

SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: ESTRATÉGIAS DE CUIDADO EM UNIDADE DE ACOLHIMENTO

Children and youth's mental health: care strategies in Residential Care

Camila Exner¹

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus²

Fernanda de Almeida Pimentel Argento³

Artigo encaminhado: 29/12/2018
Aceito para publicação: 21/01/2020

RESUMO: O crescente consumo de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes tem sido uma questão desafiadora para diferentes políticas públicas. Dentre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para responder a esta demanda, encontra-se a Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAI), viabilizada pelo Sistema Único de Saúde a partir de 2012. O objetivo deste estudo é compreender quais as estratégias de cuidado vêm sendo utilizadas pelos profissionais de uma UAI, bem como discutir a promoção de autonomia neste contexto. Trata-se de estudo qualitativo exploratório e descritivo, realizado numa cidade de grande porte do Estado de São Paulo com os profissionais de formação universitária e acompanhantes comunitários. Os dados coletados a partir da revisão da literatura e das entrevistas foram categorizados em: a complexidade e singularidade das demandas; as especificidades e desafios do trabalho na UAI; promoção de autonomia: concepções e práticas e a UAI na rede de atenção psicossocial, encontrando ressonâncias nas contribuições de Saraceno e, em especial, à proposta de autonomia cunhada por Paulo Freire. A UAI é compreendida enquanto espaço privilegiado de reinvenção do habitar e ressignificação cotidiana, tendo na convivência e na promoção de acesso aos recursos existentes no território, como cultura, arte, lazer, saúde e educação, suas maiores potencialidades. As ações são pensadas em conjunto com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e demais serviços da RAPS, tendo a redução de danos como estratégia para um cuidado mais efetivo, pautado na promoção de práticas libertárias e emancipatórias e rompendo a lógica tutelar.

Palavras-chave: Infância. Adolescência. Saúde mental. Acolhimento. Autonomia.

ABSTRACT: The growing consumption of alcohol and other drugs by children and adolescents has been a challenging issue for different public policies. Among

¹Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal de São Paulo. camilaexner@yahoo.com.br

² Terapeuta Ocupacional. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada. santista.luciana.surjus@unifesp.br

³Terapeuta Ocupacional. Mestra em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. fer_pimentel@yahoo.com.br

the services of the Psychosocial Care Network (RAPS, in the Portuguese acronym) to respond to this demand, there is the Child and Youth's Residential Care (UAI, in the Portuguese acronym) made possible by the Unified Health System (SUS, in the Portuguese acronym) as of 2012. The purpose of this study is to understand the care strategies used by the professionals of an UAI, as well as to discuss the promotion of autonomy in this context. This is an exploratory and descriptive qualitative study, executed in a large city of the State of São Paulo with professionals of university formation and community companions. The data collected from the literature review and interviews were categorized into: the complexity and uniqueness of the demands; the specifics and challenges of work in the UAI, promotion of autonomy: concepts and practices and the UAI in the psychosocial care network, finding resonances in Saraceno's contributions and, in particular, the autonomy proposal coined by Paulo Freire. The UAI is understood as an area privileged reinvention of dwelling and everyday reframing, and the coexistence and the promotion of access to existing resources in the territory, such as culture, art, leisure, health and education, their greatest potential. The actions are designed jointly with the Psychosocial Care Center (CAPS) and other RAPS services, with harm reduction as a strategy for more effective care, based on the promotion of libertarian and emancipatory practices and breaking the tutelary logic.

Keywords: Childhood. Adolescence. Mental health. Host. Autonomy.

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento histórico, político e social, iniciado nos anos 1970 e intensificado em 1990, no bojo da redemocratização e da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), num contexto internacional de busca pela superação da violência asilar articulado na luta de profissionais de saúde, familiares, usuários e movimentos sociais, tendo como principais eixos a redução de leitos para internação hospitalar, a criação de rede de serviços substitutivos, um reordenamento dos marcos legais e a elaboração de um conjunto de transformações de práticas, saberes e valores em torno à saúde mental (BRASIL, 2005b).

A atenção específica às crianças e aos adolescentes adentrou as pautas da Reforma com base no Artigo 227 da Constituição de 1988 e da Lei 8.069 de 1990, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), a principal política pública que contempla estes sujeitos, em um esforço de superar princípios, normas e diretrizes anteriores voltadas para a atenção à infância e adolescência. A entrada deste tema na agenda pública da saúde mental só fortalece após 2001, com a promulgação da lei 10.216, que dispõe sobre a proteção, os direitos dos sujeitos

com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e a III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, que exigiu mudanças imediatas nas ações voltadas ao público infantojuvenil (AMSTALDEN, HOFFMANN e MONTEIRO, 2010; BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b).

Para responder a esta demanda social, em 2002 foi instituído oficialmente no SUS o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij), serviço público previsto especificamente para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. Anteriormente a este marco, os serviços voltados ao atendimento em saúde mental deste público eram na sua maioria ou ligados a serviços universitários ou filantrópicos isolados, sem caráter de atendimento público gratuito e universal da população brasileira (COUTO, 2012).

No ano de 2015, foram indicados 201 CAPSij habilitados pelo Ministério da Saúde no Brasil, sendo 58 deles no estado de São Paulo. Na tabela 1 é possível verificar que apesar da intensificação de recursos e estratégias, o número de serviços ainda se mostra muito incipiente, observando-se que a expansão dos CAPSi e CAPS III é menor se comparada aos demais. (BRASIL, 2015a).

Tabela 1. Número de CAPS habilitados no Brasil de acordo com seu tipo (BRASIL, 2015a)

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742
2012	907	464	72	174	293	27	1937
2013	978	471	78	187	301	47	2062
2014	1069	476	85	201	309	69	2209

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica.

É fundamental considerar que, na contramão das conquistas da Reforma Psiquiátrica, crianças e adolescentes seguem sendo internados em hospitais psiquiátricos, especialmente aqueles com diagnóstico de transtorno de conduta ou que fazem uso abusivo de álcool ou outras drogas (BLIKSTEIN, 2012). Segundo Couto e Delgado (2010), um dos principais desafios encontra-se na falta de articulações intersetoriais, especialmente com as áreas da Justiça, Ministério Público, Educação e Assistência Social.

Quanto ao consumo de álcool e outras drogas feito por crianças e adolescentes, esta tem sido uma questão extremamente desafiadora aos profissionais e serviços de saúde mental, já que pode intensificar situações de vulnerabilidade social, expondo o sujeito as diversas formas de violência. Cabe ainda ressaltar que a falta de conhecimento, o despreparo para manejo, a política de guerra às drogas e o estigma relacionados aos que fazem uso de drogas, especialmente as ilícitas, contribuem para um panorama desfavorável ao cuidado a esta população, que sofre com ações paliativas e punitivas. (AMSTALDEN, HOFFMANN e MONTEIRO, 2010).

Frente a este cenário, a internação tem ainda aparecido como recurso compulsório, anunciado como resposta imediata, intensificando-se nos anos 90 e tornando-se ainda mais frequente na primeira década dos anos 2000, revelando a inexistência de serviços de saúde que amparem estes sujeitos ou a descrença nos serviços comunitários (JOIA, OLIVEIRA e VICENTIN, 2016). Historicamente, as intervenções e modelos de ação para crianças e adolescentes ditos deficientes ou delinquentes seguiam uma lógica tutelar, tendo como consequente resposta a institucionalização, gerando um quadro de desassistência, abandono e exclusão (BRASIL, 2005a). Ainda hoje verificamos uma série de resquícios dessa política, sendo o ECA um marco fundamental no reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direitos, impondo o dever de respeitá-los com a mais absoluta prioridade, colocando-os a salvo de qualquer forma de discriminação ou opressão.

Lima e Brasil (2014) apontam que há consenso na literatura de que as práticas em saúde mental devem promover a desinstitucionalização, o resgate da cidadania e a conquista da autonomia das pessoas com transtornos mentais. Ainda enfatizam que é necessário um maior número de produções que apontem para o cotidiano minucioso de tais práticas, seus limites e desafios, e o modo como se deve manejá-las.

Considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada, diversificada e efetiva nos diferentes pontos de atenção, foi instituída pela portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011⁴, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento

⁴A portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017 altera a política de saúde mental, entretanto, não a reconhecemos como legítima, visto que retoma o financiamento dos hospitais psiquiátricos e cria serviços ambulatoriais, em

ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas (BRASIL, 2012). A configuração da RAPS convoca ao desafio de superação da atenção ambulatorial especializada que favorece processos de desresponsabilização no que diz respeito às necessidades e demandas existentes no território (SURJUS, 2016).

Dentre os serviços que compõem a RAPS encontra-se a Unidade de Acolhimento (UA), destinada a pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, no componente de *atenção residencial de caráter transitório*. Tem por característica o funcionamento nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana e por objetivo o oferecimento de acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. As UA funcionam em duas modalidades: Adulto - destinada a adultos, de ambos os sexos e Infantojuvenil - destinada às crianças e aos adolescentes, entre dez e dezoito anos incompletos, de ambos os sexos (BRASIL, 2013).

Podemos inferir então, que a UAI destaca-se enquanto recurso inovador para responder à demanda crescente de crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar, que nos exige o desafio de ofertar, no campo da saúde, acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório e residencial. Este serviço provoca mudanças significativas nos modos de conceber o cuidado em saúde mental e em sua prática, já que pressupõe maior abertura à singularidade e uma necessidade maior de mobilização da rede de atenção, levando a um pensar crítico acerca da compulsoriedade do tratamento e a reflexão em torno da autonomia, liberdade e corresponsabilidade.

Autonomia aqui não deve ser entendida como um agir deliberado que prescinde das relações, mas como ampliação do grau de liberdade para circular pela rede e criar agenciamentos (JOIA, OLIVEIRA e VICENTIN, 2016). Tem-se a percepção de que o exercício da autonomia se encontra duplamente comprometido nas crianças e adolescentes com sofrimento psíquico e/ou que fazem uso abusivo de drogas: quer pelas perspectivas de tutela ainda hegemônicas no contexto social acerca da infância, quer pelo estigma da

detrimento do investimento em serviços de base territorial e comunitária, contrariando as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Mental.

invalidação social que envolve a loucura/drogadição. O sofrimento psíquico na infância e adolescência pode ainda interferir no desenvolvimento psicossocial e educacional, com potencial de reproduzir limitações ao longo da vida adulta (FEITOSA et al, 2011), além de impactar sobre a expectativa de contratualidade social e autonomia dessa população.

A UA se coloca com um dos pontos de atenção da RAPS, que vem oferecer alternativa a institucionalização ainda em curso, se comprometendo com o cuidado em liberdade, fator que caracteriza a reforma psiquiátrica. O que, no campo da infância e adolescência, confronta o histórico de submissão dessa população a políticas e práticas tutelares, prescritivas e manicomiais.

Joia, Oliveira e Vicentin (2016) utilizam como analisadores as internações psiquiátricas especializadas para “dependentes químicos” e a experiência de moradia transitória em uma UAI, reforçando que ao contrário das internações psiquiátricas, o caráter residencial e aberto das UAI potencializa as possibilidades de agenciamento com os recursos territoriais existentes, preservando a convivência familiar e comunitária. Mesmo que a criança ou adolescente venha encaminhada a partir de um CAPS ou por medida judicial, é prerrogativa do serviço que sua estadia seja voluntária, sendo a equipe responsável pela desconstrução da ideia de compulsoriedade e pela busca de negociação e diálogo com o sujeito.

Através do trabalho com o cotidiano, espaço em que é possível reconhecer e transformar os modos de produção de subjetividade em curso e buscar uma maior autonomia dentro das possibilidades existentes, a equipe pode promover práticas que rompem com a lógica tradicional de dependência institucional, priorizando o investimento em projetos de vida e aumentando o poder contratual (GALHEIGO, 2003). A capacidade de ir além de seus condicionantes é uma significativa vantagem do ser humano (FREIRE, 1996), podendo a UAI oferecer contribuição ímpar nesta direção, visto que possibilita a ampliação de recursos afetivos e sociais, de projetos de vida e repertório cultural, além de atuar diretamente com a singularidade do sujeito em seu modo particular de habitar, circular e realizar agenciamentos no território.

Consideramos fundamental o desafio de pensar a produção de cuidado e de saúde, realizando uma reflexão crítica frente às práticas e assumindo a necessidade de constante reinvenção de modos de intervir frente a

complexidade e singularidade, em especial, da condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, como nos aponta o paradigma da proteção integral (BRASIL, 1990) e nos desafia a consolidação da criança e adolescente enquanto sujeitos de direitos e de liberdade.

2 OBJETIVOS

Apresentar as estratégias de cuidado em saúde mental que vêm sendo pensadas e utilizadas pelos profissionais de uma UAI, bem como refletir sobre a promoção de autonomia neste contexto, usando como chaves de leitura as contribuições de Benedetto Saraceno e de Paulo Freire.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo qualitativo o tipo descritivo e exploratório (GIL, 2002). Os dados foram produzidos por meio de entrevistas individuais, realizadas numa UAI de uma cidade de grande porte do Estado de São Paulo com profissionais com formação universitária e acompanhantes comunitários, atuantes no serviço, previamente agendadas conforme conveniência dos participantes.

As entrevistas foram gravadas e seu conteúdo transcrito, sistematizado a partir de categorias identificadas na revisão realizada da literatura científica, incluindo ainda, categorias que emergiram do contexto das práticas. Posteriormente colocado em diálogo com autores de referência, reconhecendo os achados sempre como verdades que se produzem no contexto de realização das pesquisas, capazes de evidenciar os discursos que permeiam as práticas. (ONOCKO CAMPOS, 2002).

Um levantamento bibliográfico foi realizado para a construção do roteiro para as entrevistas e nortear as discussões, no qual foram selecionados 14 textos, sendo 4 dissertações de mestrado e 10 artigos. Apenas um deles tem a unidade de acolhimento como objeto de estudo, sendo os demais referentes a: caracterização dos atendimentos realizados em serviço de saúde (6), caracterização da criança e adolescente que faz uso de substâncias psicoativas (6), análise de decisões judiciais (1) e estudo de atividades e oficinas realizadas (1).

Somaram-se ainda às análises, as percepções registradas num diário de campo a partir da observação participante de uma das autoras, contemplando de modo amplo e plural os desafios e as potencialidades vivenciadas, inspirando o debate com os achados já categorizados, compondo a metodologia de pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob protocolo nº 0893/17, de 26 de outubro de 2017. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresenta reflexões a partir de um serviço recente na RAPS que deve manter-se sob acompanhamento e avaliação. Além disso, pode-se destacar enquanto limitação a pequena amostra entrevistada, que embora contribua para pensar o dispositivo UAI, não reflete a implementação do mesmo de maneira abrangente.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterizando a Unidade de Acolhimento Infantojuvenil

O parâmetro para implantação das UAI na RAPS indica municípios com mais de 100 mil habitantes e com mais de 2500 crianças e adolescentes em potencial uso de drogas ilícitas ou municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial uso de drogas ilícitas, sendo considerada ideal 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes (BRASIL, 2012). Tal recomendação ainda se distancia da realidade encontrada na RAPS, visto que de acordo com o último informativo público do Ministério da Saúde há apenas 13 UAI no Brasil, estando duas delas no estado de São Paulo, quatro no Ceará, duas no Rio Grande do Sul, quatro em Minas Gerais, e uma no Piauí (BRASIL, 2015).

De acordo com a portaria que institui a UA, este serviço deve contar com equipe técnica mínima composta por um profissional com nível universitário na área da saúde, quatro profissionais com nível médio concluído e um profissional com nível superior na área de educação (BRASIL, 2013). Na UAI que constituiu

o campo desta pesquisa, uma das situadas no Estado de São Paulo, inaugurada em 2012, há dois técnicos, um psicólogo e um educador físico; e oito acompanhantes de nível médio, que se organizam em duplas e revezam por turno de plantão, sendo que três deles estão cursando graduação na área da saúde ou assistência social e um deles já é formado em enfermagem. Todos estes profissionais, com exceção de um deles, tiveram experiência prévia em outros serviços da saúde ou assistência social, tais como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua, Centro de Acolhida, Organização Não Governamental (ONG), dentre outros.

O serviço é misto e acolhe crianças e adolescentes de 10 a 18 anos, entretanto esta faixa etária pode ser prolongada para até 24 anos de idade, caso seja identificada esta necessidade. A disponibilidade é de dez vagas, sendo sete quartos coletivos, separados de acordo com o gênero, ficando as meninas na parte de trás da casa e os meninos na parte da frente. Conta com espaço para refeições, cozinha, banheiros, área de serviço, sala de TV e sala administrativa, utilizada para o arquivamento de documentos e para a realização de reuniões de equipe.

Todos os profissionais enfatizaram que a principal característica da UAI consiste no fato de ser uma casa, portanto, o espaço deve ser organizado de modo que o acolhimento, a hospitalidade e a convivência sejam favorecidos. Como objetivos foram citados a reabilitação ou habilitação psicossocial, social ou para a vida, tendo a autonomia enquanto foco, especialmente quando não há uma rede de suporte familiar; redução de danos; organização da rotina e redução do uso de substâncias psicoativas; acolhimento; ampliação do repertório cultural; conscientização; inserção social; e auxílio na escola e/ou trabalho.

As moradias de caráter transitório surgem em oposição a uma lógica que opera pela via da psiquiatrização e da criminalização, incorporando uma demanda residual, visto que cuida de crianças e adolescentes que muitas vezes não se integraram nas demais instituições de acolhimento existentes. A existência desses serviços alerta para a necessidade de forjar um fazer inventivo quando se fala em modos de cuidar (OLIVEIRA, 2015).

Compreendendo a produção de autonomia como central na inventividade dos serviços residenciais para crianças e adolescentes, a análise do material foi

realizada à luz da produção de Paulo Freire, e será apresentada a partir das categorias: complexidade e singularidade das demandas; as especificidades e desafios do trabalho na UAI; promoção de autonomia: concepções e práticas; especificidades e desafios do trabalho e a UAI na rede de atenção psicossocial - as quais foram pensadas a partir da análise das entrevistas e do levantamento bibliográfico.

5.2 Complexidade e Singularidade das Respostas às Demandas de Crianças e Adolescentes que usam drogas

Quanto à caracterização da população atendida, tratam-se de adolescentes que fazem uso de substâncias psicoativas e que, de forma geral, encontram-se em importante situação de vulnerabilidade social, ou em situação de rua; testemunhando ou sofrendo situações de violência familiar e/ou abuso; com vínculos frágeis ou rompidos com rede familiar e social; ameaçados em seu território de origem; associados ao tráfico drogas e/ou submetidos à exploração sexual.

Diante deste cenário, a UAI aparece enquanto um espaço muito potente ao permitir que os moradores possam vivenciar uma rotina minimamente estruturada e continente, que possibilita o exercício/experiência do compartilhamento e corresponsabilidade, convivência respeitosa diante das diferenças e particularidades de cada um, decisão coletiva a respeito de normas da casa, sensação de pertencimento, possibilidade de desenvolver vínculos e afetividade, dentre outros aspectos que compõe a experiência de viver em um lar.

É enfatizada a importância de se conhecer o contexto histórico, familiar e social da criança ou adolescente, visto que o tempo de estadia na casa não deve ser pensado de forma fragmentada, mas sim integrada e significativa. As condições materiais e sociais condicionam a compreensão do sujeito a respeito de seu mundo e de suas possibilidades (FREIRE, 1996), onde a UAI pode configurar como articuladora de projetos de vida, para além de garantir as necessidades de moradia e alimentação.

A UAI entra para acolher mesmo, no começo entende-se isso, mas a gente entende que não é só isso, não é como um centro de acolhida (...). Elas poderiam estar fazendo algum projeto cultural, alguma oficina, uma atividade, em um centro cultural, ou na escola,

essa é a ideia, até para que ela se mova enquanto um ser que tem outros espaços.

(Profissional 1, feminino, graduação)

A equipe destaca o desafio de cuidar considerando o desejo do sujeito, mesmo quando este desejo consiste em não interromper o uso de drogas. Assim, o profissional aposta no vínculo, na confiança construída na relação, na autonomia do adolescente e na redução de danos. A estratégia de redução de danos não tem a abstinência como meta, mas sim o reconhecimento das singularidades do sujeito e a defesa de sua vida, aumentando a corresponsabilidade da pessoa em seu processo de cuidado e com as pessoas de seu entorno (BRASIL, 2003).

Enfatiza-se a necessidade de se compreender qual o papel que o uso assume na vida do sujeito, visto que pode ser uma maneira de ele se sentir parte de um grupo, de ser aceito ou como forma de pedir um cuidado. Em muitos dos casos a droga vem ocupar um vazio existencial e de recursos, podendo a UAI ter o papel de ampliar as possibilidades de desenvolver ou encontrar recursos na vida. Ainda, é fundamental considerar o uso dentro de uma lógica de consumo em que estamos inseridos, podendo a droga e o tráfico se tornarem alternativa diante da falta de oportunidade em outros domínios da vida social e afetiva (SCISLESKI, MARASCHIN e SILVA, 2008).

Percebe-se que esta população possui maior dificuldade em sentir e aceitar que está em situação de risco, entretanto, o vínculo e a escuta qualificada aparecem enquanto principais estratégias facilitadoras do cuidado. Além disso, identifica-se a potência em trabalhar com sujeitos em desenvolvimento, visto que são mais flexíveis e disponíveis para se pensar em planos de vida e da construção da própria identidade.

Dentre os fatores de risco – condições associadas a maior probabilidade de resultados indesejáveis, tais quais comportamentos que comprometem a saúde, a qualidade de vida ou o desempenho social do sujeito (MAIA; WILLIAMS, 2005) - os mais citados foram uso de substâncias psicoativas; rede de suporte familiar frágil ou ausente e situação de vulnerabilidade social. Outros fatores mencionados se relacionam a institucionalização do sujeito, a falta de recursos e/ou integração da rede de atenção psicossocial, estigmatização social

ou aspectos ligados ao comportamento da pessoa (falta de implicação ou interesse).

Quanto aos fatores de proteção - aqueles que modificam a resposta do sujeito para algum risco ambiental hostil, diminuindo a probabilidade de manifestação de problemas como agressividade e uso de drogas (MAIA; WILLIAMS, 2005) - percebe-se a oferta de um cuidado pela UAI; a possibilidade de ter um lar e vivenciar a rotina de casa; o incentivo para que o adolescente volte a ter planos e metas; ter uma rede de suporte familiar e social. Outros fatores citados são organização da rotina e promoção de autonomia.

5.3 Estratégias de Cuidado da Unidade de Acolhimento Infantojuvenil

A maioria dos profissionais pensa que há muito a ser desenvolvido no que tange ao cuidado de sua população alvo, considerando que ainda há um discurso e, sobretudo uma prática, que tende a desvalorizar o protagonismo destes sujeitos. Esta constatação também é compartilhada por outras pesquisas na área, tal como a de Gratiere (2012), que reforça a necessidade de se produzir reflexões sobre as especificidades do trabalho com infância e adolescência. Na mesma direção, Areco e colaboradores (2011) pontuam que estruturar ações para este público exige a escuta de seus anseios, desejos e necessidades. No que tange às políticas públicas, Scisleski, Maraschin e Silva (2008) apontam que boa parte delas não dizem sobre a criança propriamente dita, mas sobre o seu futuro e que, ainda, individualizam as problemáticas ao invés de contextualizá-las e propor estratégias de enfrentamento. No que diz respeito a tais estratégias, um dos profissionais aponta a fragilidade dos recursos disponíveis na rede.

Sobre as estratégias de cuidado, estamos engatinhando. Eu sinto que ainda tem uma deficiência desse cuidado na especialidade do álcool e drogas. A gente sente e eles trazem muito, (a necessidade) de mais recursos (...). Nós ainda somos os únicos no município, tem 10 vagas pensando num município é muito pouco. Tem surgido outros equipamentos com outra lógica, de abstinência (...). Precisamos de mais CAPS III na rede, mais serviços acolhendo esses meninos também.

(Profissional 4, masculino, nível médio)

Vicentin (2016) enfatiza que as legislações em defesa dos direitos das crianças produzem uma nova postura ao problematizar o modo adultocêntrico de encarar o universo infantil. Por outro lado, tais diretrizes se voltam mais à

garantia de proteção e cuidado do que para uma legitimação da sensibilidade e perspectiva da criança em sua relação com os adultos, reforçando a dependência e ratificando uma suposta incapacidade sociopolítica destes sujeitos. Coloca-se como um desafio atual a ampliação do direito à voz, da participação no espaço público e de sua ação como ator social, e não como objeto de proteção.

O trabalho com o cotidiano aparece em destaque no discurso dos profissionais, através de atividades que envolvem higiene pessoal, limpeza da casa, preparação da alimentação, compra em mercado, administração de finanças e organização geral da casa. Pontuam que esse trabalho se volta para o coletivo e ao mesmo tempo para a singularidade de cada sujeito ao habitar um espaço. O profissional pode contribuir para a elaboração crítica do cotidiano do sujeito e do coletivo, de modo que haja a legitimação da singularidade de acordo com cada contexto e história de vida, possibilitando que se conheça e experimente, sob espaços protetivos, novas e diferentes maneiras de construir o cotidiano.

Percebemos o norte ético da redução de danos para o cuidado na UAI, que envolve a compreensão de como se dá o uso de substâncias psicoativas e qual o significado dele na vida da pessoa, bem como ofertando um conjunto de estratégias que envolvem orientações de que evitem usar drogas sozinhos; que, caso haja a decisão de usar, o façam com alguém próximo e de confiança; que verifiquem o uso excessivo, e evitem misturar substâncias. Embora haja o desejo por parte da equipe de que o jovem interrompa o uso, ou ao menos de que o faça de forma menos prejudicial possível, isto não é exigido dele como uma condição para se estar na UAI. De acordo com os profissionais, esta postura favorece a criação de vínculo e um cuidado do qual a criança/adolescente é sujeito ativo e protagonista.

Todos os profissionais identificam o diálogo e o vínculo enquanto principais instrumentos para trabalhar com os moradores, um deles explicitando o quanto que estas estratégias de cuidado possibilitam o desenvolvimento de empatia em um contexto de atuação que é complexo e desafiador.

É tentar minimamente se colocar no lugar deles, (...) pelo menos entender que ele está tentando controlar a ânsia dele de usar e então você pega o histórico familiar e vê que não é fácil. Aqui é o caos, onde os impactos da desigualdade social vão explodindo e é muito mais escuta.

(Profissional 5, masculino, cursando graduação)

É essencial considerar que é apenas através de uma escuta atenta e respeitosa que se desenvolve uma *fala com* o sujeito, dando abertura para os gestos e as diferenças do outro, bem como para que seu contexto de vida e sua singularidade sejam ponto de partida no desenvolvimento do cuidado (FREIRE, 1996).

A assembleia é citada como um importante recurso no que tange à tomada de decisões, definição de regras, organização do espaço e mediação das relações. A fala de um dos entrevistados ilustra o papel central da assembleia, inclusive quando se pensa em resolução de conflitos e na possibilidade de construção conjunta com o adolescente, sem imposições verticais.

Tudo na unidade é decidido por assembleia. É semanal e também extraordinária em qualquer intercorrência ou qualquer situação. Por exemplo, o Carnaval agora, nós temos algumas regras combinadas entre nós, horário de entrada e de saída, para não voltar de madrugada (...). Se tiver qualquer desentendimento ou situação a gente para tudo e faz. É tudo construção, não é imposto, é combinado e tem dado certo.

(Profissional 1, feminino, graduação)

A arte, a cultura e o lazer são citados como recursos potentes para se ampliar o repertório das crianças e adolescentes, visto que possibilitam a expressão e podem despertar novas sensações, permitir novos encontros, transitar por novos lugares, trocar novas ideias, dar contorno e contexto para a vivência de novas loucuras. As estratégias de cuidado pensadas são marcadas pelo desejo de propiciar condições para que os sujeitos se assumam enquanto seres históricos, sociais e culturais, seres “pensantes, comunicantes, transformadores, criadores, realizadores de sonhos, capazes de ter raiva porque capazes de amar” (FREIRE, 1996, p.19). Na narrativa abaixo, um dos profissionais relata uma ação envolvendo arte e cultura desenvolvida com os moradores, as quais atuam na potencialização do sujeito enquanto ser transformador.

A gente foi levar eles para ver o Basquiat⁵, eles ficaram super empolgados porque é outra visão, de que eles podem jogar essa repressão, esse caos, esse medo, essa violência em um caderno por exemplo, escrever, fazer poesia. Então vai descontar, canalizar essas coisas em outros lugares, vai descontar fazendo arte.

(Profissional 5, masculino, cursando graduação)

⁵ Jean-Michel Basquiat (1960-1988), pintor norte-americano de ascendência afro-caribenha e expoente do neoexpressionismo.

Alguns profissionais pontuam a sensação de impotência por vezes sentida, questionando o impacto das ações diante de casos tão complexos marcados pela extrema vulnerabilidade social e precariedade de recursos, tanto institucionais quanto sociais. Paulo Freire (1996) pontua a importância dos gestos simples, os quais podem agir enquanto forças transformadoras. Ainda salienta que o inacabamento do ser é próprio da experiência vital e que a esperança deve constituir nossa prática, visto que a História é composta por possibilidades e não por determinismos. Por sermos inacabados, estamos em um processo social de busca. Esta maneira de se relacionar com o outro potencializa o ato de se apostar nos sujeitos, incluindo aqueles cujas histórias de vida são marcadas pela fragilidade de recursos.

A reunião de equipe também é considerada como estratégica, sendo destacada enquanto ação de cuidado para a equipe. De acordo com os profissionais, ela tem como objetivo o alinhamento de condutas, a revisão de posicionamentos e o não engessamento do manejo, visto que há sempre o risco de que haja uma mecanização das ações. Tendo o usuário da UAI enquanto denominador comum, entende-se a reunião enquanto um recurso que favorece a integralidade do cuidado e minimiza abordagens reducionistas, auxiliando ainda na resolução de conflitos e na promoção de um trabalho solidário, compartilhado e criativo (VASCONCELOS, 2010).

5.4 As Especificidades e desafios do Trabalho na UAI

A principal especificidade destacada é o fato de o serviço ser uma casa e, por conta disso, o objetivo central é trabalhar com o habitar e o conviver em um coletivo. Embora a realização de grupos esteja prevista na portaria que institui as UA, os profissionais enfatizam que programar uma rotina seria institucionalizar o espaço, o que destituiria a potência do cuidado em um lar. Por outro lado, há a possibilidade de se combinar nas assembleias a realização de oficinas, confraternizações e passeios externos. Também são feitos acompanhamentos individuais, quando necessários, tais como ir ao CAPS, fazer exames laboratoriais ou consultas médicas, escola ou demais necessidades.

Alguns entrevistados pontuam que o sujeito acompanhado na UAI deve se sentir livre para entrar e sair da casa, opinar sobre a dinâmica geral do espaço e organizar sua própria rotina. Por outro lado, há uma série de regras definidas e

que são pactuadas logo de início e retomadas ao longo da estadia, tais como: a permanência na casa é temporária; deve haver um compromisso com o PTS; a participação nas assembleias; a colaboração com as tarefas da casa e a proibição de violência, drogas, armas, tráfico, roubo e exploração sexual.

Considerando o desafio colocado diante do desejo de favorecer o exercício de liberdade e responsabilidade, Paulo Freire (1996) nomeia a tensão existente entre autoridade e liberdade. Nesta interação deve haver equilíbrio e harmonia, sendo o autoritarismo e a licenciosidade resultados de uma transgressão destes limites. Uma autoridade competente aposta na liberdade e na inquietude dos sujeitos.

O fato de ser um espaço transitório é destacado enquanto um grande desafio, visto que há uma vinculação entre usuários e equipe e muitas das demandas exigem um trabalho a longo prazo, sendo difícil pensar em uma interrupção deste processo. Por conta disso, apontam que a transitoriedade deve ser trabalhada desde a admissão da pessoa na casa. Embora a permanência seja definida pela portaria como sendo de até 6 meses, há uma flexibilidade para se pensar caso a caso, podendo este tempo ser maior ou menor.

Ainda que a UA seja pensada como moradia transitória, é essencial refletir sobre a complexidade de experiências de aquisição e/ou aprendizagem de habitar os espaços, de realizar as atividades cotidianas, de compartilhar um local (BRASIL, 2015b). Saraceno (2001) assinala que a capacidade contratual do sujeito tem como um dos elementos principais a transformação de um “estar” em um “habitar”. O estar requer uma baixa propriedade (não apenas material) do espaço, já o habitar se relaciona a um nível elevado de contratualidade. O autor enfatiza que a reabilitação psicossocial deve cuidar não apenas da residência, mas sobretudo dos desejos e habilidades envolvidos no habitar, focando-se na facilitação de lugares para se viver e menos na programação e controle de tais lugares. Para promover o habitar e, conseqüentemente, a autonomia, há que se olhar para o cotidiano e sua banalidade, onde trocamos afetos e mercadorias.

Os serviços de saúde mental infantojuvenis, dentro da perspectiva ética que hoje rege (ou regia até início de 2018, dada a alteração da política de saúde mental pela portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017) 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. (BRASIL, 2014)

O trabalho com as situações de crise é destacado como ambivalente e desafiador, visto que não há o recurso da contenção física ou medicamentosa, sendo o manejo realizado com base no vínculo, ainda que guarde a contradição de ser um “serviço” que funciona 24 horas e com equipe mínima, sendo o CAPS a referência na RAPS que deve oferecer suporte. Entretanto, para a UAI em discussão, foi apenas em 2018 que o serviço de referência se tornou um CAPS III, sendo que nos anos anteriores não havia retaguarda nas 24h e aos finais de semana.

Algumas situações de crise podem restringir temporariamente a extensão da autonomia do sujeito, dada a necessidade de contornos à exposições a riscos, entretanto, mesmo nestes momentos pode-se buscar uma relação baseada na confiança, competência e confidencialidade entre a pessoa que precisa de cuidados e aquele que cuida, favorecendo o estabelecimento de um cuidado horizontal e pautado pela alteridade. Entende-se como estratégico a construção de espaços de diálogo e compartilhamento, estimulando uma emancipação gradual e responsável. Angnes e colaboradores (2013) assinalam que o objetivo último da atenção ao sujeito com transtorno mental grave, seja adulto ou criança, é promover a caminhada rumo à autonomia – por vezes perdida ou não reconhecida.

Os entrevistados, especialmente os acompanhantes comunitários, ressaltam que deveria haver maior investimento na educação continuada dos profissionais. A reflexão crítica sobre a prática do ontem ou do hoje é um momento fundamental, visto que é através dela que se possibilita um aperfeiçoamento do amanhã (FREIRE, 1996). A formação auxilia na identificação das dificuldades vivenciadas no cotidiano do trabalho e das potencialidades de cada profissional, promovendo melhor adaptação da equipe e melhor qualidade da assistência ao usuário.

5.5 A UAI na Rede de Atenção Psicossocial

A UAI, de acordo com os profissionais entrevistados, concebem o CAPS como referência, ou seja, é ele o serviço responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular (PTS) de cada morador, considerando uma hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde. Dentre as responsabilidades do CAPS, em parceria com a UAI, são citadas: a indicação do acolhimento, o acompanhamento, o planejamento da saída, o seguimento do cuidado e a articulação intersetorial com a finalidade de reinserção social do usuário na comunidade, com serviços como Centro de Referência da Assistência Social (Cras), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (Creas), as escolas e os equipamentos de cultura e lazer do território. A atenção básica é citada como apoiadora, visto que articula o cuidado clínico geral dos moradores.

Evidencia-se a importância do trabalho em rede, visto que a continuidade do cuidado é essencial e dela depende a sustentação do trabalho desenvolvido na UAI. Nas entrevistas é salientada a dificuldade de se pensar a etapa posterior à passagem pelo serviço quando não há uma articulação intersetorial. Oliveira (2015) define a UA como “casa dos recusados”, visto que é um serviço que acolhe crianças e adolescentes desfiliações socialmente e que não se enquadram no cuidado oferecido em outras instituições. O autor aponta que isto causa um tensionamento na rede, levando a um questionamento da fragmentação do cuidado e da institucionalização, bem como ofertando um cuidado que se dá na errância e que é aberto para receber a singularidade do sujeito.

As crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, ainda mais do que os adultos, necessitam de atenção intersetorial, já que além do serviço de saúde mental exigem recursos para a garantia e estímulo ao pleno desenvolvimento, o que inclui a educação, esporte, lazer, cultura, instâncias jurídicas que garantam os seus direitos, entre outras. É fundamental que uma clínica que se faz no território e em liberdade possa considerar toda a complexidade pessoal e os dispositivos institucionais que fazem parte da vida da pessoa, construindo canais de diálogo que possam dar sustentação e criar novas possibilidades de existência (AMSTALDEN, HOFFMANN e MONTEIRO, 2010). A vulnerabilidade que perpassa a vida das crianças e adolescentes será menor quanto maior for a ampliação de compromissos coletivos e de instituições que se mostrem disponíveis (VICENTIN, 2016).

Um dos maiores desafios para a área de saúde mental infantojuvenil, sem dúvida, é a construção de uma política voltada para esta população, que considere suas peculiaridades e necessidades e que siga os princípios estabelecidos pelo SUS. Apesar dessa população ser concebida legalmente como prioridade absoluta, ainda é rara a correspondência dessa diretriz no âmbito das políticas públicas. Dessa forma, faz-se premente dar visibilidade às práticas que ousam materializar tal compromisso (COUTO, 2012).

5.6 Promoção de Autonomia: concepções e práticas

A autonomia foi um tema de destaque nas entrevistas. Todos os profissionais acreditam que promovê-la é um dos objetivos do trabalho na UAI e é especialmente evidenciada quando se fala na realização das atividades de vida cotidiana que envolvem a rotina da casa. Paulo Freire (1996) pensa o respeito à autonomia enquanto uma exigência ética pautada na convivência amorosa, considerando o sujeito enquanto um ser sócio-histórico-cultural. É necessário assumirmos uma postura vigilante em relação ao discurso neoliberal que tem se apropriado do conceito de autonomia, estimulando o individualismo e a competitividade. Coloca-se o desafio de estabelecer um compromisso com a ética humana em nossas práticas.

No discurso dos profissionais é possível perceber que há uma preocupação com o fato de os moradores terem dificuldade de realizar tarefas domésticas e o auto cuidado, e isto no geral é atribuído a certo nível de imaturidade existente, ausência de uma figura familiar, falta de interesse ou a falta de vivência de se habitar um lar e partilhar dentro de um coletivo, visto que muitos estão em situação de rua e tem baixa continência familiar.

Ainda enfatizam que há uma alternância entre querer ser independente em alguns momentos e em outros querer ser assistido, associando isto ao fato de ser uma etapa de transição entre infância/adolescência e mundo adulto. É importante se atentar para o processo de passagem entre heteronomia e autonomia, podendo o profissional ter função auxiliadora ou perturbadora (FREIRE, 1996). Na heteronomia, os deveres são vistos como externos, enquanto cumprimento da ordem de outrem; já na autonomia há a consciência da significação e importância dos deveres, mesmo na ausência de uma autoridade (PIAGET, 1967). É preciso respeitar o que o sujeito quer e o que

recusa, garantindo o direito que o sujeito tem de escolher e, posteriormente, lidar com as consequências destas escolhas (FREIRE, 1996).

Este contexto evidencia a tenuidade dos limites existentes entre liberdade e tutela, especialmente considerando que é um serviço com objetivo de ser um lar e que, ao mesmo tempo, tem uma série de finalidades ligadas à promoção de saúde. Freire (1996) nos alerta para a importância de haver um esforço em persuadir a liberdade, mesmo que com recursos vindos de fora, para que posteriormente tais aquisições sejam reelaboradas pela autonomia do sujeito. Dessa forma, o que era preenchido pela dependência, preenche-se gradualmente de autonomia na medida em que o sujeito vai assumindo responsabilidades. A autonomia seria então a construção da possibilidade de se assumir a própria liberdade.

É enfatizada a diferença entre *fazer com eles* e *fazer por eles*. Ao se estimular o sujeito para a realização de uma atividade é importante pensar em estratégias de criação de possibilidades para uma construção singular, a fim de que não se torne apenas a transferência de um dado saber (FREIRE, 1996)

A autonomia é associada, pela maioria dos entrevistados, a possibilidade de lidar de maneira satisfatória com as diversas situações de vida, se organizando diante das tarefas e compromissos, bem como cuidando dos objetos pessoais e do espaço que habitam. Alguns a definem como uma liberdade ao transitar, podendo ir e vir e fazer escolhas de acordo com o próprio julgamento. O conceito de autonomia ainda aparece relacionado com fazer as coisas sozinho, sem depender do outro e isto seria proporcional ao nível de maturidade desenvolvido pelo sujeito. Também acreditam que significa lidar de maneira mais saudável com o próprio corpo, fazendo um uso mais consciente das substâncias psicoativas e evitando comportamento sexual de risco.

Jorge et al (2011) classificam a autonomia como uma tecnologia do cuidado, a qual corrobora com a capacidade dos usuários de compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sobre o mundo, resgatando a cidadania. Acrescentam ainda que o grau de autonomia se mede pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde-doença, de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros. Considerando este dispositivo de cuidado, o PTS - feito em conjunto com o CAPS e tendo o usuário como protagonista - deve levar em conta as potências, as demandas e as

necessidades para então desenvolver condições de ampliar o gerenciamento da vida e aumentar as possibilidades de fazer escolhas. O desafio consiste em compreender o projeto terapêutico enquanto uma tessitura da vida junto ao sujeito, em seus cotidianos concretos e relações, reduzindo o que gera sofrimento e apostando nas potências. Mais do que estratégias pensadas pela a equipe, ele é o fazer junto propriamente dito (Kinker, 2016).

Um profissional ressalta o risco de que o desejo de cuidar possa levar à restrição da autonomia do sujeito, destacando a importância de se escutar os desejos da criança e do adolescente, respeitando o tempo de cada um.

As pessoas querem pegar a pessoa pela mão e dizer: “você tem que vir por aqui, não, é para cá” e aí se eu sou dono da minha vida onde vocês deixam eu escolher? É perguntado se ele queria usar, se quer tomar remédio, se quer ser atendido hoje? É cuidado também ele dizer não, ele falar “hoje eu não quero ir”.

(Profissional 5, masculino, cursando graduação)

A autonomia se constrói ao longo de sucessivas decisões, acontece no devir³. Primeiro vem a possibilidade de escolher, depois vem a autonomia (FREIRE, 1996).

É importante enfatizar que quanto maior a possibilidade de exercitar trocas, sejam afetivas, materiais ou simbólicas, maior a contratualidade do sujeito. Nota-se a importância de que a relação com o serviço seja trabalhada, buscando-se uma menor dependência dos recursos assistenciais e uma maior circulação pelo território (KINOSHITA, 1996), ainda mais se considerarmos que a transitoriedade está entre as diretrizes do serviço.

Através da fala de um dos entrevistados é possível refletir que a autonomia pode ser trabalhada de maneira flexível, não havendo um objetivo ou uma determinada maneira de se fazer à priori e estando diretamente relacionado ao contexto de vida do sujeito.

Por exemplo, o João veio de um SAICAS⁶ e não dá conta de viver neste espaço. Ele quebra, ele agride e não aceita as regras. Ele está vindo para cá e a gente vai tentar nesse tempo trabalhar com ele para que consiga conviver com as pessoas, com as regras da sociedade. O Rafael mora com o pai e não consegue conviver, estamos ensinando a lavar a roupa, a desligar a torneira, a ficar

3 Para Paulo Freire (1983) o ser humano é um ser inacabado – portanto, não há uma realidade estática - e busca seu aprimoramento no mundo, junto aos demais sujeitos, num processo de constituição que não cessa.

4 Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes. Oferece acolhimento provisório e excepcional para crianças e adolescentes de ambos os sexos, em situação de medida de proteção e em situação de risco pessoal, social e de abandono, cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção.

próximo da comida quando cozinhar e hoje ele consegue lidar. A autonomia depende do que o adolescente traz para a gente, para ser trabalhado. Para quando sair daqui continuar estudando, continuar se cuidando, continuar na vida.

(Profissional 1, feminino, graduação)

Em concordância a este panorama, a reabilitação psicossocial proposta por Saraceno, se apresenta como uma estratégia global de atenção ao sujeito baseada em uma exigência ética, que visa mais do que “simplesmente passar um usuário, um paciente, de um estado de “desabilidade” a um estado de “habilidade” (...)” (SARACENO, 1996, p.14). Esta proposição exige uma postura profissional que busque não pensar a reabilitação como uma técnica específica, e sim como uma abordagem a fim de não se limitar a determinada forma de tratamento, pois seja qual for a estratégia utilizada, ela deve ser um meio de se alcançar um nível de contratualidade efetivo. Assim, os projetos devem se distanciar de respostas pontuais e simplificadas que restringem o usuário, procurando edificar uma relação interativa e dialógica, potencializando os recursos de que o sujeito dispõe. É preciso considerar que a autonomia, nesta perspectiva, é maior à medida em que se ampliam as possibilidades de depender de coisas e pessoas diversas (KINOSHITA, 1996).

Dessa forma, as UAI podem ser importantes dispositivos no sentido de evitar internações desnecessárias, visto que se caracterizam enquanto locais de vida e produção de cuidado, favorecendo o fortalecimento de ações pautadas no direito ao convívio familiar e comunitário, reforçando o paradigma da inserção social para a promoção de saúde mental.

Trabalhar com a autonomia torna-se ainda mais importante com a população atendida na UAI, visto que são sujeitos que geralmente apresentam fragilização ou rompimento nas relações familiares e/ou sociais. Muitos têm passagem por abrigos ou Fundação Casa e após os 18 anos recorrem a centros de acolhida ou ficam em situação de rua. Dessa forma, promover autonomia pode ser uma maneira de buscar outras possibilidades de vida para este sujeito.

Esta atitude requer enfrentar os desafios de romper com a lógica do entretenimento para “manter dentro” enfatizada por Saraceno (1996). O acesso à habitação em território - assim como o acesso à educação, cultura, lazer e esporte - e a vivência de experiências com autonomia, estabelecimento de vínculos, estímulo às relações interpessoais e fortalecimentos de redes de apoio

às crianças e aos adolescentes tornam-se fundamentais para a produção de saúde e ampliação dos projetos de vida dos mesmos.

Estudos ressaltam a importância da família, a qual pode oferecer segurança social, financeira e afetiva ou ser um fator de risco – pais em uso problemático de drogas, sentimento de rejeição, omissão, medidas disciplinares inadequadas, relações instáveis, desemprego, doença ou morte na família, vivência de violência ou abuso. O território onde habita e circula o sujeito também é destacado, sendo fundamental considerar se há acesso aos serviços públicos e oferta de atividades ou espaços de lazer na comunidade. No que se refere à escola, é pontuado que a frequência escolar costuma ser inversamente proporcional ao uso de substâncias psicoativas. As dificuldades no desempenho escolar ou a insatisfação decorrentes de um ensino falho e sem atrativos também são enfatizados, corroborando os achados na literatura científica (RAMALDES, AVELLAR e TRISTÃO, 2016; BITTENCOURT, FRANÇA e GOLDIM, 2015; DIETZ et al, 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a entrada tardia da atenção específica às crianças e aos adolescentes nas pautas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a insuficiente articulação intersetorial para desenvolver uma atenção qualificada e o número ainda incipiente de serviços frente às necessidades e demandas encontradas, faz se necessário dar visibilidade aos estudos e práticas inovadoras no cuidado em liberdade de crianças e adolescentes que se encontram em situação de vulnerabilidade social e em sofrimento psíquico.

A implantação de UAI caminha nesta direção e responde ao desafio de acolher o sujeito em sua singularidade, complexidade e autonomia, investindo em uma lógica de rompimento com as práticas tutelares e punitivas.

Os profissionais entrevistados enfatizaram este serviço enquanto espaço privilegiado de trabalho com o habitar, a vida cotidiana, a convivência, o acesso à cultura, saúde e educação e a redução de danos. Tais estratégias favorecendo o desenvolvimento de projetos de vida e potencializadoras das possibilidades de agenciamento com os recursos territoriais existentes.

Considerando o contexto histórico, familiar e social da criança ou adolescente, o cuidado tem se desenvolvido de forma integrada e significativa e

em conjunto com os serviços que compõem a RAPS. Reconhece-se a importância do vínculo e da escuta qualificada enquanto facilitadores do cuidado. A assembleia é citada como um recurso importante, bem como a promoção de acesso a arte, a cultura e o lazer.

É fundamental considerar que ainda há muito a ser desenvolvido no que tange ao cuidado de crianças e adolescentes usuárias de drogas, considerando que ainda há uma tendência à dupla estigmatização destes sujeitos – seja pela prática tutelar ainda presente na infância, seja pelo transtorno mental e/ou uso de substâncias psicoativas. É preciso contextualizar as problemáticas existentes e propor estratégias de enfrentamento.

O trabalho com a autonomia dos moradores aparece enquanto exigência ética, dando espaço à discussão dos limites existentes entre liberdade e tutela e a necessidade de uma postura profissional que busque o alcance de um nível de contratualidade maior, evitando respostas pontuais e investindo na potência dos recursos do sujeito e do território.

Destaca-se o desafio de trabalhar a transitoriedade, o que mobiliza a articulação entre os serviços da rede de saúde. Esperamos que, ao dar evidência ao que se produz a partir de dispositivos de cuidado como as UAI, com a pequena quantidade de estudos na área, esta pesquisa possa contribuir para a consolidação de práticas libertárias e emancipatórias na infância e adolescência.

REFERÊNCIAS

AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMANN; LOPES, M. C. C.; MONTEIRO, T. P. Maia. A Política de Saúde Mental Infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Editora *Hucitec*; 2010. p. 34-45.

ANGNES, N. R. et al. Conceitos Winnicottianos integrados na clínica ampliada: um olhar sobre o tratamento do transtorno mental grave na infância. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 977-989, 2013.

ARECO, N. M. et al. Caracterização dos serviços que atendem adolescentes: interfaces entre saúde mental e drogadição. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, n. 1, p. 103-113, 2011.

BITTENCOURT, A. L. P.; FRANCA, L. G.; GOLDIM, J. R. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. *Revista Bioética*, Brasília, v. 23, n. 2, p. 311-319, 2015.

BLIKSTEIN, F. *Destinos de crianças: estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em hospital público psiquiátrico*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

BRASIL. *Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

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*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005b.

BRASIL. *Portaria 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: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. *Portaria 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 (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde: 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico*. Brasília: 2015a. Acesso em 02/07/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Brasília, 44 p, 2015b.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.;

TANAKA, O. Y. (Org.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p. 271-9

COUTO, M. C. V. *Política de saúde mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira*. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

DIETZ, G. et al. As relações interpessoais e o consumo de drogas por adolescentes. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 85-91, 2011.

FEITOSA, H. N. et al. A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. *Revista Bioética*, v.19.n.1, p. 259 – 75, 2011.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 14, n. 3, p. 104-9, 2003.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GRATIERE, R. A. *Atenção em saúde de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas psicoativas na cidade de Taquaritinga-SP*. 2012. 79f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

JOIA, J. H.; OLIVEIRA, A.; VICENTIN, M. C. G. *O que as trajetórias de atenção a crianças e adolescentes que fazem uso de drogas nos ensinam sobre o cuidado em rede? O CAPSi e o desafio da gestão em rede*. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2016, v. 1, p. 265-279.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & saúde coletiva*, vol.16, n.7, 2011.

KINKER, F. S. Um olhar crítico sobre os projetos terapêuticos singulares. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 413-420, 2016.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-9.

LIMA S.S.; BRASIL S.A. Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 67-88, 2014.

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área Temas em Psicologia. *Sociedade Brasileira de Psicologia Ribeirão Preto*, vol. 13, núm. 2, pp. 91-103, 2005.

OLIVEIRA, A. “Os recusados”. Uma experiência de moradia transitória infanto-juvenil no campo da saúde mental. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

ONOCKO CAMPOS, R. *La gestion: espace d'intervention, d'analyse et de spécificités techniques*. Apresentado no Primeiro seminário franco-brasileiro de Análise Institucional, Paris VIII, 2002.

PIAGET, J. *Seis estudos de psicologia*. Rio de Janeiro: Forense, 1967. 146p.

RAMALDES, H. Q.; AVELLAR, L. Z.; TRISTAO, K. G. Características de Crianças Usuárias de Substâncias Psicoativas Descritas pela Própria Criança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 32, n. 4, 2016.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo, Hucitec, p 13-8, 1996.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SCISLESKI, A. C. C.; MARASCHIN, C.; SILVA, R. N. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 342-352, 2008.

SURJUS, L. T. L. S. *Saúde mental infantojuvenil – história, perspectivas e desafios contemporâneos*. Anais do III Congresso Internacional de Saúde Mental, 2016, Irati-PR. Disponível em: <<http://anais.unicentro.br/cis/pdf/iiiv3n1/413.pdf>> Acesso em: 09 mai 2017.

VASCONCELLOS, V. C. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-16, 2010

VICENTIN, M. C. G. Criançar o descrençável. In: LAURINDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. (Org.). *O CAPSi e o desafio da gestão em rede*. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2016, v. 1, p. 29-38.