para a medicalização e a internação indiscriminadas (BITTENCOURT, 2010), tão fortemente enfrentadas e substituídas pelo novo modelo constitucional de assistência.

6.3 Proteção social integral, atenção em saúde e medidas socioeducativas

6.3.1 Proteção social integral

Dentre as ações e os serviços de proteção social, destacaremos o acolhimento institucional no âmbito da Política de Assistência Social, que pode ser realizado em diferentes equipamentos e destinado a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir a proteção integral. A organização deste serviço deverá garantir a privacidade e o respeito aos costumes, às tradições e à diversidade de ciclos de vida; arranjos familiares; raça/etnia; religião; gênero; e orientação sexual (CNAS, 2009).

Os serviços de acolhimento para crianças e adolescentes devem pautar-se nos pressupostos do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (CONANDA, 2009).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) preconiza a excepcionalidade da medida protetiva de acolhimento institucional, compreendendo que ela só deve ser utilizada quando estiverem esgotados todos os recursos para a manutenção do convívio familiar da criança ou do adolescente em sua família de origem, extensão ou comunidade, para situações de grave risco à sua integridade física ou psíquica.

É importante ressaltar que, perante a hipótese de afastamento, é necessário assegurar à família o acesso à rede de serviços públicos, de forma que possam potencializar as condições de oferecer à criança ou ao adolescente o ambiente seguro de convivência. Destaca-se, porém, que a falta de recursos materiais da família da criança ou do adolescente, por si só, não constitui motivo suficiente para o afastamento do convívio familiar, encaminhamento para serviço de acolhimento ou inviabilização de sua (re)integração, conforme o artigo 23 do ECA.

Quando houver a necessidade de acolher institucionalmente crianças ou adolescentes, devem ser observados os princípios:

- da excepcionalidade;
- da provisoriedade;
- da preservação e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;
- da garantia de acesso e do respeito à diversidade e à não discriminação;
- da oferta de atendimento personalizado e individualizado;

- da garantia de liberdade de crença e religião; do respeito à autonomia da criança, do adolescente e do jovem.

O acolhimento institucional pode ser ofertado nas seguintes modalidades, cada qual com suas indicações e seus parâmetros para funcionamento (CONANDA, 2009): abrigo institucional, casalar, serviço de acolhimento em família acolhedora, república.

6.3.2 Atenção em saúde

Não obstante a explanação sobre a diversidade dos dispositivos para a atenção a crianças e adolescentes na Rede de Atenção Psicossocial, cabe ressaltar neste momento a diversidade da possibilidade de ações voltadas aos casos de maior gravidade ou necessidade de intensificação de cuidados.

A) Acolhimento integral extra-hospitalar

Em alguns momentos do acompanhamento longitudinal em saúde mental, pode haver a necessidade de acolhimento integral com vistas a possibilitar o afastamento de situações de conflito ou atender às necessidades clínicas que envolvam o acompanhamento intensivo. Para estas situações, estão previstos os acolhimentos diurno e/ou noturno nos centros de atenção psicossocial (BRASIL, 2012b) e, no caso de problemas relacionados ao uso de drogas associadas a situações de fragilidade dos laços familiares, a atenção residencial em caráter transitório nas unidades de acolhimento infantojuvenis (BRASIL, 2012a).

Todas as ações voltadas à população infantojuvenil devem pautar-se pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pela Lei nº 10.216/2001, ressaltando-se a necessidade de viabilizar a presença e o acompanhamento de familiares ou responsáveis nestes espaços. Cabe afirmar que, caso tal presença ou o acompanhamento não seja possível, há que se garantir o acesso aos serviços da mesma forma.

B) Internação

De acordo com a Lei nº 10.216/2001, a internação é o último recurso a ser acionado quando estiverem esgotadas as possibilidades de cuidado nos serviços comunitários de base territorial. Especificamente segundo o artigo 3º, inciso 3º, fica vedada a internação em instituições de características asilares.

É necessário apontar a necessidade de superação do histórico de banalização do recurso da internação sob diferentes justificativas (“internações sociais” como medidas de proteção e como medidas socioeducativas), o que possibilitou o excesso de utilização deste recurso e a distorção de sua indicação.

A internação em saúde mental deve ter como parâmetro a necessidade clínica do usuário (caso este requeira acessar a tecnologia hospitalar) e com o menor tempo possível de permanência, objetivando sempre a inserção social e a intervenção nos contextos reais de vida. Este recurso deve compor um projeto terapêutico singular e ser articulado com os serviços de acompanhamento longitudinal, a família e o próprio usuário em questão.

Portanto, conforme a Portaria MS/GM nº 3.088/2011, a internação é concebida como acesso à tecnologia disponível em hospitais gerais, ficando os hospitais psiquiátricos restritos a investimentos em processos de desinstitucionalização de pessoas com histórico de longas internações.

De acordo com a Lei nº 10.216/2001, as internações podem acontecer nas seguintes modalidades:

I - voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Cabe ressaltar que, entre as diversificadas possibilidades de acolhimento nas situações de maior vulnerabilidade e no processo de qualificação das indicações de necessidades de internação, a modalidade compulsória deve ser tomada como exceção em situações extremas. **Internação compulsória não significa adesão ao tratamento.**

A adesão deve ser construída com o usuário, sob pena da ineficácia da indicação e da acentuação da resistência ao tratamento. Ainda assim, em casos inadiáveis, a internação compulsória deve acontecer em estabelecimentos próprios de saúde e que não possuam características asilares.

Há que se esclarecer a contraindicação de medidas massificadas como o **recolhimento compulsório**, que vem ocorrendo em alguns lugares do País na tentativa de responder aos problemas relacionados ao uso do *crack* e de outras drogas.

Encaminhamentos para instituições não especializadas em saúde, bem como intervenções criminalizadoras que declaradamente cerceiam a liberdade sob a justificativa de necessidade de tratamento ou de proteção, não se fundamentam em princípios caros à democracia e à saúde, como a condição de sujeito de direitos e o respeito à autonomia.

Reiteramos o posicionamento da 175^a Assembleia Ordinária do Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), quando afirma que o recolhimento compulsório de crianças e adolescentes em situação de rua e/ou uso de álcool, *crack* e outras drogas acarreta a privação de liberdade de modo arbitrário.

6.3.3 Medidas socioeducativas

É bastante comum a determinação de causalidade entre o uso de drogas e o ato infracional. Consideramos ser reducionista determinar que a droga seja a causa de atos delituosos ou a causa

dos problemas do sujeito. O uso de drogas pode se dar de forma bastante variada e tem efeitos distintos sobre os diferentes usuários. Qualquer abordagem voltada à proteção integral de crianças e adolescentes deve trabalhar com várias dimensões de sua vida, de modo a construir novas formas de lidar com o sofrimento e, conseqüentemente, com o uso de drogas, a transgressão à lei etc.

Não há respostas integrais, absolutas. Além disso, é fundamental que seja feita uma singularização de cada caso. É essencial levar em consideração as determinações das histórias individuais para se entender os contextos em que ocorrem os atos infracionais (e sua eventual relação com o uso de substâncias) e para se pensar no sentido deles na vida do indivíduo.

Em razão da despenalização do uso das substâncias psicoativas, a resposta estatal não pode ser mais a medida socioeducativa de privação da liberdade, fato que, por si só, já amplia as possibilidades de cuidado, algo bem mais promissor quando não se está em meio fechado. Por outro lado, lida-se com uma sensação de maior risco de continuidade no consumo nocivo das substâncias, uma vez que o sujeito não tem seu cotidiano significativamente abalado. É necessário, então, equacionar a oportunidade de continuidade do uso com a oportunidade de, em liberdade, se produzir, com maior autonomia, outra trajetória na qual o uso, ainda que perdure, não seja nocivo aos demais afazeres do dia a dia nem ao desenvolvimento psíquico do adolescente.

Logo, a atuação judiciária deve estar calcada, indubitavelmente, na avaliação dos profissionais socioassistenciais e de saúde que estejam na lida com o adolescente em meio aberto ou fechado. Por sua vez, tais profissionais não devem se ater aos fatos relacionados à prática infracional, mas às circunstâncias, ao modo e ao estilo de vida que o adolescente leva ou levava quando praticou o ato. Esse limiar precisa ser cuidado, sob pena de que os técnicos do sistema socioeducativo e dos sistemas sociais que atravessam a

vida do jovem nesse momento ocupem o lugar do magistrado e, automaticamente, produzam cotidianamente novos tribunais (no caso, de exceção).

Nesse bojo, no que tange ao sistema socioeducativo, é interessante reconhecer que tanto o ECA quanto o Sinase determinam a implementação de programas sociais e sociofamiliares destinados aos egressos do sistema socioeducativo. Pouco desenvolvidos nos estados e municípios do País, os serviços ligados a esses programas, quando houver comunicação por conta de demandas vinculantes, devem ser disparados em interface com os pontos de atenção da RAPS.

6.4 Atenção às crianças, aos adolescentes e às suas famílias em situação de violência

A política de saúde também tem responsabilidades no enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes, uma vez que deve ser assegurado “que nenhuma criança e adolescente seja objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (art. 5º do ECA). Entretanto, as causas externas (acidentes e violências) respondem pela primeira causa de morte de crianças a partir de um ano de idade, segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (BRASIL, 2009).

Para promover a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes com direitos violados, o Ministério da Saúde estabeleceu, em 2010, a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e Suas Famílias em Situação de Violência”, que orienta ações e serviços de respostas imediatas nas dimensões do acolhimento, do atendimento, da notificação e do seguimento na rede nos três níveis de atenção à saúde. A Linha de Cuidado é um instrumento pedagógico que oferece diretrizes

aos profissionais de saúde, no seu dia a dia nos serviços, para a identificação de sinais de alerta e sintomas de violências para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de prevenção de violências e promoção da cultura de paz, numa lógica que avança em direção à necessidade da atuação na perspectiva de redes de atenção à saúde. Essa ação exige a continuidade do cuidado na rede de proteção social a todas as crianças e adolescentes que já tiveram seus direitos violados.

A Rede de Atenção Psicossocial integra a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e Suas Famílias em Situação de Violência em vários pontos de atenção à medida que recebem os casos e dão continuidade ao atendimento e/ou ao seguimento na rede, conforme suas demandas. A atenção psicossocial a essa população é atribuição dos profissionais envolvidos nos cuidados em saúde desde a atenção básica, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços de Urgência e Emergência e de Atenção Hospitalar, em fundamental parceria das Redes Intersetoriais. A saúde mental pode ser vista, então, como condição decorrente da provisão de cuidados e da atenção de qualidade, providas sob os princípios da humanização e da proteção integral.

7 Um caso complexo de cuidado em rede

Apresenta-se agora uma situação real, a partir da qual pode-se verificar a complexidade e a amplitude das considerações para a construção de consensos e/ou de linhas de atuação entre parceiros intra e intersetoriais no que se refere à atenção à saúde mental de crianças e adolescentes.

Caso Flávia

Período de referência: de fevereiro de 2010 a outubro de 2011.

Idade: 16 anos.

Sexo: feminino.

Situação no momento do primeiro contato: situação de rua. Ela usava múltiplas drogas, principalmente *crack*. Estava fora da escola há quatro anos e envolvida em atividades de tráfico e pequenos furtos. Relatou vários episódios em que apanhava do namorado e do “pai de rua”. Estava sem contato com a família há mais de um ano. Estava também subnutrida, desidratada, com lesões de pele, pediculose, fissuras labiais, queimaduras infectadas em polegar direito e com aproximadamente 12 semanas de gestação.

Ela tinha história de duas internações por conta de uso de drogas e um acolhimento na Casa de Acolhida da Assistência Social, com relato de ter “fugido” nas três ocasiões.

Tomava banho em uma igreja da região central “quando a moça que cuida do bazar tá lá”. Comia com alguma frequência em um restaurante por quilo “que o moço dá quando fica tarde e vai perder mesmo” (alimentação que seria dispensada por conta do tempo máximo recomendado para o consumo).

Primeiro contato: em uma tarde em que a equipe do Consultório de Rua (CR) fazia campo em praça da região central, foi feito o primeiro contato. A usuária se mostrou muito arredia, não quis conversar nem quis pegar preservativo, mas permaneceu ao lado do namorado enquanto a equipe conversava com ele. Foi dito para o namorado que, se eles quisessem, alguém da equipe os acompanharia à unidade de saúde para iniciar os cuidados gerais para ambos e o pré-natal. Ofertou-se pomada de Guaçatonga para as fissuras labiais, além de água, preservativo e papel com o endereço do CAPSad.

Momento de afirmação da vinculação: o contato aconteceu no terceiro encontro com a equipe do Consultório de Rua (na mesma região central da cidade). A usuária procurou uma redutora para pedir ajuda, pois o namorado havia sumido e ela achava que ele estava escondido porque estava “perdido na boca” (procurado por conta de dívida com o tráfico). Dizia-se assustada por ficar sozinha na área, pois o “pai de rua tinha rodado” (estava preso). Ofereceu-se acolhida no CAPSad III 24 horas.

Cuidado ofertado/projeto terapêutico singular:

O cuidado ofertado aconteceu no CAPSad onde, inicialmente, a usuária foi atendida pela enfermeira de plantão com a redutora de danos que a trouxe. Após o acolhimento inicial, foram ofertados banho e cuidados gerais de higiene, comida, cuidados de enfermagem (para limpar ferimentos infectados) e acolhimento noturno. Da mesma forma, os profissionais garantiram que os redutores estariam atentos para localizar seu namorado e que o avisariam que ela estava no CAPSad.

Agendou-se avaliação médica para a manhã seguinte.

Continuidade no CAPSad:

Definiu-se que o profissional de referência seria a enfermeira que fez o primeiro acolhimento e que esta partilharia a referência com a redutora que a trouxe para o CAPSad.

Na pactuação do projeto terapêutico singular, a usuária e sua família receberam os seguintes cuidados:

- Flávia passou a ser acompanhada pelo psiquiatra do CAPSad e começou a fazer pré-natal com a ginecologista da unidade básica de saúde (UBS) da área onde mora a sua família.
- Recebeu acompanhamento integral da equipe de enfermagem do CAPSad e da UBS.
- Recebeu também acompanhamento por psicóloga do CAPSad (individual e em grupo).
- Passou a frequentar algumas das oficinas terapêuticas da hospitalidade-dia do CAPSad.
- Após ser localizado pela equipe do Consultório de Rua, o namorado de Flávia (Carlos) aceitou ir para o CAPSad e passou a ser acompanhado pelas duas equipes (CAPSad e CR), mas recusou a hospitalidade noturna.
- O casal recebeu tratamento para sífilis.
- Carlos aderiu muito bem à oficina de capoeira, fazendo excelente vínculo com o *mestre* que conduzia a referida atividade.
- O casal passou a ser atendido pela equipe do CAPSad, em regime intensivo, para lidar com questões afetivas relacionadas e assumir as responsabilidades objetivas decorrentes do nascimento do filho (como lidar com os sentimentos, rotina de cuidados com um bebê, necessidades existenciais, questões legais, identificar e acionar parceiros prioritários, entre outras questões).

- Flávia e Carlos também começaram a ser atendidos separadamente, pois buscou-se trabalhar fortalezas e fragilidades tanto individuais quanto do ponto de vista do casal.
- Trabalhou-se com Flávia a possibilidade de seu retorno à escola e/ou ao trabalho após o nascimento de seu filho.
- Negociou-se com um padre da Igreja Católica Central que, quando o bebê nascesse, ele poderia ficar na creche da paróquia. Para isso, Flávia iria ajudar no bazar da igreja (movimento negociado com dona Nair, que conhecia Flávia).
- Houve o acompanhamento do caso por assistente social do CAPSad, que – em parceria com uma enfermeira e uma agente comunitária de saúde da ESF da UBS – passou a visitar a família e trabalhar a retomada do contato com Flávia. Neste processo, foi demandada pela família ajuda para lidar com a precária situação de sua casa, que apresentava grandes rachaduras e muito comprometimento do telhado. Para isso, a Defesa Civil do município foi acionada para avaliar o imóvel, que – segundo a própria Defesa Civil – estava condenado.
- Acionou-se o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) para manejar a questão da moradia da família de Flávia. Negociou-se a possibilidade de concessão de *aluguel social*. O CREAS passou a acompanhar a família, inclusive por conta de uma situação de violência doméstica.
- O CAPSad vincula e passa a atender Tarso (padrasto de Flávia) e Joana (mãe de Flávia) por conta da constatação de caso de dependência de álcool na família.

- A ESF mantém acompanhamento intensivo da família, com discussão/avaliação permanente do desenvolvimento do caso em reunião de matriciamento com o CAPSad e o CREAS.
- Keila (irmã de Flávia), de 8 anos, com deficiência intelectual e sem acompanhamento por nenhum ponto de atenção da Rede, foi encaminhada para acompanhamento com terapeuta ocupacional da Atenção Básica (AB) e do SEIAP (Serviço de Educação Inclusiva e Apoio Pedagógico) da Secretaria da Educação, que passou a dar suporte à inclusão de Keila no sistema educacional.
- Pactuou-se com a família de Flávia o retorno dela para casa (fruto de aluguel social). Este período inicial foi acompanhado intensamente por redutores de danos do CR e por agentes comunitários da ESF. No mesmo período também foi fundamental o apoio das senhoras do *Clube de Mães* do bairro.
- Carlos (o namorado) inicialmente também foi morar com a família de Flávia, mas essa experiência não se manteve e ele passou a ser acolhido em albergue municipal, após duas semanas de acolhimento noturno no CAPSad III.
- Os usuários e familiares do CAPSad organizaram um “chá de bebê” para Flávia no próprio CAPS, quando esta estava no 6º mês de gestação. Sua mãe e seu namorado compareceram ao evento e todos se mostravam muito felizes.
- Já no fim da gestação, Flávia se desentendeu com seu padrasto, que apresentava dificuldades para aderir ao CAPSad e ainda estava fazendo uso de álcool. Em função disso, ela foi morar com sua tia (e madrinha), que vinha acompanhando a inserção da família no CAPSad e participando do grupo de família. A casa ficava mais perto da creche e do CAPSad.

- Bernardo (bebê de Flávia e Carlos) nasceu bem e a termo de uma gestação com oito consultas de pré-natal realizadas, ocasião em que a usuária já estava há cinco meses sem usar drogas. A primeira consulta de puerpério foi acompanhada por auxiliar de enfermagem do CAPSad.
- A primeira consulta de Bernardo com a pediatra da UBS foi acompanhada por sua mãe e seu pai. Flávia passou a cuidar de seu filho com a ajuda de sua tia e, no início, também por intermédio de auxiliar de enfermagem do CAPSad.
- Com a mediação do psicólogo do CREAS, Carlos resgatou seus documentos pessoais e arranhou um trabalho em empresa de construção civil da região. Para tanto, enfrentou processo judicial pendente, quando seu mestre de capoeira acompanhou-o à audiência também na companhia de psicólogo do CREAS.
- Flávia retornou à escola (com a mediação da diretora do colégio onde sua irmã estudava). Sua frequência ao banco escolar se dava no período em que seu filho estava na creche.
- Flávia não usa quaisquer drogas há mais de um ano.
- Carlos não usa *crack* há mais de cinco meses e relata uso esporádico de maconha e álcool. Segue também em acompanhamento com o psicólogo do CREAS.
- Joana (mãe de Flávia) aderiu ao tratamento e está consumindo álcool de forma episódica, reorganizando sua vida.
- Tarso (padrasto de Flávia) ainda faz uso de bebida alcoólica e trabalha (faz “bico”) como ajudante de pedreiro. Ele se vinculou à unidade de saúde, para onde tem ido para atendimentos com a clínica geral e a enfermeira do ESF.

- Durante este período, Flávia ficou em hospitalidade-noite no CAPSad por mais duas ocasiões, além daquela inicial.
- Todos (a usuária, seu filho recém-nascido, seu namorado e sua mãe) seguem acompanhados pelo CAPSad e pela ESF.

Referências

BITTENCOURT, L. **Considerações sobre o consumo de drogas dos adolescentes em conflito com a lei e/ou privados de liberdade.** Comunicação proferida no seminário “Mais Juventude na Saúde: Vamos Falar Disso? Adolescentes em Conflito com a Lei”, realizado em novembro de 2009 pelo Ministério da Saúde. No prelo.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art267>. Acesso em: 23 mar. 2013.

_____. **Lei nº 10.216, de 3 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 17 abr. 2013.

_____. **Portaria MS nº 121, de 25 de janeiro de 2012.** Republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/legislacoes-recentes/legislacoes/gm/119155-121.html>>. Acesso em: 8 abr. 2013.

_____. **Portaria MS/SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html>. Acesso em: 6 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 4 fev. 2013.

CARRANO, Paulo. **Educação de Jovens e Adultos e Juventude**: o desafio de compreender os sentidos da presença dos jovens na escola da “segunda chance”. Disponível em: <<http://forumeja.org.br/go/files/Educa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Jovens%20e%20Adultos%20e%20Juventude%20-%20Carrano.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2013.

COIMBRA, C. M. B.; AYRES, L. S. M. Da moralidade e situação irregular à violência doméstica: discursos da (in) competência. In: COIMBRA, C. M. B.; AYRES, L. S. M.; NASCIMENTO, M. L. **Pivetes**: encontros entre a Psicologia e o Judiciário. Curitiba: Juruá, 2009. p. 60-61.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CNAS). **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009**. Aprova a tipificação nacional de serviços socioassistenciais.

Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/livros/tipificacao-nacional-de-servicos-socioassistenciais/tipificacao-nacional-dos-servicos-socioassistenciais>>. Acesso em: 5 fev. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (CONANDA). **Nota Técnica nº 2/2011**. Recolhimento e Internação Compulsórios de Crianças e Adolescentes em Situação de Rua e Usuários de Drogas, 2011.

_____. **Orientações técnicas**: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes. Brasília, 2009.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. Considerações preliminares. In: RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**: contribuições para uma prática responsável. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/intersetorialcrisvpedro.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2013.

DIGIÁCOMO, M. J.; DIGIÁCOMO, I. A. **Estatuto da Criança e do Adolescente: anotado e interpretado**. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, 2010.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Reconhecer para libertar**: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

ISBN 978-85-334-2162-2



DISQUE SAÚDE

136

Cuidadora Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde