

ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Célia Karolina Couto Castro

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

Belo Horizonte

2025

CÉLIA KAROLINA COUTO CASTRO

**O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM
USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora:

Dra. Dirley Lellis dos Santos Faria

Belo Horizonte

2025

C355c

Castro, Célia Karolina Couto.

O cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes em uso de álcool e/ou outras drogas. / Célia Karolina Couto Castro. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2025.

21 f.

Orientador(a): Dirley Lellis dos Santos Faria.

Artigo Científico (Especialização) em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui bibliografia.

1. Crianças e Adolescentes. 2. Álcool e/ou outras Drogas. 3. Saúde Mental. 4. Redução de Danos. 5. Rede Intersetorial. I. Faria, Dirley Lellis dos Santos. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WM 270

Célia Karolina Couto Castro

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Banca Examinadora

Ma. Rosângela Rodrigues Moraes

Prefeitura Municipal de Betim

Dra. Ana Regina Machado

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Dra. Dirley Lellis dos Santos Faria

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Belo Horizonte

2025

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso propõe uma reflexão sobre o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes em uso de álcool e/ou outras drogas, através de um relato de experiência em um Centro Atenção Psicossocial Infantojuvenil. A construção do caso clínico de um adolescente é apresentada, expondo sua história pessoal, familiar e social, com as múltiplas violações às quais foi acometido ao longo de sua vida. Na narrativa apresentada destaca-se o sofrimento mental e as dificuldades de vinculação experimentadas por esse adolescente. Entendemos que o tratamento em saúde mental de crianças e adolescentes em uso de álcool e/ou outras drogas utiliza-se de estratégias de Redução de Danos, enquanto redução de vulnerabilidades, considerando o período peculiar de desenvolvimento em que se encontram. Diante da complexidade das demandas do caso apresentado, destacamos a importância do trabalho intersetorial para atender de forma compartilhada as múltiplas necessidades do sujeito.

Palavras-chave: Crianças e adolescentes; álcool e/ou outras drogas; saúde mental; redução de danos; rede intersetorial.

ABSTRACT

This final paper proposes a reflection on mental health care for children and adolescents who use alcohol and/or other drugs, through an experience report at a Child and Adolescent Psychosocial Care Center. The construction of the clinical case of an adolescent is presented, exposing his personal, family and social history, with the multiple violations he was subjected to throughout his life. The presented narrative highlights the mental suffering and the difficulties of bonding experienced by this adolescent. We understand that the mental health treatment of children and adolescents who use alcohol and/or other drugs uses Harm Reduction strategies, as a reduction of vulnerabilities, considering the peculiar period of development in which they find themselves. Given the complexity of the demands of the case presented, we emphasize the importance of intersectoral work to meet the multiple needs of the subject in a shared manner.

Keywords: Children and adolescents; alcohol and/or other drugs; mental health; harm reduction; intersectoral network.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. REFERENCIAL TEÓRICO	7
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA	10
4. PRINCIPAIS APRENDIZADOS	17
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

1. INTRODUÇÃO

Esse artigo apresenta um relato de experiência que busca analisar o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes em uso de álcool e/ou outras drogas; a partir da construção de um caso clínico conduzido no trabalho de Técnico(a) de Referência em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi).

No paradigma da Atenção Psicossocial, a intersetorialidade se afirmou como um princípio propositivo fundamental para a implementação de uma rede de cuidados; fazendo enfrentamento à histórica tendência à institucionalização de crianças e adolescentes no país e desempenhando um papel, particularmente estratégico, para as ações de cuidado em saúde mental a essa clientela. "Foi a tomada de responsabilidade pelo tratamento e cuidado da infância e adolescência que inscreveu definitivamente no campo da saúde mental pública a ação intersetorial como marco de referência [...]" (Couto; Delgado, 2015).

Os casos que envolvem uso prejudicial de drogas chegam, geralmente, aos CAPSi a partir da intersetorialidade na rede de saúde mental de crianças e adolescentes. Januzzi (2019), citando Guerra e Silva (2013), aponta que já no final da primeira década dos anos 2000, observa-se uma crescente onda de encaminhamentos desses casos para tratamento no CAPSi determinados por setores jurídicos, como promotorias, juizados e também pelos conselhos tutelares.

A inserção desses casos no campo da saúde mental levantou debates sobre as especificidades desses jovens, sobre certas condições de vulnerabilidade social, a relação com a criminalidade, a violência, entre outros aspectos e, principalmente, as dificuldades em aderir ao tratamento nestes serviços (Januzzi, 2019).

Na condução do cuidado de crianças e adolescentes que envolvem tais complexidades, a construção do caso através da pesquisa e da escrita dos elementos da vida do sujeito; considerando os aspectos pessoais, familiares e sociais; e também revisitando estratégias de cuidado e intervenções já realizadas ao longo do tempo em que o caso está inscrito no serviço de saúde mental e na rede intersetorial, traz a possibilidade de replicar as intervenções anteriores que apontam caminhos para a organização do sujeito e também aprendizados para a construção de novas estratégias de cuidado.

A construção do caso clínico em psicanálise é o (re)arranjo dos elementos do discurso do sujeito que “caem”, se depositam com base em nossa inclinação para colhê-los, não ao pé do leito, mas ao pé da letra. Incluímos aí também as ações do sujeito, entendendo que são norteadas por uma determinada posição no discurso. O que caracteriza a construção do caso na equipe de saúde mental, e diverge do trabalho mais específico do psicanalista, é exatamente o fato da equipe ser heterogênea em sua composição – diferentes profissionais e referenciais teórico-técnicos, diferentes níveis de formação. Mas é justamente por meio desse trabalho “coletivo” que a discussão do caso deve ir na direção do “aprendiz da clínica”, ou seja, colher das produções do sujeito os indicadores para seu tratamento, e não, ao contrário (Figueiredo, 2004).

Buscaremos, aqui, esta orientação para construção do caso.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Criado como dispositivos de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), os CAPSi tem como missão cuidar de crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental e relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, que vivenciam intenso sofrimento, cujos contextos, histórias, relações e (des)inscrições sociais exigem uma atenção complexa, levando em consideração a vivência psicossocial dos sujeitos (Moura et al, 2021).

Esses serviços devem ser porta aberta às demandas de saúde mental do território e também devem identificar populações específicas e mais vulneráveis que serão objeto de estratégias diferenciadas de cuidado (Brasil, 2014). Os CAPSi tem um duplo mandato: uma função clínica/assistencial para casos de maior gravidade e outro relativo à função gestora de ordenação da demanda em saúde mental e consequente construção de redes de cuidado na saúde e nos equipamentos intersetoriais (Couto; Delgado, 2015, 2016).

Um dos atributos importantes dos CAPSi é a atenção psicossocial a crianças e adolescentes que vivenciam crises psicossociais.

As situações de crise e urgência exigem das equipes dos CAPSi invenção de saídas inesperadas para o que se apresenta no aqui e agora. São situações diversas vividas pelas crianças e adolescentes que exigem um cálculo e uma ação imediata, situações que podem mobilizar apenas um profissional do serviço, mas que também podem mobilizar toda a equipe; mobilizar outros serviços da rede de saúde mental, como CAPS III, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Hospital Geral, e também a rede intersetorial – Conselhos Tutelares, Promotoria da Infância, Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) (Moraes et al., 2019).

Em 2005, visando garantir um atendimento mais adequado às necessidades específicas de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental, foi construído o documento "Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil" do Ministério da Saúde (Brasil, 2005). Esse documento estabeleceu as seguintes diretrizes que para a política de saúde mental infantojuvenil:

- 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.
- B. Acolhimento universal: significa que as portas dos serviços devem estar abertas a todos aqueles que chegam com alguma necessidade de saúde mental. O acolhimento universal não significa que os serviços 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 cuidado.
- 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.
- 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, que outros equipamentos de saúde, social, cultura, esporte, entre outros, poderiam atender melhor a essa demanda. 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, portanto, que os serviços de saúde promovam articulações intersetoriais que contemplarão, por meio de outras políticas sociais, a demanda feita ao CAPSi.

Nessa perspectiva e, do ponto de vista da área da Saúde, é necessário um olhar cuidadoso para crianças e adolescentes usuários de drogas em função, principalmente, da fase peculiar de desenvolvimento em que se encontram (Brasil, 2014, citando Bittencourt, 2009). Isto significa ofertar possibilidades de acolhimento, escuta e vinculação para a elaboração de projetos terapêuticos mais adequados às suas situações de vida.

Entendemos que para abordar a questão das drogas de forma mais complexa e também o cuidado em Saúde Mental de crianças e adolescentes, 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 trabalhar na ampla garantia de direitos dessa população de modo a apontar novas possibilidades de projetos de vida (Brasil, 2014).

Em 2003, a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2003) elegeu a Redução de Danos como estratégia de saúde pública, por meio da qual é incentivada a criação e sistematização de intervenções junto à população usuária que, devido ao seu contexto de vulnerabilidade, não quer ou não deseja parar com o uso da droga (Diniz; Queiroz; Nogueira, 2014).

A Redução de Danos parte do pressuposto de que é impossível acabar com as drogas no mundo, eliminando totalmente seu consumo (Mesquita, 1998). Está fundamentada nos princípios de democracia, cidadania, direitos humanos e saúde. Portanto, diferencia-se do modelo preventivo tradicional que busca um objetivo unívoco: a abstinência, meta idealizada e restritiva (Brites, 2017).

Marllat (1999) estabeleceu cinco princípios que, ainda hoje, são reconhecidos como os princípios básicos da Redução de Danos (RD) associados ao uso de drogas. São eles:

- A. A RD é uma alternativa de saúde pública para modelos moral/criminal¹ e de doença do uso e da dependência de drogas.
- B. A RD reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam danos.
- C. A RD surgiu principalmente como uma abordagem de “baixo para cima”, baseada na defesa do usuário, e não de uma política de cima para baixo promovida pelos formuladores de políticas de drogas;
- D. A RD promove acesso a serviços de baixa exigência como alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência.
- E. A RD baseia-se nos princípios do pragmatismo empático² versus idealismo moralista.

¹ A guerra às drogas ou a ideologia de tolerância zero, adotada principalmente pelo governo norte-americano e baseada nas políticas de proibição, criminalização e numa ideologia rígida livre de drogas (Nadelman, 1997). As táticas de repressão e sanções desenvolvidas pelos Estados Unidos, incluindo aparato eletrônico de vigilância, testes de drogas, novas leis, prisões compulsórias relacionadas às drogas, foram adotadas em muitos países, e a proporção de aparato, recurso policial e espaço em prisões destinados a esse fim aumentou dramaticamente, inclusive no Brasil (Cruz et al, 2003).

² A utilização deste tipo de abordagem torna possível que muitos pacientes se vinculem aos profissionais e à instituição, iniciando tratamento que pode progressivamente trazer modificações importantes na forma de o paciente lidar consigo mesmo e com o mundo à sua volta e, inclusive, com o seu uso de drogas (Cruz et al, 2003).

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A experiência se inicia em 2024, quando assumo o papel de Técnica de Referência (TR) de Raul (16 anos) no CAPSi. Nos CAPS, o TR é uma das funções ocupadas por técnicos de nível superior na assistência a pessoas com sofrimento psíquico. O TR é aquele a quem compete, seja qual for sua formação profissional, articular o chamado Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário/a. Isto se faz a partir de uma escuta, que considere suas questões e sua história, interroga o significado dos seus sintomas, examina com ele/ela suas dificuldades, e procure construir, também com os mesmos, saídas para certos impasses e abertura de novas possibilidades (Bontempo; Rodrigues, 2015).

Raul estava recém reinserido no Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes³, chamado de Abrigo, serviço que integra a Alta Complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A construção de seu caso clínico foi possível a partir da escuta nos atendimentos, da consulta em seu extenso prontuário e das reuniões entre os serviços da rede intersetorial.

Quando Raul foi gestado, a mãe Maria vivia em situação de rua, mas, com o avançar da gestação retornou a residir com sua mãe Ana e seu irmão João. Maria e João faziam uso prejudicial de múltiplas drogas e Ana uso prejudicial de álcool e cigarros. Não havia vínculos com o pai da criança.

Raul lembra que, quando pequeno, a avó mandou a mãe sair de casa, mas “*não sabe o porquê*”; a mãe, então, retornou à situação de rua. Queria ir junto, mas a avó não aceitou, assumindo seus cuidados. Lembra também que o tio lhe ensinava fazer papagaios e que a avó lhe batia por brincar com fogo. Diz que gastava os fósforos para que ela não fumasse, mas chegou a pôr fogo em um carro.

Algun tempo depois, a mãe foi internada em uma Comunidade Terapêutica, para tratar o uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas através da abstinência; onde conheceu seu

³Os serviços de acolhimento para crianças e adolescentes devem pautar-se nos pressupostos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (CONANDA, 2009). O ECA (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.

companheiro, com quem teve, inicialmente, uma filha - cuja guarda ficou com os avós paternos - e anos após outros filhos, que foram retirados e encaminhados para a adoção devido às dificuldades dos pais de cuidar dos mesmos. A avó de Raul sofreu um acidente vascular cerebral quando o mesmo tinha 7 anos. Logo após o ocorrido ela entregou Raul para a mãe e cessou o contato com o neto. Na ocasião, o tio João estava preso.

Residindo com a mãe e o padrasto, o núcleo familiar de Raul começou a ser acompanhado pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) devido denúncias de violações aos direitos da criança. Raul apresentava alterações comportamentais, enurese e queixa de sono agitado com pesadelos; por esse motivo o CREAS encaminhou o caso ao CAPSi do município. Após poucos atendimentos, Raul interrompeu o tratamento, talvez porque esse dispositivo era distante de seu território.

Aos 9 anos, Raul foi encaminhado novamente para tratamento de saúde mental, dessa vez, inserido em atendimento psicológico ambulatorial na Unidade Básica de Saúde (UBS). A mãe apresentou queixa de auto e heteroagressividade, evasões de casa e da escola, furto de objetos, ameaças e violências sofridas; a mãe e a criança eram conhecidas pelo tráfico de drogas do território e também pela Polícia Militar (PM), devido ao constante uso de drogas.

Aos 10 anos foi encaminhado novamente ao CAPSi para dar continuidade ao tratamento devido a complexidade do caso. No acolhimento, a mãe demandava relatório para interná-lo, queixava brigas frequentes, impulsividade nas relações, se colocando em risco o tempo todo; a mãe não sabia dizer se ele usava drogas, também havia baixo rendimento escolar. Raul apresentava crítica comprometida e medo de ser internado; seu corpo estava marcado por agressões referentes a violência familiar: haviam muitos hematomas e o rosto estava ferido. Após o acolhimento, foi iniciada a construção do PTS de Raul, acordado entre a TR, Raul e Maria, a inserção da criança em atendimento individual, o atendimento familiar e a articulação com a rede intersetorial.

Segundo Faria (2025), o PTS será agenciado pelo TR, profissional, no CAPSi, responsável pela integração da criança ou adolescente em situação de sofrimento mental no serviço e na rede. Nesse sentido, constitui um importante dispositivo do arranjo organizacional da saúde mental. A atuação de TR exige uma articulação de vários saberes e de diversos campos relacionais (familiar, laboral, social, cultural, entre outros), gerando múltiplas possibilidades de trocas, mas também

demandando mediação de conflitos.

Em outro momento, Maria foi ao CAPSi sozinha, queixando agitação e agressividade do filho em casa e na escola, sentindo-se em risco, não querendo o filho em sua casa: contou que Raul quebrou a casa e fugiu pulando o muro. Também havia conflitos na rua, ele estava acessando três gangues rivais no território. Maria permanecia em uso abusivo de substâncias psicoativas e também estava envolvida com o tráfico de drogas. Em intervenção do Conselho Tutelar, Raul foi institucionalizado pela primeira vez em um Serviço de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes.

Após seu acolhimento nesse serviço, seu PTS foi reconstruído com a participação de Raul, RT e os profissionais dessa instituição; contavam nesse momento com a Permanência Dia (PD) no CAPSi: dispositivo clínico complementar ao atendimento individual, que tem o objetivo possibilitar assistência mais intensiva durante as urgências e crises, o ajuste do medicamento, a observação mais próxima e o esclarecimento diagnóstico, bem como contribuir para a construção de cada caso (Bontempo, 2012). Em concomitância era realizado um trabalho de manutenção dos vínculos entre Raul e a mãe: nas visitas haviam trocas de afeto entre eles, mas também momentos em que Raul a agredia. No entanto, na saída da mesma, ele chorava muito, ameaçava agredir, dizia querer voltar para sua casa e não para o Serviço de Acolhimento (“Abrigo”).

Durante a PD, Raul participava das oficinas propostas, fazia papagaio e interagia, mas sempre necessitando de mediação nas relações com os pares devido aos conflitos pelo comportamento impulsivo, inquieto, erotizado e a dificuldade em aceitar regras e limites. Os episódios de agitação e heteroagressividade estavam sempre presentes, com momentos em que lançava pedras para evadir do CAPSi; pulava o muro, voltando para PD após manejo dos trabalhadores. Em um momento em que estava tranquilo e abordável, Raul contou que tinha vontade de sair para usar drogas, citou uso de cocaína e maconha.

Enquanto Raul estava inserido em PD, a rede se mantinha em movimento. Na escola, foi oferecido suporte para a aprendizagem e mediação das relações com os pares. Raul também foi inserido em atividades esportivas e informática. Esse arranjo realizado a muitas mãos fez com que Raul experimentasse pela primeira vez um período de organização, com melhora do desempenho escolar e manejo mais fácil do comportamento. Além das intervenções diretas a criança, Maria

também continuou sendo alvo de intervenção, com sua inserção em tratamento de saúde mental devido ao uso prejudicial de múltiplas drogas. Como não houve sua vinculação ao CAPS AD, que era longe de sua casa, foi tentado o CAPS do seu território, no entanto, também não aderiu ao tratamento no mesmo.

Entendendo que Maria ainda não estava organizada para a oferta de cuidados que o filho necessitava, a rede fez a busca ativa de José, pai de Raul. Houve gradativamente a aproximação e construção de vínculos entre eles, sendo que o pai manifestou desejo em assumir a guarda do filho. Raul apresentava muitas expectativas em relação ao pai inicialmente. Não há registros em prontuário sobre como esse pai foi localizado pela rede intersetorial.

Quando foi colocado sob a guarda do pai, foi realizada a transferência de cuidados do CAPSi para o município de sua residência. Raul, no entanto, não conseguiu se adaptar à organização familiar paterna: desafiava a madrasta, apresentava comportamento erotizado direcionado à irmã e fugia para a casa da mãe, caminhando por um longo percurso de um município a outro. Morou com eles, nessas condições, por cerca de dois anos e depois retornou para a casa onde havia morado com a mãe: local em que permanecia residindo a irmã com seus avós paternos. A mãe havia se mudado com o companheiro.

O CREAS seguia acompanhando o caso e responsabilizou o avô (pai do padrasto) a procurar o CAPSi para a retomada do tratamento de saúde mental da criança. No atendimento, Raul estava resistente, com o autocuidado prejudicado: a família não estava conseguindo manejar os cuidados básicos como banho e alimentação. Havia queixas de agressões, conflitos e ameaças de matar a irmã. Raul também estava ameaçado de morte por cometer furtos no território; passava as noites na casa de traficantes ou na rua em uso de drogas, desafiando pessoas da comunidade; jogava pedras nas outras crianças, machucando e matando animais; chegou a apanhar e ser amarrado em um poste. Também sofreu uma tentativa de homicídio por pessoas com envolvimento no tráfico de drogas. Nesse momento, foi necessária uma nova reconstrução do PTS, sendo acordado o retorno de Raul para a PD. No entanto, ele começou a sair cedo da casa do avô e voltar só à noite, não sendo encontrado pelo transporte do CAPSi. Após discussão do caso com o Conselho Tutelar e com a Promotoria, foi novamente inserido no Serviço de Acolhimento.

Raul permaneceu acolhido alguns meses, mantendo as alterações comportamentais, mas,

depois, evadiu retornando para o seu território. No final do ano de 2022, ele demanda de forma espontânea ao Conselho Tutelar retornar ao “Abrigo”, após ter sofrido outra tentativa de homicídio, onde ficou hospitalizado pela gravidade da violência. Em 2023, o Programa de Proteção a Crianças e Adolescente Ameaçados de Morte (PPCAM) foi acionado para intervenção no caso, pois Raul estava ameaçado devido suspeita de ter envolvimento em um abuso sexual de outro adolescente. Ficou um mês sob proteção e passou por três municípios, mas, por não ter conseguido seguir as regras do programa, foi entregue novamente ao “Abrigo” em Betim. Raul não se sentindo mais em risco fugiu do Serviço; acreditando que haviam cessadas as ameaças, retornou para seu território na casa do avô.

Em meados de 2024, Raul retorna ao “Abrigo”, novamente, por solicitação própria ao Conselho Tutelar, por outra ameaça grave à sua vida no território. Em fissura, demandante de cigarros, agitou e ameaçou fazer uma tentativa de autoextermínio na instituição caso não fosse levado ao CAPSi, comportamento esse que reproduziu de outro adolescente também acolhido no mesmo local. Raul mantinha exatamente os mesmos sintomas e comportamentos descritos ao longo da infância, acrescentando autolesão: fazia cortes superficiais nos braços, justificava se tratar de uma forma de controlar seus impulsos e não agredir a terceiros, pois segundo ele, precisava permanecer acolhido naquele momento. Acordado entre Raul e a RT que seu PTS, agora, incluiria atendimento individual semanal e as articulações de rede para garantia de direitos.

Por um curto período Raul se implicou no atendimento psicológico, melhorou o autocuidado e fez planos para o futuro, demandando inserção na escola e no mercado de trabalho. Raul fez uma boa relação transferencial com a RT: quando apresentava comportamentos de agitação e agressividade, cessavam com emprego de atenção e afeto da mesma. Foi observado pela TR que quando Raul estava extremamente agitado e não aceitando abordagem no CAPSi, ir para a rua era uma intervenção que o acalmava, por vezes a escuta acontecia caminhando até o comércio onde ele comprava cigarros e até mesmo deitado na calçada em frente ao serviço. Raul se identificava com a situação de rua: contava excitado sobre os episódios em que dormia na mesma e pedia esmolas; às vezes, chegava sozinho pela manhã ao CAPSi portando cobertores e moedas das noites em que evadia do “Abrigo”.

Raul queixava cada vez mais sobre a ociosidade e a sensação de estar preso no “Abrigo”. Quando inserido em PD, Raul apresentava postura intimidadora e violenta com pares, fazia ameaças

e atuações direcionadas aos outros usuários e aos trabalhadores do serviço. Oscilava entre recusa e a solicitação de medicação. Na tentativa de acordar com ele a prescrição e administração de medicação antipsicótica injetável de depósito, evadia do CAPSi pulando o muro, justificando sentir pavor de agulha. Sustentar Raul em PD exigia exaustivo manejo da equipe.

Eram realizadas constantes discussões do caso entre os trabalhadores do CAPSi. Os comportamentos descritos eram entendidos pela equipe como sintomas de um quadro grave de transtorno mental e comportamental por uso de drogas. A equipe sustentava o PTS com os cuidados diários, no entanto, eram recorrentes momentos em que alguns trabalhadores marginalizavam o adolescente, interpretando suas atuações enquanto comportamentos de transgressão à lei, questionando de forma contínua e incisiva a inserção de Raul na PD.

A desinserção social de Raul era pauta das reuniões promovidas pela TR com a rede, já que o mesmo permaneceu por meses institucionalizado e se mantendo desinserido da escola e de atividades extracurriculares. Buscava-se, nesses momentos, a participação de todos os serviços na construção do PTS do adolescente, partindo dos projetos de vida de Raul e da necessidade de retomar as intervenções com o núcleo familiar. Raul verbalizou o desejo de residir com a mãe após completar dezoito anos, a mãe seguia em uso prejudicial de drogas e sem vinculação aos serviços da rede. Além das reuniões intersetoriais, também eram realizadas reuniões com os trabalhadores do “Abrigo”, que realizavam o cuidado direto ao adolescente, para discussões de questões referentes ao manejo diário.

No final do ano de 2024, Raul negociou no “Abrigo” saídas durante o dia para soltar papagaio, quando aproveitava para fumar maconha. Esse arranjo feito para tentar evitar as constantes evasões, funcionou sem intercorrências por poucos dias. Logo Raul retomou o uso de cocaína, que recebia em troca de práticas sexuais com um homem que conheceu na rua, a quem chamava de “Tio”. Raul passou a apresentar o humor extremamente irritável e intensificou as evasões. Permanecia em situação de rua, realizando serviços para o tráfico de drogas e também se prostituindo em troca das substâncias psicoativas. Raul se colocava em risco e era constantemente ameaçado em diferentes pontos da cidade, pelo tráfico de drogas e também pela PM. Essas informações chegavam de diversas fontes, mas Raul já não conseguia mais usar o espaço de escuta do CAPSi devido a desorganização de seu quadro, ocasionado pela intensificação do uso de drogas.

Nesse momento a inserção na escola foi realizada como uma tentativa de reduzir a vulnerabilidade em que Raul se encontrava. Raul conseguiu interromper por alguns dias o comportamento desenfreado; se organizou, fez provas na escola, levou suas atividades escolares para fazer na PD com a ajuda dos outros adolescentes e buscava afeto dos trabalhadores, mas não conseguiu sustentar por muito tempo. Começou a evadir constantemente da PD, com momentos de arremessar pedras e pular o muro, exatamente como na infância. Mas sempre voltava, no mesmo dia ou no dia seguinte.

A situação se agravou ainda mais, quando Raul passou a convidar outros adolescentes, acolhidos no “Abrigo” e também usuários do CAPSi, para evadir juntos e, como ele, serem abusados sexualmente em troca de drogas. Quando os próprios adolescentes relataram aos trabalhadores do CAPSi o ocorrido, os demais serviços da rede foram acionados para a oferta dos cuidados de saúde pertinentes, a realização de Boletins de Ocorrências na PM em relação aos abusos e a comunicação dos fatos ao judiciário.

O PTS de Raul passou a ser reconstruído, contando com intervenções involuntárias devido às situações de risco para si e para outros; aconteceram momentos em que o manejo verbal e comportamental falhou e os trabalhadores precisaram recorrer à contenção química e mecânica na tentativa de evitar as evasões. Raul foi inserido em permanência intensiva, na tentativa de estabilizar o quadro e minimizar os riscos; a PD era realizada no CAPSi e a Permanência Noite (PN) em um CAPS III, pois o CAPSi não funciona 24 horas. Após uma semana de PD e PN, Raul evadiu.

A gerência do CAPSi, nesse momento, articulou com um experiente trabalhador de um CAPSi de outro município, a oferta de supervisão do caso aos trabalhadores que integram a rede de cuidados ao adolescente. Na supervisão foi realizada a discussão do caso clínico; pontuado a importância da inserção, mesmo que involuntária, da medicação antipsicótica para conter, em certa medida, as alterações comportamentais de Raul; levantado a importância da articulação entre a equipe técnica do judiciário e os serviços da rede intersetorial, para evitar determinações que fogem aos princípios da política de saúde mental infantojuvenil. A rede segue na tentativa de localizá-lo para dar sequência às intervenções, com novas possibilidades de oferta de tratamento para Raul.

4. PRINCIPAIS APRENDIZADOS

A condução do caso de Raul levantava discussões entre os profissionais do CAPSi e também dos demais serviços da rede intersetorial, devido a não vinculação do adolescente ao tratamento, pensava-se em várias estratégias de cuidado, mas as constantes hostilidades e evasões de Raul causavam intensa frustração nos trabalhadores. Entendendo a droga no lugar de sintoma e pensando o caso a partir de uma perspectiva estruturalista, questionava-se se o caso se tratava de uma neurose ou uma psicose, havia muita dificuldade na construção de um diagnóstico para Raul. No entanto, segundo Januzzi (2019), a clínica da toxicomania não pode ser considerada restringindo-se a uma perspectiva estruturalista, embora, apresente suas particularidades em cada tipo clínico.

Raul não se dirigia ao serviço em busca de tratamento, buscava por um local onde pudesse descansar, tomar banho, se alimentar e receber afeto. Segundo Januzzi (2019), citando Zenoni (2006), as instituições de saúde mental devem cuidar, acolher, abrigar e tratar. Mesmo que o abrigo, o cuidado e a proteção sejam suficientes para o sujeito, o tratamento deve ser ofertado de forma simultânea.

As estratégias de Redução de Danos eram empregadas no caso citado, o tratamento acontecia a partir do cuidado ofertado. Sempre que Raul chegava ao serviço, mesmo quando desacompanhado, era acolhido pelos profissionais para escuta de sua demanda. Havia dias em que demandava a mediação com a equipe do “Abrigo” para o seu retorno e outros dias em que demandava por inserção em PD. A PD para Raul era indicada como forma de dar uma pausa na exposição ao uso de drogas, enquanto se estimulava hábitos de autocuidado e também a interação mediada com os pares, através da convivência e da participação em oficinas terapêuticas.

Raul fazia uso de cigarro nos momentos em que estava na PD; eram realizados acordos entre ele e a equipe quanto ao número de vezes que sairia acompanhado para fumar, visto que não era permitido fumar no espaço de convivência para evitar exposição às outras crianças e adolescentes não fumantes presentes no espaço. Nesses momentos, devido a sensação de informalidade, era possível realizar conversas com Raul de uma forma tranquila, cabiam pontuações sem que ele transbordasse. Enquanto Raul fumava, era possível trabalhar questões relacionadas à sexualidade, a necessidade de uso de preservativos para evitar exposição a Infecções Sexualmente Transmissíveis e também sobre a diferença entre sexo consentido e abuso sexual.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Redução de Danos na infância e na adolescência se faz a partir da redução de vulnerabilidades. O CAPS enquanto espaço de acolhimento e pertencimento para as crianças e adolescentes com necessidades de cuidados relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas, torna-se espaço de produção de cidadania e de cuidados. A garantia de direitos no caso de Raul fez com que em alguns momentos, mesmo que pontuais, diminuísse o uso de drogas e investisse em algo, como a escola e a relação com o outro. Um trabalho clínico, portanto, não pode deixar de ampliar-se também no serviço, de seus portões para fora, para a rede que inclui outros serviços de natureza clínica, mas também outras agências sociais não clínicas que atravessam a vida das crianças e jovens (Brasil, 2005).

Acreditamos poder continuar a investir em Raul, buscando produzir encontros e cuidados. Estamos buscando-o pela cidade.

REFERÊNCIAS

BONTEMPO, Valéria Lima; RODRIGUES, Camila Castanheira. O técnico de referência e a saúde mental: uma reflexão a partir de uma residência multiprofissional. 2. ed. Porto Alegre: Revista de Educação, Ciência e Tecnologia do Ifrs-Campus Porto Alegre, 2015. 13 p. Disponível em: <https://periodicos.ifrs.edu.br/index.php/ScientiaTec/article/view/1437>. Acesso em: 13 maio 2025.

BRASIL. Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 62 p. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf. Acesso em: 13 maio 2025.

BRASIL. Orientações Técnicas: Serviço de Acolhimento para crianças e adolescentes. 2 ed. Brasília: Conselho Nacional de Assistência Social, 2009. 168 p. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/cadernos/orientacoes-tecnicas-servicos-de-acolhimento.pdf. Acesso em: 30 março 2025.

BRASIL. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.. Brasil, Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 13 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 13 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 72 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf. Acesso em: 30 março 2025.

BRITES, C.. Psicoativos (drogas) e serviço social: uma crítica ao proibicionismo. São Paulo: Cortez, 2017. 251 p.

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. Disponível em: <https://www.sesp.mt.gov.br/documents/4713378/12015625/Nota+T%C3%A9cnica+CONANDA+n%C2%BA+02-11+do+Conselho+Nacional+dos+Direitos+da+Crian%C3%A7a+e+do+Adolescente.pdf>. Acesso em: 13 maio 2025.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G.. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psic.Clin.*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, 18 maio 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pc/a/RSQnbmxPbbjDDcKKTdWSm3s/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 maio 2025.

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: <https://www.nuppsam.org/wp-content/uploads/2021/05/Intersectorialidade-uma-exigencia-da-clinica-com-criancas-na-Atencao-Psicossocial.pdf>. Acesso em: 31 maio 2025.

CRUZ, M. S. et al. Posicionamento do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre as estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, p. 355-362. maio 2003. Disponível em: https://site.mppr.mp.br/sites/hotsites/arquivos_restritos/files/migrados/File/Projeto_Semear/Temas_Revelantes/Posicionamento_do_Instituto_de_Psiquiatria_da_UFRJ_sobre_as_estrategias_de_reducao_de_danos.pdf. Acesso em: 13 maio 2025.

DINIZ, A. G. R.; QUEIROZ, I. S.; NOGUEIRA, P. H. Q. CADERNOS TEMÁTICOS: juventudes, drogas e redução de danos. Belo Horizonte: UFMG, 2014. 63 p. Disponível em: <https://observatoriodajuventude.ufmg.br/wp-content/uploads/2021/07/Caderno-13-Juventudes-Drogas-e-Reducao-de-Danos-1.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2025.

FARIA, D. L. S. Processo de trabalho na Saúde Mental para Crianças e Adolescentes. Belo Horizonte: CENAT, 2025. Disponível em: <https://blog.cenatcursos.com.br/processo-de-trabalho-na-saude-mental-para-criancas-e-adolescentes/>. Acesso em: 30 março 2025.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Latinoam: Psicopat. Fund.*, [s. l], v. 2, n. 1, p. 75-86, out. 2003. Disponível em: https://more.ufsc.br/artigo_revista/inserir_artigo_revista. Acesso em: 30 março 2025.

JANUZZI, M. E. S. Não é aqui, não é para nós: o que ensinam os adolescentes usuários de drogas sobre as dificuldades de adesão ao tratamento no campo da atenção psicossocial. Curitiba: Crv, 2019. 210 p.

MARLLAT G. A. Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Tradução Daniel Bueno. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999, 275p.

MESQUITA F., BUENO R., KRAL A., REINGOLD A., LOPES G., HADDAD I., PICONEZ D., SANCHES M., ARAÚJO P.J., BUCHALLA C.M. Aids entre usuários de drogas injetáveis na

região metropolitana de Santos na década de 1990. In: Ministério da Saúde (Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids). Brasil. A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: dez anos de pesquisa e redução de danos. Brasília; 2001, p. 11-48. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/149contribuicao.pdf>. Acesso em: 30 março 2025.

MORAIS, R. R. et al. O atendimento à crise e urgência no Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes de Betim. São João del Rei: Pesquisas e Práticas Psicossociais, 2019. 15 p. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/3002/2099. Acesso em: 30 março 2025.

MOURA, B. R.; PIMENTEL, F. A.; CID, M. F. B; MATSUKURA, T. S. De quem é a crise? Contribuições para a atenção psicossocial de crianças e adolescentes. Em: FERNANDES, ADSA [et al.]. (org.). Saúde Mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial. 1 ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021: p. 106-124.

NADELMAN, E.; MCNEELY, J.; DRUCKER, E. Perspectivas internacionais. Em: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod LG. Abuso de substâncias: um livro didático abrangente. 3ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997, p. 22-39.