



Universidade de Brasília - UnB

Instituto de Ciências Humanas – IH

Departamento de Serviço Social – SER

Letícia de Freitas Garcia

**O CAPS Adi no Distrito Federal: Um serviço com vistas à
reinserção social**

Brasília-DF

2016

Universidade de Brasília - UnB
UnB Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER

Letícia de Freitas Garcia 10/0015352

**O CAPS Adi no Distrito Federal: Um serviço com vistas à
reinserção social**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social - SER da Universidade
de Brasília como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharela em Serviço Social, sob a orientação
da professora Dra. Carolina Cassia Batista Santos.**

Brasília-DF

2016

LETÍCIA DE FREITAS GARCIA 10/0015352

**O CAPS Adi no Distrito Federal: Um serviço com vistas à
reinserção social**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço
Social - SER da Universidade de Brasília como requisito parcial para a
obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.**

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dra. Carolina Cassia Batista Santos
Professora Orientadora – SER/UnB

Prof.^a Ms. Patrícia Pinheiro
Examinadora Interna – SER/UnB

Assistente Social Bruna Chaves – Cress DF 4131
Examinadora Externa - MPU com lotação no MPDFT

Brasília-DF, 2 de setembro de 2016

Dedico este trabalho ao meu filho Pietro, por quem tenho um amor Divino e imensurável. Ao meu marido Pedro, sempre companheiro e amigo. Aos meus pais Renilde e Hamilton, instrumentos usados por Deus para me dar vida. À minha irmã Giovanna, sua mãe Glória e sua irmã Carol que, pelo vínculo do amor, se tornaram parte de minha família.

Agradecimentos

De nada valeria para mim este trabalho se não expressasse primeiramente minha gratidão a Jesus Cristo, meu Senhor e Salvador, por ser Ele quem me dá vigor e força para enfrentar todos os desafios diários. Eu seria a pessoa mais infeliz desse mundo se não reconhecesse Seu infinito amor e misericórdia para comigo. Dedico com primazia essa conquista a Ele.

Agradeço à minha mãe Renilde, por todas as vezes que ela me deu sua mão e me levou até a porta da escola. Pelas vezes que contou suas moedas para pagar nossas passagens de ônibus. Pelas vezes em que ficou na fila para conseguir o passe estudantil. Por ter sido uma mãe que participou ativamente da minha vida escolar, sendo sempre uma das poucas mães/pais participantes de reuniões e apresentações escolares. Por ela inúmeras vezes ter ido ao trabalho sem saber como iria voltar, mas certa de que deveria cumprir o papel de mãe. Pelo tanto que espremeu o dinheiro tão suado e apertado para comprar uniformes escolares, livros, xerox na UnB e almoços no RU. Por várias vezes ter deixado de comer e vestir para me dar. Por ser meu exemplo de garra, caráter e moral. Agradeço por sempre ter acreditado em mim, desde a época em que eu estava sendo alfabetizada e íamos juntas no ônibus e eu perguntava “mamãe, o que é *umbi* (UnB)”. E agradeço principalmente por suas orações. Mãezinha, eu sabia que um dia eu teria um espaço especial para demonstrar meu reconhecimento e gratidão por ti. Obrigada! Te amo!!!

Ao meu marido Pedro, pela sua amizade e companheirismo ao me incentivar a continuar. Você é, desde que estamos juntos, a pessoa com quem escolhi dividir meus dias, sorrisos e lágrimas. Obrigada, meu amor, por todas as vezes que segurou minha mão e me abraçou, mesmo sem sabermos o que vem pela frente.

Ao meu filho Pietro, que, sem saber e de forma tão inocente, me impulsiona e me encoraja, sendo o maior motivo pelo qual vou à luta todos os dias.

Ao meu pai Hamilton, que torce, se emociona e vibra a cada conquista minha.

Aos meus tios Zezé, André e Esmeralda que muitas vezes me apoiaram acreditando e investindo na minha carreira e nos meus conhecimentos.

Às minhas irmãs Giovanna e Carol. À Giovanna por ser a menina linda que é, motivo de alegria e felicidade. E à minha irmã do coração, Carol, por tantas vezes em que se preocupou com meu desempenho escolar e pelas vezes em que me ensinou matemática, ou ao menos tentou (rsrs). Amo vocês, maninhas!

À tia Glória, minha segunda mãe, por quem sinto enorme afeto, admiração, respeito e

consideração.

Aos meus sogros Nazir e Cida, com quem tenho a oportunidade de compartilhar a alegria dessa conquista.

À toda minha família que está espalhada por várias cidades diferentes. Amo todos vocês.

Aos meus verdadeiros amigos e amigas que de alguma forma e em algum momento participaram dessa jornada.

À professora Dra. Karen Santana que me orientou no PTCC e precisou mudar-se para a Bahia por motivos pessoais.

À professora Dra. Carolina Cassia, que me orientou no estágio e no TCC, sempre com paciência e disposição em colaborar.

À toda banca avaliadora, sendo formada pela professora orientadora Carolina, a professora Patrícia e a Bruna, que foi também minha supervisora de campo de Estágio.

Aos que, em determinado momento, participaram e contribuíram com os dados para esta Pesquisa.

À equipe do CAPS Adi, com quem tive pouco contato pessoalmente, mas que de certa forma colaboraram com a Pesquisa por meio de conversas, troca de e-mail e telefonemas.

À Universidade de Brasília por ser um espaço de amplas oportunidades e compartilhamento de opiniões, pensamentos e crítica.

Ao curso de Serviço Social que me fez enxergar de forma peculiar a desigualdade social, de maneira a tentar me desvincular de conceitos moralistas e de senso comum, que culpabilizam vítimas pela condição em que se encontram. Esse curso me fez entender que o pobre não tem culpa de ser pobre. Encorajou-me a apoiar políticas de inserção social para minorias sociais. Fez-me ter, profissionalmente, a curiosidade de ir além do que vejo, ir além da imagem que o indivíduo aparenta ter, buscando entender o que o trouxe até a situação em que se encontra, deixando de lado aqueles velhos conceitos de julgamento e estereotipagem. O Serviço Social me fez perceber logicamente que pessoas em situação de falta de oportunidades não são preguiçosas e conformadas, e permitiu que eu visualizasse um sistema desigual e cruel por trás da sociedade, um sistema que humilha e segrega, pois é justamente a desigualdade que o mantém e possibilita sua existência. Por causa do Serviço Social, a partir de agora, tenho a oportunidade de trabalhar na viabilização de direitos de uma maioria em números e estatística que é escondida, cerceada e marginalizada.

Com sinceridade, meu agradecimento a todos.

“ocupamo-nos de construir, com as famílias e adolescentes, possibilidades de estar no mundo. Cada rumo à autonomia e à conquista de objetivos formulados pelo próprio sujeito é tido como sucesso.”

(Bethânia Serrão Teixeira)

Resumo

O presente trabalho de conclusão de curso constitui-se como pesquisa bibliográfica exploratória, que tem como finalidade analisar e discutir a experiência dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas infantojuvenil do DF, cuja proposta central é a reinserção social, não considerando a droga como elemento-alvo do tratamento. A reinserção social é prática constituinte no enfrentamento ao uso de drogas e busca recolocar o sujeito em seu meio e convívio saudáveis. Muitas vezes descobre-se, a partir da problemática das drogas, que essas constituintes encontram-se prejudicadas e, com a proposta de reinserir, torna-se possível visualizar outras demandas que acompanham o uso de drogas para que uma intervenção mais eficaz possa ser aplicada. Dessa forma, neste trabalho, foi feito levantamento dessas questões e de como os CAPS Adi no DF trabalham em cima delas. Para que essa análise fosse possível, a partir da bibliografia disponível acerca desta temática, foram consideradas sequencialmente algumas vertentes para discussão, são elas: o contexto sócio histórico que precede o surgimento dos CAPS a partir da Reforma Psiquiátrica, a atual legislação sobre drogas, uma abordagem sobre o público infantojuvenil e seus direitos como cidadãos de direito e, finalmente, a realidade do atendimento desse segmento no Distrito Federal atendido pelo CAPS Adi. Consultou-se e investigou-se, a partir dos relatos encontrados acerca do serviço prestado pelos CAPS Adi no DF, se a proposta de reinserção realmente existe e se é posta em prática e, a partir dessa análise e levantamento de informações, admitiu-se que esse serviço possui a premissa e prática de reinserção social.

Palavras-chave: Reinserção Social, CAPS Adi, Crianças e Adolescentes, Drogas.

Abstract

This course conclusion work is constituted as bibliographical research, which aims to analyze and discuss the experience of the Psychosocial Care Center Alcohol and other infantojuvenil Drugs DF, whose main proposal is social reintegration, not considering the drug as target element of the treatment. Social rehabilitation is practical constituent in dealing with drug use and search replace the subject in its environment and healthy living. Often we discover, from the problem of drugs, these constituents are affected, and the proposal to re-enter, it becomes possible to view other demands that accompany the use of drugs for more effective intervention can be applied . Thus, this work was done raising these issues and how the CAPS Adi FD work on them. For this analysis was possible, from literature available on this subject, were considered sequentially some aspects for discussion, they are: the historical social context that precedes the appearance of CAPS from the Psychiatric Reform, the current legislation on drugs a approach to infantojuvenil public and their rights as legal citizens and ultimately the reality of the service of this segment in the Federal District attended by CAPS Adi. He inquired and investigated, from the reports found about the service provided by CAPS Adi FD if the proposed reintegration really exists and is implemented and, from this analysis and information gathering, was admitted that this service has the premise and practice of social reinsertion.

Keywords: Social Reintegration, CAPS Adi, Children, Drugs.

Lista de abreviaturas e Siglas

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ABRIRE – Abrigo Reencontro

BCE – Biblioteca Central da UnB

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS Adi - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Infantil

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CF 88 – Constituição Federal de 88

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal

COMPP – Centro de Orientação Médico Psicopedagógico

CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DF – Distrito Federal

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EUA – Estados Unidos da América

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS – Instituto de Assistência Médica da Previdência Social

MJ – Ministério da Justiça

MS – Ministério da Saúde

MS/GM – Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro

NUTE - Núcleo Multi projetos de Tecnologia Educacional

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PNAD – Política Nacional Sobre Drogas

PREVINE –Prevenção de Problemas Relacionados ao uso de Drogas

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCIA – Setor Complementar de Indústria e Abastecimento

SEDESTMIDH – Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos

SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas

SES/DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas

SP – São Paulo

SPA – Substâncias Psicoativas

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

Lista de ilustrações

QUADRO 1 - Organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	25
MAPA 1 - Distrito Federal com demarcação de abrangência dos CAPS Adi Brasília e Taguatinga	41

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1: NOVAS RECOMENDAÇÕES EM SAÚDE MENTAL: A REFORMA PSIQUIÁTRICA, A ATUAL BASE LEGAL SOBRE DROGAS E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	17
1.1 A Reforma Psiquiátrica e o primeiro CAPS	17
1.2 Atual Base Legal sobre Drogas	21
1.2.1 A Política Nacional Sobre Drogas	21
1.2.2 Distinção entre usuário e fornecedor a partir da Lei 11.343/2006	22
1.3 A Rede de Atenção Psicossocial	24
CAPÍTULO 2: DROGAS, SUJEITOS E CONTEXTOS	27
2.1 As drogas como parte de uma totalidade.....	27
2.2 Os Sujeitos - Adentrando o universo infantojuvenil.....	30
2.2.1 Do jardim protegido à prisão de exposições.....	30
2.2.2 Breve revisão acerca dos Direitos das crianças e dos adolescentes brasileiros.....	33
2.2.3 Princípios de direitos dos frequentadores do CAPS Adi: O Estatuto da Criança e do Adolescente e introdução à Saúde Mental infantojuvenil	35
CAPÍTULO 3: CAPS ADI NO DISTRITO FEDERAL - BRASÍLIA E TAGUATINGA	38
3.1 Um contexto: A Capital de oportunidades e desigualdades.....	38
3.2 O CAPS Adi no Distrito Federal	39
3.2.1 Primeiros passos e abrangência territorial	39
3.2.2 CAPS Adi de portas abertas	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso tem o objetivo de investigar e discutir se os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas infantojuvenil (CAPS Adi) do Distrito Federal atuam a partir da premissa de reinserção social - preceito estabelecido pela reforma psiquiátrica. Atualmente o CAPS Adi do DF tem duas instituições, localizadas em Brasília e Taguatinga.

O CAPS, em suas diversas modalidades de atendimento, é resultado de uma inconformidade com o modelo anterior de atendimento em saúde mental. Por isso, neste trabalho, buscou-se inicialmente uma contextualização que possibilita a compreensão do surgimento e criação do modelo de atendimento estabelecido por meio dos CAPS distribuídos por todo país. Essa inconformidade iniciou-se internacionalmente e apresentou-se no Brasil nos anos 70, dando origem ao movimento que lutou contra a existência de manicômios, consolidando assim a Reforma Psiquiátrica Brasileira, estabelecida em 2001, após a criação da Lei 10.216/2001, que modificou o modelo de atendimento psiquiátrico. A Lei 10.216/2001 veio com uma proposta de atendimento que buscasse incluir o indivíduo na sociedade e não excluir, como era a realidade dos manicômios. Dessa forma se consolidou a proposta de atendimento do CAPS.

Com a criação da Política Nacional sobre Drogas em 2005, iniciou-se proposta inovadora também para o tratamento relacionado ao uso de drogas¹. Houve a criação da modalidade CAPS Ad, cuja proposta é o atendimento em saúde mental direcionado às pessoas em situação de uso de drogas². O CAPS Adi, uma das formas de configuração dos CAPS, surgiu a partir da necessidade de diferenciação no tratamento destinado entre o público infantojuvenil e adultos.

O CAPS Adi possui as premissas do CAPS Ad, mas com a ressalva de diferenciação no tratamento, onde a partícula “i” indica que aquele estabelecimento é especializado no atendimento realizado com indivíduos que têm menos de dezoito anos.

Estudos indicam que existem outras situações que acompanham o uso de drogas,

¹ A palavra “Drogas” será utilizada ao falar de drogas lícitas e ilícitas.

² O termo “em situação de uso de drogas” refere-se à pessoa que faz uso da droga, e será utilizado neste trabalho por acreditar-se que a condição na qual o indivíduo se encontra não é fixa ou imutável. Entende-se aqui que se trata de uma situação adquirida e que pode ser enfrentada e mudada, ou seja, não é inata e nem permanente. Os termos comumente usados “dependente”, “viciado”, “usuário de drogas” não expressam a complexidade e a relevância da condição vivenciada pelo indivíduo nela inserido (TEIXEIRA, 2013). A motivação para utilização do termo se deu a partir da análise da tese de Mestrado de Bethania S. Teixeira.

configurando-se como situações de vulnerabilidade social e falta de proteção. Para enfrentamento dessa condição é imprescindível uma mudança de olhar na estratégia de atendimento, inclusive para que sejam viabilizadas maiores possibilidades de sucesso no tratamento. O atendimento do CAPS Adi se dá no sentido de que, para a abordagem do envolvimento com drogas, é necessário entender que a pessoa em situação de uso de drogas é um sujeito construído social e historicamente, admitindo que as pessoas de sua convivência sofrem impacto de diferentes níveis, e são agentes importantes, juntamente com toda a sociedade, no enfrentamento dessa realidade. Junto a isso, a configuração de atendimento dos CAPS Adi se dá na busca da compreensão da totalidade do indivíduo e de pessoas da sua convivência.

A Pesquisa foi realizada a partir da análise de documentos de livre acesso disponíveis, constituindo-se como pesquisa bibliográfica exploratória feita com base em análise documental, sendo livros, artigos, trabalhos, textos, a participação desta autora em congresso³, diálogos com profissionais, e registros de vivências de autoras nos dois estabelecimentos. No último capítulo, foram utilizados como fonte bibliográfica dois trabalhos de especialização acerca do CAPS Adi Taguatinga e uma dissertação acerca do CAPS Adi Brasília. Essas três fontes são a base informativa do terceiro capítulo onde é feita a discussão do CAPS Adi no DF, como sendo um serviço com vistas à reinserção social. Com isso, tornou-se possível apresentar os CAPS Adi no Distrito Federal, sua abrangência e atuação visualizando, desde o formato da instituição, até a perspectiva de reinserção social, que é premissa-base de atuação da política e da legislação nas quais o CAPS Adi se fundamenta.

Dessa forma, este trabalho encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo contextualiza os avanços em saúde mental, trazendo histórico advindo a partir da Reforma Psiquiátrica. O capítulo tem continuidade apresentando a Base Legal vigente, e traz a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e atual Lei sobre drogas. Subsequente a isso, são expostas as estratégias da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), onde é feita a inclusão do CAPS na discussão.

O segundo capítulo apresenta a droga como parte de uma totalidade composta por sujeitos e contextos. Nesse capítulo, é iniciada a abordagem da criança e do adolescente a partir de uma compreensão que busca apresentar o universo infantojuvenil em aspectos psicossociais e de direitos, fazendo breve revisão histórica até a legislação atual: o Estatuto das Crianças e dos Adolescentes.

³ Participação dia 27 de novembro de 2014 no I Congresso Internacional de Prevenção aos Problemas Relacionados ao uso de drogas (PREVINE, 2014). Organização e realização UFSC, SENAD, MJ e MS.

O terceiro e último capítulo apresenta os CAPS Adi de Brasília e Taguatinga. Inicialmente é feita breve abordagem a respeito do Distrito Federal, desde a idealização da Capital Federal até problemáticas vivenciadas atualmente, em decorrência de um crescimento sem planejamento, e de como isso pode ter acarretado situações de desigualdade social, precarização das formas de trabalho e também de uso de drogas. A partir dessa necessidade estabelecida, esse mesmo capítulo terá continuidade discutindo acerca dos CAPS Adi, que existem a partir da proposta de reinserir crianças e adolescentes em contextos muitas vezes prejudicados ou até mesmo nem vividos que se apresentam nessa realidade de envolvimento com as drogas.

A partir deste estudo, foi possível entender que o uso de drogas surge como sintoma ou consequência de uma dinâmica descontínua, a qual necessita intervenção e cuidados que vão além da necessidade de extinguir as drogas da vida desses sujeitos. E é dessa forma que se buscou neste trabalho admitir a hipótese-problema de que o CAPS Adi no DF é um serviço que objetiva a reinserção social de crianças e adolescentes.

CAPÍTULO 1: NOVAS RECOMENDAÇÕES EM SAÚDE MENTAL: A REFORMA PSIQUIÁTRICA, A ATUAL BASE LEGAL SOBRE DROGAS E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

1.1 A Reforma Psiquiátrica e o primeiro CAPS

Para entender os avanços na abordagem do tratamento de pessoas em situação de uso de drogas no Brasil, faz-se necessário compreender os progressos que ocorreram nas últimas décadas em Saúde Mental, na legislação e nas práticas brasileiras.

No dia 6 de abril de 2001, com a aprovação da Lei 10.216/2001, aconteceram alterações no modelo de políticas públicas voltadas ao tratamento de transtornos mentais. A referida Lei discorre a respeito de direitos e proteção de pessoas que apresentam transtornos mentais, estabelecendo novos preceitos ao modelo anterior. Apesar da aprovação da Lei ter sido um marco, essas mudanças se deram em decorrência de uma luta que, desde 1950, teve início em países da Europa e, na década de 1970, iniciou-se no Brasil (BARROSO; SILVA, 2011). A seguir será feita uma breve contextualização histórica desse processo, desde as motivações até a implementação de mudanças.

Sabe-se que por muitos anos o atendimento a pessoas em Saúde Mental se dava por meio do modelo manicomial⁴, na maioria dos países ocidentais, e tinha um falso discurso de tornar novamente os sujeitos em sujeitos de direito (AMARANTE, 1995). Em 1950, quando surgiram muitas críticas na Europa, que afirmavam ser esse um modelo inadequado, iniciaram-se movimentos internacionais em oposição ao modelo vigente. O objetivo central era a humanização das políticas voltadas ao tratamento em Saúde Mental e objetivava uma real viabilidade de acesso a Direitos. Algumas experiências internacionais de tratamento, sob novas formas de intervenção e institucionalização, influenciaram a Reforma Psiquiátrica do Brasil, são elas:

- Comunidades Terapêuticas: ansiava pela adoção de medidas administrativas democráticas, participativas e coletivas, com o objetivo de transformar a dinâmica institucional asilar⁵; a antipsiquiatria: que buscava romper com o modelo assistencial e destituir o valor do saber médico com relação à explicação, à compreensão e ao tratamento das doenças mentais. Ambas advindas da Inglaterra;
- Psiquiatria Comunitária (EUA): apresentava a delimitação de um novo

⁴ O modelo manicomial enclausurava os chamados “loucos” inviabilizando qualquer chance de reinserção familiar e social. Acreditava-se que os “loucos” não podiam mais viver em sociedade e se misturar com as pessoas “normais” (ROSA; VILHENA, 2012).

⁵ Modelo de internação que exclui indivíduos e inviabiliza a reinserção ao meio e demais vínculos de existência.

campo para a psiquiatria, tendo por objeto a saúde mental;

- Psicoterapia Institucional: buscava uma instituição que contestava a psiquiatria asilar, na tentativa de levar para a comunidade parte do atendimento e tratamento. Ambas advindas da França.
- Psiquiatria Democrática Italiana: que proibia a realização de internações dos doentes mentais nos manicômios, determinando o esvaziamento progressivo desses estabelecimentos, e estabelecendo a necessidade da criação de serviços que pudessem substituir a internação compulsória, além de extinguir o termo “periculosidade” em relação ao louco (BRITTO, 2004, *apud* ARAGÃO, 2014, p. 18).

Tais experiências ampliaram possibilidades de tratamento que iam além de médicos e hospitais. Grande parte desses hospitais encontrava-se em péssimas condições, mas passou-se a visualizar um tratamento que não segregasse o “louco” (ESPIRIDÃO, 2001 *apud* ARAGÃO, 2014).

Inicialmente, a motivação pela crítica ao modelo de tratamento existente se deu a partir dos relatos de abusos físicos e psicológicos aos pacientes internados e de uma ineficiência e ineficácia observadas no modelo vigente até então. Em 1964, quando o Brasil vivia sob ditadura, houve repasses financeiros significativos para que o setor privado tomasse a frente do atendimento em saúde mental (WAIDMAN, 2004). Em inconformidade com essa privatização, surgiu em 1978 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Com isso, a redemocratização em Saúde Mental iniciou sua história no Brasil (BARROSO; SILVA, 2011).

Em 1986 aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde propostas foram apresentadas no sentido de reformular o atendimento em saúde mental, inclusive com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que seriam atendimentos voltados ao estímulo à permanência dos indivíduos na sociedade, conservando-os como sujeitos de direitos e cidadãos. Nesse ano, foi inaugurado o primeiro CAPS – Professor Luís da Rocha Cerqueira⁶, em São Paulo (RIBEIRO, 2004).

O movimento de reforma psiquiátrica brasileira ganhou um destaque maior ainda quando houve a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, no dia 18 de maio de 1987. Por esse motivo, dia 18 de maio é o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, pois a bandeira levantada nessa Conferência era “Por uma sociedade sem manicômios”.

Nessa mesma época, enquanto ocorriam todas essas mudanças em Saúde Mental, a

⁶ O professor e médico Dr. Luís da Rocha Cerqueira (1911-1984) foi um dos participantes ativos na luta pela diminuição de internações no tratamento feito no âmbito da saúde mental. Deixou seu legado e registros em várias cidades do país. Lecionava psiquiatria e sempre se posicionou contra as intervenções higienistas e excludentes na área da saúde mental.

Saúde do Brasil como um todo também passava por mudanças progressivas que resultaram na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Antigamente, o atendimento na esfera da saúde era realizado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que era vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, hoje Ministério da Previdência Social. Era um serviço excludente e restrito, pois só tinha acesso a ele os trabalhadores de carteira assinada que contribuíam para a Previdência Social ou que podiam pagar por atendimento em rede particular, ou seja, não era um serviço de acesso universal⁷.

Na década de 70 houve uma crise de financiamento da Previdência Social, advinda de gastos acima da arrecadação (FARIA, 2011). Isso afetou o Instituto de Assistência Médica vinculado à Previdência Social (INAMPS). Nesse período, após a posse do presidente General João Figueiredo (1979-1985), foi feita uma proposta de universalização do atendimento em Saúde, consolidando o início da transição do INAMPS para o SUS.

José Sarney, primeiro presidente após a ditadura (1985-1990), abriu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que aconteceu nos dias 17 a 21 de março de 1986. A 8ª CNS resultou na:

implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, mas o mais importante foi ter formado as bases para a seção "Da Saúde" da Constituição brasileira de 5 de outubro de 1988 (<http://sistemaunicodesaude.weebly.com>).

A Constituição Brasileira de 1988 foi um marco para a Saúde brasileira ao definir a saúde além de um direito de todos, mas também como dever do Estado (Art. 196). Depois da implantação do SUDS, o INAMPS foi vinculado ao Ministério da Saúde por meio do decreto nº 99.060, de 07 de março de 1990. Por fim, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 fundou o SUS. Três anos depois, o INAMPS foi extinto. Em 1994, com a criação do Programa Saúde da Família, tiveram início ações voltadas à promoção da saúde, e não apenas ao trato de enfermidades (FARIA, 2011).

⁷ O SUS possui três princípios doutrinários: Universalidade, Equidade e Integralidade. O princípio da Universalidade afirma que todo e qualquer cidadão do país tem acesso gratuito e sem exigências ao serviço, independente de poder aquisitivo, renda, raça e outras características sociais ou pessoais. A Equidade é a garantia a todos ao acesso aos serviços e ações em diferentes níveis, entendendo que, apesar de todos terem direito ao serviço, as pessoas têm necessidades diferentes, ou seja, tratar desigualmente ou desiguais, por exemplo, com mais ações onde a necessidade for maior. A Integralidade é o fornecimento de um atendimento que entenda o indivíduo de forma integral, ou seja, não separando a doença do contexto e particularidades. A Integralidade também diz respeito ao tratamento totalitário dos indivíduos, que inclui prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, constituindo ações intersetoriais.

Já sob o modelo de atendimento com as premissas do SUS de universalidade, equidade e integralidade, e também a partir das premissas da Constituição Brasileira de 1988, em 2001, com intuito de dar nova direção ao modelo assistencial em saúde mental, foi publicada a Lei 10.216⁸. A Lei oficializou a proposta por um atendimento mais humanizado e protetivo. A partir daí criaram-se diversas outras formas de atendimento instituindo assim, em 2001, a oficialização da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A Lei 10.216 apresenta que “o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (Art. 4º, Parágrafo 1º). Além disso, o Art. 6º direciona e estabelece limites para casos que necessitem de internação voluntária, involuntária e compulsória e proíbe, no Art. 3º, internações em qualquer instituição que possua características asilares (CUNHA, 2015).

No Brasil, mesmo reconhecendo que os primeiros estímulos à mudança foram internacionais, o modelo de reforma e enfrentamento brasileiro vem sendo construído, ao longo de mais de quarenta anos, possuindo características próprias e consolidando sua história de forma particular e única. Apesar dos avanços obtidos, a luta por melhorias em saúde mental é um processo contínuo. Atualmente, a política de saúde mental brasileira é reflexo da luta dos profissionais da área, bem como dos usuários e seus familiares.

A observância pelas propostas dos Direitos Humanos estimulou o movimento que resultou na substituição dos hospitais psiquiátricos pelos Centros de Atenção Psicossocial, citado por vários autores como sendo um herdeiro da Reforma Psiquiátrica (ROSA; VILHENA, 2012). Além do movimento pela reforma ter como objetivo o fim de um tratamento desumano e precarizado. Havia também o objetivo de extinguir o modelo que paralelizava o indivíduo, construindo uma realidade secundária ao privar ele da realidade, a fim de inseri-lo em sua vida e em seu contexto verdadeiros (SENAD, 2014). Um grande diferencial dessa busca por mudança no modelo de atendimento em saúde mental era a forma de atendimento que passaria de excludente para inclusivo, conforme estabelece o artigo 2º da referida Lei:

“II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”. (Lei 10.216/01, Art. 2º, Parágrafo único).

⁸ A Lei 10.216, promulgada em 6 de abril de 2001, é também conhecida por Lei Paulo Delgado, seu autor. Ela dispõe sobre a proteção e sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais.

Para isso ser possível, é importante trabalhar a sociedade como um todo, em seus diversos aspectos, enfatizando o respeito à diversidade e ao acolhimento, entendendo que os campos sociais precisam estar adequados e receptivos para essas pessoas. A realidade é de constante aperfeiçoamento dos serviços e políticas existentes e de necessidade de amplificação e maior abrangência do que já existe, o que não exclui a necessidade de novas construções com buscas à atualização e inovação no atendimento em saúde mental.

1.2 Atual Base Legal sobre Drogas

1.2.1 A Política Nacional Sobre Drogas

Aprovada em 2005 pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), a Política Nacional Sobre Drogas (PNAD) estabeleceu estratégias com o objetivo de reduzir oferta e demanda de drogas, buscando integralizar as políticas públicas, sendo uma política de responsabilidade compartilhada⁹. Em seguida (2006), a Lei de Drogas, nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, substituiu leis anteriores (nº6.368/76 e nº10.409/02) e instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD), que possui o objetivo de colocar as premissas da PNAD em prática.

A Constituição Federal de 1988 reconhece que a saúde é um direito de todos, e deve ser exercida de forma que objetive a diminuição do risco, de pioras e maiores dificuldades. Além disso, a legislação sobre drogas possui como ponto chave de seus objetivos a reintegração social. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o uso de Substâncias Psicoativas é uma doença psicossocial, e devem ser admitidas estratégias que visem o bem-estar e maiores chances de cura do indivíduo (SENAD, 2014). Assim como explicita a Constituição Federal de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CF 88 Sessão II, Art. 196.)

No Brasil, a partir da necessidade de dar uma atenção exclusiva no âmbito da Saúde

⁹ Políticas de responsabilidade compartilhada funcionam por meio do envolvimento de vários agentes e em diversas vertentes para alcance do mesmo objetivo. Por exemplo: existem programas em escolas que trabalham na conscientização das crianças e adolescentes quanto ao uso de drogas, enquanto o CAPS Adi trabalha no tratamento de pessoas que já se encontram em situação de uso de drogas.

Mental à temática do uso de drogas, com a aprovação da PNAD, é possível fazer a análise diferenciada acerca do usuário, da pessoa em uso indevido e do fornecedor (nos casos de drogas ilícitas). A aprovação da PNAD representou um avanço nas formas de enfrentamento ao uso de drogas e percebeu-se a importância de tratar cada tipo de vínculo com a droga de maneiras diferentes, dando atenção e punição, quando necessário, específicas para cada caso.

Com a PNAD foram estabelecidas diretrizes para redução da oferta e, principalmente, da demanda ao uso de drogas. Na Política é proposto um olhar ampliado ao usuário, de forma que não haja uma injusta criminalização, mas sendo entendido como um problema de saúde pública. Logo, toda pessoa que faz uso dessas substâncias tem o direito de receber tratamento adequado em centros de saúde (CONAD, 2005).

1.2.2 Distinção entre usuário e fornecedor a partir da Lei 11.343/2006

A Lei 11.343/2006 trouxe uma mudança principal, que foi a diferenciação no tratamento e criminalização entre usuários e traficantes. O uso de drogas permaneceu sendo criminalizado, mas pessoas em situação de uso de drogas não podem ser presas como traficantes por portarem quantidades para uso pessoal. Passou-se a olhar de diferentes formas para os dois casos, submetendo a sanções distintas cada um. Além disso, a Lei estabelece que se uma pessoa for pega portando drogas para uso pessoal, ela não poderá ser presa em flagrante (Art. 48, parágrafo 2).

A pena para tráfico de drogas é de 5 a 15 anos de reclusão (Art. 33), podendo aumentar, caso haja comprovação de outros crimes envolvidos, ou diminuir quando, por exemplo, o réu não apresenta antecedentes criminais (SENAD, 2014). Para pessoas em situação de uso de drogas, não há previsão de pena de prisão. O artigo 28 descreve as penalidades para quem porta drogas para uso pessoal. O objetivo é a ressocialização do indivíduo, que se dá por meio de advertências, prestação de serviços comunitários e medidas educativas.

Ao abordar a pessoa em situação de uso de drogas como criminoso não é possível colocar em prática as estratégias de reinserção familiar e social, forçando-a a conviver com a realidade do sistema carcerário, que não viabiliza a reintegração social e, pelo contrário, exclui e marginaliza. Quando não há o entendimento de que o indivíduo que é surpreendido portando drogas para uso pessoal pode não ter nenhum crime pelo qual deva ser preso, inviabiliza-se o atendimento necessário ao qual ele deve ser submetido, entendendo que o uso de drogas é um problema de saúde pública, e que a pessoa que está nessa condição deve ser

tratada da mesma forma e com os mesmos direitos que qualquer outra pessoa que necessite de atendimento de saúde.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é o órgão responsável por classificar, editar, alterar e determinar quais são as substâncias existentes que têm o comércio e uso controlados ou as que são de circulação terminantemente proibida¹⁰. A partir dessa classificação, é possível analisar cada situação de apreensão individualmente.

Essa distinção entre pessoas em situação de uso de drogas e traficantes de drogas faz com que exista um significativo debate em detrimento dessa diferenciação. A discussão se dá em torno do momento da apreensão da droga, visto que é necessário que seja feita uma interpretação com base em qual tipo de droga foi apreendida, as circunstâncias da apreensão, o contexto social do indivíduo e seus antecedentes criminais.

Segundo publicação de 2014 da Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD), em conjunto com a da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), uma parcela dos conhecedores da referida Lei critica essa medida, pois julgam ser ela subjetiva, fazendo com que usuários corram risco de serem presos como traficantes ou verdadeiros traficantes deixem de ser penalizados ao alegarem que a droga é para uso pessoal. Defendem também valores tangíveis e calculáveis, para que os critérios sejam mensuráveis (peso e quantidade) e objetivos. A opinião divergente, por outro lado, tem como maior argumento a afirmação de que, caso houvesse uma quantidade exata que se definisse como tráfico de drogas, os traficantes passariam a portar sempre menos do que o que o caracterizasse como traficante. Por se tratar de uma discussão delicada, diferentes países adotam cada uma delas a partir do que julgam mais adequado.

Mesmo sendo uma abordagem delicada e em constante discussão, é importante ressaltar resultados em números de apreensões por tráfico, observando que, ainda que não exista um parâmetro que determine com precisão uma quantidade exata, provavelmente a apreensão e julgamento dos casos estão sendo realizados (SENAD, 2014). Alguns defendem que essas apreensões são injustas, outros afirmam que o crime está sendo combatido de forma mais eficaz. No Brasil, após a implementação da Lei 11.343/2006, a apreensão por tráfico de drogas passou de 47.472 em 2006, para 138.198 em 2012 (SENAD, 2014). O debate continua em torno desses números, sendo uma parcela dos pesquisadores favoráveis à medida, afirmando que, sem uma quantidade exata que estabeleça o tráfico, é possível prender mais traficantes presos em flagrante. Do outro lado do debate estão aqueles que acreditam que sem

¹⁰ Portaria 344 de 12 de maio de 1988 – Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

parâmetros a apreensão pode ficar enviesada e leviana.

1.3 A Rede de Atenção Psicossocial

Em 2011, por meio da portaria MS/GM n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passou a fazer parte das Regiões de Saúde¹¹ do SUS. A proposta da RAPS é de garantir o direito das pessoas com transtornos mentais de qualquer natureza, inclusive os causados pelo uso de drogas (SENAD, 2014).

A RAPS possui a finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades advindas do uso de drogas (Portaria n° 3.088/11, Art. 1°). Segundo O Artigo 3° dessa Portaria, os objetivos da RAPS são:

- I – ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II – promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III – garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento e da atenção às urgências.

Dentre os objetivos específicos contidos no Artigo 4°, ainda na portaria n° 3.088/11, dá-se atenção especial à criança e ao adolescente, considerando-os parte de uma população mais vulnerável quando determina “I – promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas)”.

Além disso, vinculados a RAPS, existem programas de incentivo à reabilitação e reintegração dessas pessoas. Por exemplo, o programa “de Volta para Casa”¹² oferece bolsa para pacientes que voltam para seu meio depois de determinados períodos de internação. O benefício fica ativo por tempo determinado por Lei, ou até quando são alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente.

Dentro das diretrizes de atendimento em saúde mental, foi separado o atendimento às pessoas com problemas advindos do uso de crack, álcool e outras drogas. Para o tratamento

¹¹ Regiões de Saúde do SUS: Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, Capítulo II, Sessão I (Artigos 4° a 7°).

¹² O programa “de Volta para Casa” é considerado um Auxílio Reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e reintegração social. Foi instituído pela Lei 10.708, de 31 de Julho de 2003. Os requisitos para acessar o Programa são: permanência de dois anos ou mais em unidade de internação psiquiátrica, estar em condições clínica e social de ausência hospitalar e retorno para o meio social, consinta (o paciente ou seu representante legal) com as normas do Programa, e, esteja garantido o contínuo de tratamento em saúde mental, na sua rede local ou regional (Lei 10.708, de 31 de Julho de 2003).

voltado às pessoas nessas condições, foram criados os CAPS Ad, que fazem parte da RAPS, compondo-a no atendimento direcionado à Atenção Psicossocial Estratégica.

Para entender onde o CAPS se encontra, dentro da lógica de organização dos serviços prestados pela Rede de Atenção Psicossocial, apresenta-se a seguir a organização da RAPS:

QUADRO 1 - Organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

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

(Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014. Elaboração própria).

A portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, artigo 7º, parágrafo 4º define as modalidades dos CAPS. São elas:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas,

incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPSi: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Todas essas modalidades podem atender à população infantojuvenil, a depender da organização da RAPS em cada lugar. Em algumas cidades¹³, a modalidade que realiza o atendimento álcool e drogas infantojuvenil, é chamada de CAPS Adi.

À conjuntura da construção de uma rede de cuidados que tem os CAPSi, para a infância e adolescência, como ordenadores da rede para essa faixa etária, soma-se a constituição de uma política nacional para atenção a pessoas que fazem uso de álcool e drogas (...). Essa condição configura então uma situação bem mais específica – a necessidade de cuidados às crianças e adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas – que se desdobra na composição de desafios e na constituição de processos de trabalho em rede voltados para essa especificidade (BASTOS et al, 2014).

A partir disso, é possível compreender que o CAPS Adi é uma alternativa frente à necessidade de contemplação do atendimento voltado à infância e adolescência, juntamente com a peculiaridade do uso de drogas. Parte-se do pressuposto de que, para eficácia das propostas, é necessário dar atenção específica para o uso de drogas e para o público infantojuvenil, dessa forma, unindo esses dois atendimentos na modalidade Adi.

¹³ Foram encontrados, por esta autora, além de no DF, registros da modalidade “Adi” em São Bernardo do Campo-SP.

CAPÍTULO 2: DROGAS, SUJEITOS E CONTEXTOS

2.1 As drogas como parte de uma totalidade

Diante das propostas acerca do enfrentamento às drogas, inicialmente é necessária uma conscientização contrária à imposição de conceitos pessoais e interpretações próprias, que podem atrapalhar a aplicação das políticas e impedir a eficácia dessas propostas. É fundamental que todos os envolvidos compreendam o uso de substâncias entorpecentes como sendo, em grande parte das vezes, reflexo de problemáticas desenvolvidas ao longo da vida do usuário que podem ser de cunho social, familiar, cultural, ou seja, faz parte da totalidade de vida da pessoa em situação de uso de drogas.

Nenhum momento pode ser vivido sem cuidado, pois cada um deles pertence ao ser; nenhuma parte pode ser deixada de fora, porque cada uma delas é parte do ser. (KNOBEL, 2004, p. 43 *apud* CUNHA, 2015 p. 34)

Pessoas em situação de uso de drogas estão expostas a maiores riscos por estarem à margem de estereotipagem. Nos serviços de saúde, é frequente ter que lidar com o preconceito dos próprios usuários, dos profissionais da área ou de profissionais de outras áreas, o que constitui um grande desafio enfrentado por toda a rede de apoio.

O atendimento aos indivíduos que estão em situação de uso de drogas é feito por redes multidisciplinares. Trabalhar em rede implica na combinação de várias instituições no tratamento do usuário. Nesse trabalho, é interessante que se analise a função que a droga tem para o indivíduo que faz uso da mesma. Normalmente, quando um usuário surge com a demanda do uso abusivo de drogas, outras necessidades surgem no decorrer do tratamento, demandas diferentes em cada caso, o que não permite o uso de respostas previamente formuladas às situações apresentadas, porque cada caso se difere dos demais.

Considerar a intensidade da relação entre os sujeitos e a droga e avaliar os comprometimentos orgânicos e os danos sociais com vistas a uma reinserção social é de suma importância. Normalmente, as estratégias buscam atingir a pessoa em situação de uso de drogas e sua família. Estuda-se também em que medida esse envolvimento prejudica o relacionamento familiar, o desempenho escolar e outras cotidianidades que possivelmente estejam prejudicadas e necessitam de reinserção.

Momentos, a partir de sua complexidade, podem ser priorizados, de acordo com a

quantidade de vagas disponíveis nos centros de tratamento, com o objetivo de medir as consequências dos efeitos nas relações e no corpo de cada indivíduo. Os momentos vividos, pelo sujeito em situação de uso de drogas, são particulares e o acolhimento e a escuta são fundamentais no sucesso do tratamento e criação de condições propícias que tragam alusão ao sujeito sobre a sua real condição. O profissional se encontra diante de um sujeito vulnerável e não de um objeto, mesmo que, muitas vezes, o paciente se sinta como um nada frente à droga que o conduz (FARIA, 2006).

Um dos desafios concernentes ao enfrentamento da vulnerabilidade social¹⁴, que normalmente caminha ao lado do uso de drogas, é lutar contra o ponto de vista comumente imposto de que o indivíduo é responsável por sua atual condição. A culpabilização da vítima por parte dos envolvidos não considera a fragilidade inerente a ele, que se encontra em determinado contexto onde tem menores possibilidades diante dos desafios impostos pela lógica vigente. Culpabilizar o indivíduo afasta a problemática da solução.

Sabe-se que a vulnerabilidade social não é característica própria de algumas pessoas ou de grupos sociais específicos. Ela atinge diversos segmentos da sociedade e é fundamental compreender que ela pode e deve ser enfrentada por parte do Estado por meio de políticas sociais que visem à redução de suas consequências e da desigualdade encontrada nesse contexto.

O abuso da droga pode ser interpretado como um grito contra a imposição do Estado de que o indivíduo não tem significado. Também pode ser interpretado como reflexo de uma alternativa encontrada de se fazer importante diante de um constante abandono em diversas áreas (SENAD, 2014). O indivíduo nessa situação precisa ser retirado dessa condição e recolocado em outra condição que seja satisfatória. As forças devem estar em trabalhar a reinserção do indivíduo na sociedade, concomitantemente com a repressão à produção e comercialização dessas substâncias. O Estado, conforme a Constituição de 1988, é o responsável por minimizar ou frear as consequências desse processo.

A pessoa em situação de uso de drogas, na maioria das vezes, possui como característica mais situações de vulnerabilidade, que vão além da droga. Por exemplo, 40% os usuários de crack estão em situação de rua e 50% das usuárias do sexo feminino já sofreram algum tipo de abuso sexual (PREVINE, 2014). Para melhor compreensão, é necessário fazer um estudo

¹⁴ Entende-se por vulnerabilidade social toda e qualquer situação onde pessoas se encontram desfavoravelmente expostas, estando geralmente em situação de risco, marginalizadas e frágeis. A vulnerabilidade social pode ter a ver com direitos sociais, economia e outros fatores onde indivíduos se encontram em situação de risco. Conforme Monteiro (2011, p. 30), “compreender a vulnerabilidade social é pressuposto para avaliar o alcance das políticas sociais”.

ampliado acerca dos elementos que configuram o uso de drogas. Foram levantados no I Congresso de Prevenção aos Problemas Relacionados ao Uso de Drogas – PREVINE (2014), três elementos centrais que constituem o uso de drogas, que não podem ser abordados separadamente. São eles:

I) O contexto - é onde é feita a compreensão dos elementos e aspectos socioculturais que permeiam o uso de drogas. Estão envolvidas as dimensões econômicas e políticas dos indivíduos e também do comércio de drogas. A lógica capitalista se apropriou do consumo de drogas e se apresenta claramente nessa abordagem, onde o que se ganha com a venda e circulação de drogas é mais importante do que a saúde e a vida dos indivíduos. Um grande exemplo disso é o comércio de tabaco. Até poucos anos atrás o tabaco era integrante do convívio social e familiar sendo uma droga lícita cujos riscos também são socializados. Hoje o tabaco é reconhecido como droga. Segundo dados da OMS, o tabaco mata um a cada dois consumidores regulares. Com isso, dia após dia o tabaco vem tendo a sua legalidade limitada, fazendo com que o índice de aceitação seja reduzido a cada nova política que é posta em prática.

II) O sujeito – Compreender o sujeito em suas múltiplas determinações, fazendo a abrangência da sua realidade e do processo histórico pelo qual cada sociedade passa de forma distinta. É fundamental que a luta por território (como é o caso dos indígenas) e as formas de convivência social e afetiva sejam entendidas no contexto particular de cada indivíduo, para que a tentativa de enfrentamento ao uso de drogas não seja feita de forma superficial. O sujeito é o conjunto de suas relações sociais e suas expectativas diante de seus objetivos e entendimento de si mesmo.

III) A droga – O profissional qualificado precisa conhecer as características das substâncias e como se dá a interação dessas substâncias com os sujeitos. Não é apenas papel do médico conhecer os efeitos e as reações que a droga causa no organismo. Para um bom desempenho profissional, todos da rede de apoio devem ter o conhecimento devido a respeito dos distintos efeitos advindos do uso de drogas e dos padrões adotados pelos consumidores. É importante que as políticas contra o uso de drogas sejam políticas que façam mais do que a prevenção ao uso de drogas, é necessário que façam o indivíduo se sentir membro constituinte da sociedade. A prevenção deve ser feita em conjunto a um impulsionamento que abordará os motivos e causalidades que levaram o usuário de drogas a esse comportamento.

A partir disso, entende-se a necessidade de uma compreensão totalitária. Ao vincular a droga a um sujeito composto pelas suas particularidades constituintes e um contexto próprio, torna-se possível o entendimento acerca da necessidade de reinserção naquilo que foi perdido

ou que, muitas vezes, nunca foi vivenciado. Quando se amplia o olhar nesse sentido, grande parte das vezes se adquire o entendimento de que a droga surge como secundária dentro de uma realidade repleta de vulnerabilidades a serem superadas.

2.2 Os Sujeitos - Adentrando o universo infantojuvenil

2.2.1 Do jardim protegido à prisão de exposições

A infância, até determinada idade, possui a característica de ser um espaço onde os pequenos têm uma capacidade maior de resiliência, pela pouca amplitude de compreensão e entendimento de mundo (RABELO, 2015). Isso é percebido em situações de grande conflito, quando crianças continuam a prática de atitudes inocentes, como se não estivessem preocupadas com o que as rodeia ou vem pela frente. Sarmento (2003, *apud* RABELO, 2015, p. 12) destaca uma situação dessas:

Uma imagem de guerra extraída do campo de refugiados albaneses no Kosovo, mostra duas crianças brincando com uma boneca Barbie, perante o olhar apreensivo, desolado e fatalisticamente resignado dos adultos que com elas partilham as tendas de campanha dispostas para os albergar.

Parece que a infância carrega consigo uma proteção inerente a ela, que só muda suas características quando a criança se torna forte o suficiente para entender o que a rodeia e acontece de fato (RABELO, 2015). Contudo, o limite dessa proteção inata está cada vez mais sendo rompido, pois, a cada dia que passa, a violação de direitos de crianças e adolescentes é mais recorrente. Quando isso acontece, a criança se vê forçada a compreender uma realidade para a qual ela ainda não está apta fisicamente nem emocionalmente. Quando se rompe esse limite, a criança se encontra altamente exposta, muito mais que um adulto em condição similar, justamente porque sua constituição original se assemelha a um jardim de fantasias e distrações que a protege automaticamente (SUBDRACK et al, 1990).

Acredita-se que a família seja o primeiro espaço de socialização dos sujeitos (RABELO, 2015). É justamente nesse ambiente que esse jardim pode se transformar em uma prisão (SUBDRACK et al, 1990). Comumente os primeiros indícios de violação de direitos se dão no espaço familiar. O lugar que deveria fornecer proteção se converte em um ambiente de exposição e vulnerabilidades.

Em relação ao uso de drogas, a apologia a esse hábito prejudicial pode começar dentro das casas das crianças e adolescentes, ao ser despertado e instigado interesse pelo uso e experiências com drogas, mais comumente as lícitas.

Existem grupos familiares onde há uma “cultura alcoólatra”, em que o álcool é idolatrado. Existe em casa um “altar e ícones”, em lugar privilegiado (em geral na sala), que é o bar e as garrafas de bebida. Quando chega algum amigo, ou alguém da família quer prestar alguma gentileza, abrem uma das garrafas e bebem algo. O adolescente, vendo essa substância “tão venerada”, quer usá-la também. Sem falar no fato tão comum de os pais acharem graça e até se sentirem orgulhosos se seu filho se embriaga: “é coisa de homem, acontece...”, dizem satisfeitos (OUTEIRAL, 1994, *apud* TEIXEIRA, 2013, p. 107-108).

Além disso, o uso de drogas tem ligação direta com situações de negligência, falta de proteção, abandono, e outras situações de violação de direitos que apresentam várias consequências, dentre elas o uso de drogas (RABELO, 2015).

Uma criança normal pode empregar qualquer dos recursos (ou todos) que a natureza forneceu para defesa contra angústia e o conflito intolerável. Os recursos empregados (em saúde) estão relacionados com o tipo de auxílio que estiver no alcance. A anormalidade revela-se numa limitação e numa rigidez na capacidade infantil para empregar sintomas, e uma relativa carência de relações entre os sintomas e o que se pode esperar como auxílio. (WINNICOTT, 1982, *apud* RABELO, 2015, p. 24).

Crianças utilizam recursos internos para lidar com problemas, angústias e dificuldades. Quando esses recursos são insuficientes, o sintoma (angústia) que deveria gerar um resultado normal e satisfatório, pode se direcionar de modo confuso e problemático, tornando-se uma dificuldade que gera determinada situação anormal. O uso de drogas na infância, em determinados casos, pode ilustrar um sintoma que se mostra de forma anormal (WINNICOTT, 1982, *apud* RABELO, 2015).

A partir da perspectiva do uso de droga como um momento de mudança e também de crise em um contexto social, o fenômeno “uso de drogas” pode ser visto como um sintoma, ou seja, um sinal de que o sujeito está usando da ação para suplantar algo ou como uma oportunidade de comunicação. Não se trata aqui de encarar o fenômeno como algo que deva ser eliminado, negativado e sim como fenômeno que se apresenta na condição de ser do sujeito em determinado momento e que, portanto, deva ser compreendido na sua relação com os demais fatores de sua história (CUNHA, 2015, p. 33-34).

Monteiro (2009) observa que o ambiente familiar é um grande fator no desenvolvimento emocional dos indivíduos. Também revela que existe possibilidade de

doença, física ou psicossocial, não só da constituição do indivíduo, mas da condição de saúde do ambiente social no qual cada um está inserido. Ou seja, problemáticas advindas de uma criança ou de um adolescente podem revelar um contexto problemático também do ambiente no qual ela está inserida. Além disso, existe um choque de realidade do mundo externo com o mundo interno, quando o mundo externo apresenta a realidade, muitas vezes dura e cruel, enquanto o mundo interno pode criar, fazer e refazer (RABELO, 2015).

O universo que apresenta dificuldades e suas consequências pode ter origem biológica, genética, psicológico e ambiental (RABELO, 2015). Contudo, “os fatores mais fortemente associados com a saúde mental da criança [e adolescente] são o ambiente social e o psicológico, influenciando mais do que as características intrínsecas do indivíduo [origem biológica e genética]” (FIGUEIRAS, 2004, p. 105, grifos desta autora). Levisky (1998, *apud* CUNHA, 2015, p. 28) também acrescenta um ponto importante quando afirma que “qualquer que seja o contexto sociocultural, a adolescência será sempre um período de crise e desequilíbrio”. A adolescência pode ser vista como um momento para aceitação de novas transformações e do “deixar de ser criança” (CUNHA, 2015).

Especificamente, relacionado ao uso de drogas, acredita-se ser essa uma estratégia de diminuição de angústias relacionadas a condições existenciais, onde as sensações advindas da droga podem ilustrar tentativas de mudança de uma realidade e contexto que se deram a partir de falhas ambientais (MONTEIRO, 2009, p. 152). Monteiro (2009) afirma que a sensação que a droga traz é uma sensação de solidão desejável, que afasta de perturbações que existem no ambiente coletivo. Em Cunha (2015, p. 29), é possível observar que

A severidade e violência com que, por vezes, o meio pretende reprimir os jovens, podem criar um agravamento dos conflitos e favorecer uma relação perversa entre esses e o meio, o que segundo Aberastury e Knobe (1981), pode colaborar para o surgimento de grupos sociais anormais, contribuindo, por exemplo, para atividades delituosas e autodestrutivas.

Ao surgir a necessidade de tratar essas consequências no universo infantojuvenil, o Estado, a partir da Constituição de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente, possui a missão de implantar estratégias com o objetivo de tratar essas situações e proteger esses indivíduos, especificamente em relação ao uso de drogas, objeto de estudo deste trabalho. É neste ponto onde necessidades do universo da infância fazem fusão às políticas voltadas ao atendimento infantojuvenil. A partir de sintomas-problema instalados na sociedade, em consonância à obrigação do Estado de promover todos os direitos contidos no ECA, surgem as políticas como forma de enfrentamento a essa realidade.

2.2.2 Breve revisão acerca dos Direitos das crianças e dos adolescentes brasileiros

Na história das crianças brasileiras, existem relatos de maus tratos e abusos em vários momentos e em diferentes séculos, desde o Brasil Colônia, Imperial, até chegar ao Brasil República, momento em que é possível encontrar relatos de início de práticas voltadas à preocupação em atender necessidades e particularidades do universo infantojuvenil (ALMEIDA, 2015). Até então, as crianças e adolescentes eram vistos e tratados como pequenos adultos.

(...) à medida que a criança crescia, ela ia sendo incorporada a vida familiar. Fazia o que já tinha condições de realizar das tarefas adultas e ia, aos poucos, aprendendo a dinâmica da comunidade. As meninas aprendiam a cuidar da casa, cozinhar, lavar, passar, como as mães. Os meninos aprendiam a profissão que iriam ter como os pais, geralmente as mesmas deles, e iam aos poucos realizando as etapas do trabalho, dependendo de suas condições (SANTOS, 2012, *apud* RABELO, 2015, p. 20).

Eram atribuídas responsabilidades de cunho social e familiar, além de muitos serem expostos ao trabalho precocemente (RABELO, 2015). Antes do século XX, a história da infância no Brasil teve características voltadas à disciplina rigorosa, e pouco se observa em relação a práticas de incentivo a cidadania. Conforme De Mause (1990, *apud* FALEIROS & FALEIROS, 2008, p. 16):

A história da infância é um pesadelo do qual, recentemente começamos a despertar. Quanto mais atrás regressamos na história, mais reduzido o nível de cuidado com as crianças, maior a probabilidade de que houvessem sido assassinadas, espancadas, aterrorizadas e abusadas sexualmente.

Almeida (2015, p. 30) observa que apenas “com a mudança do Império para República, houve mais interesse em atender os apelos da sociedade, de modo geral, no que diz respeito à infância, que era desassistida até então”. Esse interesse iniciou-se com o intuito de entender a criança e o adolescente como futuro do país.

Em nome da manutenção da paz social e do futuro da nação, diversas instâncias de intervenção e controle serão firmadas. Será da medicina (do corpo e da alma) o papel de diagnosticar na infância possibilidades de recuperação e formas de tratamento. Caberá à justiça regulamentar a proteção (da criança e da sociedade), fazendo prevalecer a educação sobre a punição. A filantropia estava reservada a missão de prestar assistência aos pobres e desvalidos, em associação às ações públicas. A composição desses movimentos resultou na organização da Justiça e da Assistência (pública e privada) nas três primeiras décadas do século XX. Com

discursos e práticas que nem sempre se harmonizavam entre si, a conexão jurídico-assistencial atuará visando um propósito comum: ‘salvar a criança’ para transformar o Brasil (RIZZINI, 2002, p. 38, *apud* ALMEIDA, 2015).

Em 1922 aconteceu o 1º Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, constituindo parte das atividades comemorativas do Centenário da Independência do Brasil (CAMARA, 2006).
No Congresso

O foco foi voltado para as questões da assistência à infância, tendo apresentado sessões a respeito de Sociologia e Legislação, Assistência, Pedagogia, Medicina Infantil e Higiene. As conclusões e recomendações do Congresso revelam uma forte tendência para a centralização e o controle governamental da assistência infantil pública e privada. Os participantes apelaram para os governantes, instando-os a estabelecer o dia 12 de outubro como Dia Internacional da Criança [...] O Congresso também propugnou a criação de leis que reconhecessem os direitos das crianças à vida e à saúde, alertando para a necessidade da notificação obrigatória do nascimento (WADSWORTH, 1999, p.9)

Alguns anos depois, em meio a um cenário de discussões acerca das sugestões e definições em relação aos interesses acerca da garantia de direitos de crianças e adolescentes origina-se o Código de Menores¹⁵, em 1927.

O código de menores de 1927 qualificava os menores segundo a sua conduta: “expostos” eram os menores de sete anos, os menores de dezoito anos eram considerados “abandonados”, os que esmolassem ou vendessem pelas ruas eram classificados de “vadios” e os que frequentassem prostíbulos recebiam a denominação de “libertinos” (FERREIRA, 2008, p. 7).

Além de regulamentar o trabalho de menores de dezoito anos e impedir o trabalho aos menores de doze anos, o Código também protegia crianças e adolescentes quanto a trabalhos em locais insalubres e de risco. Acredita-se que o Estado obteve maiores responsabilidades a partir do exposto no Artigo 54, com a afirmação de que “os menores confiados a particulares, a institutos ou associações, ficam sob a vigilância do Estado, representado pela autoridade competente”.

Contudo, com o passar dos anos e mudanças na realidade das crianças e adolescentes, o Código de Menores tornou-se insuficiente. Foi criado, em 1979, a partir da Lei 6.697 de 10 de outubro de 1979, um novo Código de Menores que pouco se diferenciava do anterior. O novo Código estabeleceu e ampliou poderes para autoridades judiciárias em relação à correção de “desajustes sociais” praticados por crianças e adolescentes. Almeida (2015) observa que o

¹⁵ O Código Mello Mattos – seu autor- foi promulgado pelo Decreto 17.943, de 12 de Outubro de 1927. Homologado pelo presidente da república Washington Luiz Pereira de Sousa (1926-1930).

segundo código possuía características ainda mais repressivas que o primeiro. Faleiros (1995, *apud* ALMEIDA, 2015) observa que a real vítima (criança) era transformada em vilão e ainda o autor da infração penal.

Temporalmente, a próxima medida que estabeleceu Direitos para crianças e adolescentes, que está vigente até os dias atuais, foi o Estatuto da Criança e do Adolescente, através da Lei nº 8.069 de 13 julho de 1990, que dispõe sobre a proteção integral da criança e do adolescente regulamentando todas as novas determinações advindas da Constituição de 1988. A partir disso, o Brasil muda seu olhar em relação às crianças e adolescentes, “eles passam a ser percebidos como sujeitos de história e da história de seu povo, como um feixe de possibilidades abertas para o futuro” (SOUZA, 2006, *apud* ALMEIDA, 2015, p. 39).

2.2.3 Princípios de direitos dos frequentadores do CAPS Adi: O Estatuto da Criança e do Adolescente e introdução à Saúde Mental infantojuvenil

Desde a década de setenta, quando iniciou-se a inconformidade com o tratamento em saúde mental, até os dias atuais, ocorreram várias mudanças no âmbito da Saúde, já mencionadas aqui. Algumas delas são: A Reforma Psiquiátrica, o SUS e as novas determinações da Constituição Federal de 1988. O ECA, por sua vez, absorveu maiores direitos para crianças e adolescentes a partir de uma nova perspectiva advinda da Constituição Federal de 1988, ao abolir o Código de Menores de 1979 (FALEIROS, 1995, *apud* ALMEIDA, 2015).

De início, o Artigo 2º do Estatuto da Criança e Adolescente, define crianças como sendo as pessoas com até doze anos de idade e adolescentes de doze a dezoito anos. Esse é o público ao qual o atendimento do CAPS Adi se direciona. Adultos atendidos no CAPS Adi precisam estar vinculados a esse público inicial, podendo ser família, responsáveis ou pessoas que integram seu meio de convívio.

O Estatuto (Art. 4.) atribui à família, ao Poder Público, à comunidade e à sociedade em geral a responsabilidade de assegurar a promoção e proteção dos direitos desses indivíduos referentes à vida, saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e convivência familiar e comunitária. A atenção destinada exclusivamente a esse público se deriva de uma consideração feita no sentido de compreender crianças e adolescentes como sendo pessoas em desenvolvimento (Art. 6º), sendo que, desde a gestação da mãe, têm direito a proteção, vida e saúde, através de estratégias de

responsabilidade do Estado, que tem por obrigação proporcionar condições dignas de existência e desenvolvimento.

De fato, a concepção sustentadora do Estatuto é a chamada Doutrina da Proteção Integral defendida pela ONU com base na Declaração Universal dos Direitos da Criança¹⁶. Esta doutrina afirma o valor intrínseco da criança como ser humano; a necessidade de especial respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento; o valor prospectivo da infância e da juventude, como portadora da continuidade do seu povo e da espécie e o reconhecimento da sua vulnerabilidade o que torna as crianças e adolescentes merecedores de proteção integral por parte da família, da sociedade e do Estado, o qual deverá atuar através de políticas específicas para promoção e defesa de seus direitos (PEREIRA, *apud* CUCCI; CUCCI, 2011, p. 79).

De forma específica, em relação ao direito à Saúde, o Artigo 11 do ECA, prediz que toda criança e adolescente tem direito de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), a partir premissas de atendimento universal, equitativo e integral. O atendimento preventivo, no decorrer da doença, e de reabilitação também são um Direito que deveria ser garantido à sociedade de forma geral, inclusive às crianças e aos adolescentes.

Além disso, o ECA determina nos artigos 81 e 243, como sendo crime a comercialização de substâncias psicoativas para menores de dezoito anos, ainda que sejam substâncias de comercialização permitidas. Seguem abaixo os dois artigos para melhor compreensão:

Art. 81. É proibida a venda à criança ou ao adolescente de: I - armas, munições e explosivos; **II – bebidas alcoólicas; III – produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica ainda que por utilização indevida;** IV – fogos de estampido e de artifício, exceto aqueles que pelo seu reduzido potencial sejam incapazes de provocar qualquer dano físico em caso de utilização indevida; V – revistas e publicações que alude o art. 78; VI – bilhetes lotéricos e equivalentes.

Art. 243. **Vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar, ainda que gratuitamente, de qualquer forma, à criança ou ao adolescente, bebida alcoólica ou, sem justa causa, outros produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica.** (Estatuto da Criança e do adolescente. Arts 81 e 243).

O ECA possui a premissa de proteção integral, em defesa das crianças e adolescentes do Brasil em vários sentidos e também na esfera da abordagem do uso e comercialização de drogas. Em relação aos cuidados diante do uso de substâncias psicoativas, o Código visa prevenir e proteger, quando garante o acesso aos serviços de saúde destinados a esse fim. Em relação à comercialização e oferecimento de drogas destinadas às crianças e aos adolescentes, o Código prevê punição e define como crime essa prática (Art. 243).

¹⁶ Estabelecida pela Assembleia das Nações Unidas de 20 de novembro de 1959 e ratificada pelo Brasil após o Art. 84, inciso XXI, da Constituição (MENDES, 2006).

Apesar do ECA constituir um marco na história de direitos das crianças e adolescentes, considera-se tardia a inserção específica em Saúde Mental infantojuvenil (CUNHA, 2015).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, dois anos após a promulgação do ECA (1992), com toda a discussão da época dos rumos das políticas da criança e adolescente, sequer mencionou uma pauta voltada ao público infantojuvenil. Apenas em 2001 com a Lei 10.216 e a realização da III Conferência de saúde mental e, posteriormente, a IV Conferência em 2010, é que pauta sobre a política de saúde mental da criança e do adolescente foram amplamente discutidas (DELGADO, 2011, *apud* CUNHA, 2015, p. 24. Grifos desta autora).

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), foi apresentado o primeiro texto com vistas ao acesso e atendimento do público infantojuvenil, exigindo o cumprimento das premissas do ECA e da Reforma Psiquiátrica Brasileira (CUNHA, 2015).

Estas políticas devem ser Intersetoriais e inclusivas, com base territorial e de acordo com a realidade sociocultural de cada município. Nesta perspectiva, é fundamental a criação e/ou fortalecimento de uma rede de atenção integral à criança e adolescente e a reavaliação dos serviços existentes (MS, 2002, p. 57).

Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), é apresentado texto específico no âmbito de álcool e drogas em saúde mental, voltado ao público infantojuvenil.

Construir uma agenda permanente e continuada para operacionalização de ações transversais de cuidados a crianças e adolescentes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, respeitando a diretriz da redução de danos e os princípios da reforma psiquiátrica (MS, 2010, p. 95).

Com a modalidade CAPSi, a partir da Portaria 336 (19 de fevereiro de 2002) do Ministério da Saúde, consolida-se o atendimento em Saúde Mental no Brasil exclusivo para o público infantojuvenil. Esse cenário permitiu, em algumas cidades, a criação e implantação dos CAPS Adi, proposto ao tratamento em saúde mental destinado ao público infantojuvenil em situação de uso de drogas. A seguir, no próximo capítulo, será tratado o estudo bibliográfico documental realizado sobre os CAPS Adi no Distrito Federal, a partir da necessidade já mencionada de relacionar o atendimento proposto à demanda da droga em conjunto com a particularidade do universo infantojuvenil.

CAPÍTULO 3: CAPS ADI NO DISTRITO FEDERAL - BRASÍLIA E TAGUATINGA

3.1 Um contexto: A Capital de oportunidades e desigualdades

A seguir, será apresentado um breve histórico do crescimento do Distrito Federal, que deu origem a várias problemáticas advindas de um crescimento sem planejamento e infraestrutura física, política e governamental.

Brasília iniciou-se a partir de uma idealização de Lúcio Costa e Oscar Niemayer, que tinha como objetivo criar um espaço de convivência para que cidadãos residissem em harmonia com governantes eleitos de todo Brasil. O que não estava no papel era o fato de que Brasília passaria a imagem de ser uma cidade de oportunidades para pessoas de todas as partes do país. Isso acarretou um rápido crescimento populacional em cidades que estão às margens da Capital Federal. Eram as chamadas “cidades dormitórios”, mas hoje várias delas possuem vida própria. Sem planejamento e infraestrutura necessários essas cidades cresceram e atualmente, muitas delas, possuem porte de cidade média¹⁷ com vários milhares de habitantes.

Na década de 90 já se falava de problemas advindos desse crescimento desgovernado, entre eles o desemprego, a insalubridade, a falta de segurança, o péssimo atendimento hospitalar, e vários outros (SUDBRACK et al, 1990). No mercado de trabalho, a exigência por qualificação e o baixo número de vagas faz com que muitas pessoas se submetam, por necessidade, ao trabalho informal e precarizado. Na mesma década já eram considerados jovens em situação de desemprego em torno de 22% da população total (CODEPLAN, 1988 *apud* SUDBRACK et al, 1990). Atualmente, o Distrito Federal é mundialmente conhecido pelo grande contraste social, onde bairros possuem Índices de Desenvolvimento Humano contrastantes. Por exemplo, o Lago Sul possui um altíssimo IDH (0,945) que supera o IDH da Noruega (0,943), país com o maior IDH do mundo e, a menos de 25 km de distância, se encontra a cidade Estrutural, que possui IDH semelhante ao do Congo (0,286), país com menor IDH do mundo (ROITMAN, 2014).

A miséria, em alguns contextos¹⁸, é o que leva o indivíduo em direção à droga. Muitos

¹⁷ Cidade média, em urbanismo, são cidades que abrigam de 100 a 300 mil habitantes.

¹⁸ Entende-se que a miséria é apenas um dos contextos nos quais se observa o uso de Substâncias Psicoativas (SPA), pois se sabe que a droga apresenta-se nos mais variados grupos de indivíduos, sendo diversos os contextos históricos, culturais e sociais nos quais ela se estabelece.

moradores de rua recorrem à droga para enfrentarem a realidade cruel de frio, fome, exposição, humilhação e violência. A partir daí, vão surgindo situações de complicação frente a essa realidade, nas quais o indivíduo pode vir a se envolver com crimes e dependência química. Quase sempre, isso tudo vem acompanhado de uma exclusão e estigmatização, onde são postos rótulos com discursos que podem atrapalhar tudo que se deve aplicar na tentativa de reintegração social.

Em um passado não muito distante, essas pessoas eram encaminhadas a centros de tratamento que pouco se diferenciavam dos hospitais psiquiátricos, voltados para pessoas com transtornos mentais. Após a Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001), aos poucos, foi-se adotando um olhar mais atencioso para pessoas que fazem uso de drogas. Em 2005, com a PNAD, foi possível vislumbrar a tentativa de iniciar uma intervenção mais eficaz. Atualmente, a determinação social ao uso de drogas compreende que existe uma interferência significativa da classe social ao tipo de droga utilizada, a partir de valores e efeitos¹⁹.

3.2 O CAPS Adi no Distrito Federal

3.2.1 Primeiros passos e abrangência territorial

Diante da necessidade consolidada, já apresentada anteriormente, torna-se imperativo um atendimento voltado às pessoas em situação de uso de drogas no DF. Atualmente, parte dessa demanda é atendida por meio dos CAPS Ad e Adi, que estão distribuídos pelas cidades, totalizando nove unidades. São divididos nas modalidades II e III, em detrimento do contingente populacional. Atualmente existem quatro CAPS Ad II para adultos localizados em Sobradinho, Santa Maria, Itapoã e Guará, três CAPS Ad III para adultos na Rodoviária do Plano Piloto, em Samambaia e na Ceilândia; e dois CAPS Adi, para menores de dezoito anos, localizados em Brasília e Taguatinga (TEIXEIRA, 2013). O CAPS Adi faz uso dos mesmos preceitos dos CAPS Ad para adultos, mas com o diferencial de atender as especificidades estabelecidas pelo ECA, sendo destinado apenas à crianças e adolescentes e pessoas de sua convivência.

¹⁹ Acredita-se que o acesso e a escolha às drogas são feitos mediante às necessidades e expectativas de cada um. Por exemplo, moradores de rua acessam menos drogas como a maconha, que aumenta a fome, visto que não têm o que comer, preferem substâncias inibidoras de apetite e tampouco acessam drogas caras.

Antes do CAPS Adi, essa população era atendida pelos Adolescentos²⁰. Existe também atendimento em Saúde Mental no Centro de Orientação Médico Psicopedagógico (COMPP²¹). Contudo, essas instituições se encontravam sobrecarregadas, em relação à aplicação de políticas de saúde mental voltadas ao público infantojuvenil.

Em 2012, o Adolescente era a única instituição que atendia o público infantojuvenil com problemas decorrentes do uso de drogas e, em novembro de 2012, passou a atender apenas casos graves relacionados ao uso de drogas (TEIXEIRA, 2013). A partir dessa necessidade, em Janeiro de 2013 o CAPS Adi em Brasília foi inaugurado e em maio de 2013 foi inaugurado o CAPS Adi em Taguatinga²² (CUNHA, 2015).

O CAPS Adi Brasília iniciou seu trabalho dividindo espaço físico com o Adolescente, mas deparou-se com limitações que impediam a aplicação de todo trabalho e atividades destinados àquele público. Em setembro de 2013, foi estabelecido o CAPS Adi Brasília na Asa Norte em sede própria, desvinculando-se do atendimento prestado no Adolescente e possibilitando um trabalho melhor e mais inclusivo, “quando então passaram a ser projetadas as atividades em grupo a serem ofertadas aos adolescentes e suas famílias” (TEIXEIRA, 2013, p. 56).

No mesmo terreno do CAPS Adi Taguatinga estão outros serviços da Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos (SEDESTMIDH). Lá, atualmente, existe um centro de referência destinado à população de rua, uma casa de acolhimento para idosos e uma casa de acolhimento para crianças e adolescentes. Antes, nesse mesmo lugar, existia o Abrigo Reencontro (ABRIRE), que era uma instituição de acolhimento de crianças e adolescentes. “Portanto, o espaço carrega uma história longa frente às vulnerabilidades e principalmente garantia de direitos da população infantojuvenil” (CUNHA, 2015, p. 15).

O atendimento, em ambos os CAPS Adi, foi dividido a partir da contemplação das regiões de saúde, conforme padronização pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (PDR).

O Distrito Federal, em sendo uma cidade-estado, não possui municípios e por isso sua descentralização é apenas de serviços, para o que foram criadas 15 Regionais de Saúde. Atualmente, essas regionais de saúde estão divididas em 7 (sete) Regiões de Saúde, conforme preconizado pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS/02) (PDR, 2007, *apud* TEIXEIRA, 2013, p. 56).

²⁰ Responsável por grande número de programas de assistência à saúde mental infantojuvenil no DF.

²¹ O COMPP é um órgão vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), e presta atendimento em Saúde Mental às crianças e adolescentes do Distrito Federal.

²² O CAPS Adi Taguatinga foi inaugurado pelo então Governador, Agnelo Queiroz, no dia 24 de maio de 2013. Funciona 24 horas por dia, como serviço aberto e independente de encaminhamentos.

O CAPS Adi Brasília atende as seguintes regiões administrativas: Asa Sul, Lago Sul, Riacho Fundo I, Candangolândia, Núcleo Bandeirante e Guará (região centro-sul); Asa Norte, Lago Norte, Cruzeiro (região centro-norte); Sobradinho e Planaltina (região norte); e Paranoá e São Sebastião (região leste). O contingente populacional do CAPS Adi Brasília é de 1.126.414 habitantes (PDR, 2007, *apud* TEIXEIRA, 2013).

As demais regiões pertencentes ao centro-sul, oeste, sudoeste e sul: Brazlândia, Ceilândia, Samambaia, Recanto das Emas, Gama, Taguatinga, Vicente Pires e Santa Maria – fazem parte do atendimento realizado pelo CAPS Adi Taguatinga. O contingente populacional do CAPS Adi Taguatinga é de 1.269.139 habitantes. (PDR, 2007, *apud* TEIXEIRA, 2013).

As regiões Águas Claras, Riacho Fundo II, Sudoeste, Octogonal, Noroeste, Varjão, Park Way, Sobradinho II, SCIA e Jardim Botânico não haviam sido incluídas na Divisão das Regiões de Saúde do DF, até 2013. Com isso acordou-se que Águas Claras entraria na Região contemplada pelo CAPS Adi Taguatinga e as demais regiões comporiam parte da região atendida pelo CAPS Adi Brasília (TEIXEIRA, 2013). É possível visualizar a abrangência dos dois serviços a partir do mapa a seguir:

MAPA 1- Distrito Federal com demarcação de abrangência dos CAPS Adi Brasília e Taguatinga



(Fontes: Mapa disponível em: <http://professormarcianodantas.blogspot.com.br/2015/04/o-distrito-federal.html>
Demarcações e legenda: Elaboração própria).

O CAPS Adi no DF é uma instituição onde, a partir de suas propostas, torna-se possível concretizar os avanços contidos nas novas diretrizes alcançadas após a Reforma Psiquiátrica, contudo observa-se, a partir dos dados obtidos, que o contingente populacional para cada um dos dois CAPS Adi é muito alto e, muitas cidades, não são contempladas de maneira adequada por causa da distância.

3.2.2 CAPS Adi de portas abertas

As informações a seguir apresentam alguns aspectos práticos do atendimento do CAPS Adi Brasília e Taguatinga, a partir da análise documental de estudos feitos acerca do serviço das duas instituições. Com essas informações torna-se possível entender o que é o CAPS Adi na prática, suas propostas, características e objetivos do atendimento prestado, a partir das novas diretrizes, cuja tônica é a proposta de reinserção social.

Os CAPS Adi no Distrito Federal, desde sua inauguração em 2013, formam o primeiro serviço do DF que atende exclusivamente crianças e adolescentes em situação de uso de drogas e seus familiares (TEIXEIRA, 2013). Além disso, entende que para qualquer tipo de atendimento e interação com pessoas que ainda não tenham dezoito anos, deve-se ter como base as orientações e diretrizes do Estatuto de Crianças e Adolescentes (ECA).

São constituídos de equipes formadas por médicos psiquiatras, médicos clínicos, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, enfermeiros, farmacêuticos e técnicos administrativos. Além das equipes terceirizadas de serviços gerais e vigilância. A equipe de saúde atua em conjunto, em forma de equipes divididas para realização do atendimento de acolhimento e plantões. É uma equipe multidisciplinar, que foge do escopo onde o médico toma decisões de forma predominante (RABELO, 2015).

Quem chega ao CAPS Adi, normalmente, vem por iniciativa própria (ou familiar) ou por meio de encaminhamentos advindos do Conselho Tutelar, de outros serviços de saúde e de instituições de ensino. A grande maioria tem mais que doze anos, ou seja, são adolescentes²³. O CAPS Adi entende a importância de realizar um trabalho também com a família de quem se encontra em situação de uso de drogas (TEIXEIRA, 2013).

No momento de entrada do usuário no estabelecimento, é feito um direcionamento para uma conversa de acolhimento, onde é preenchida uma ficha para levantamento dos primeiros dados. No CAPS Adi Brasília, o acolhimento sempre é feito em conjunto por dois

²³ Pelo ECA, no artigo 2º, são considerados adolescentes pessoas com idade entre doze e dezoito anos de idade.

profissionais de áreas distintas, por meio de uma escala (TEIXEIRA, 2013). Em Taguatinga existem “três ‘Miniequipes’ de referência com base no território²⁴” (RABELO, 2015, p. 17). Após entendimento inicial da situação-problema, é feito um encaminhamento seguinte para os profissionais de acordo com a demanda apresentada pelo usuário. A partir de então, é dado início ao tratamento que pode ser em grupo ou individual, ou externo (encaminhamento para outras instituições). É importante que o acolhimento apresente uma solução coerente com a real necessidade do usuário.

A princípio é feito acompanhamento clínico por profissionais de diversas áreas e buscase um fortalecimento dos laços familiares e comunitários tendo em vista a independência e a conscientização da responsabilidade do indivíduo com a continuidade do seu tratamento. Rabelo (2015, p. 17) apresenta que existem equipes interdisciplinares que:

são compostas por profissionais de todas as categorias, de tal modo que cada caso é contemplado por diferentes perspectivas levando sempre em consideração o território e a rede que a criança ou adolescente está inserido. Nossa atuação envolve: acolhimentos, atendimentos individuais, grupos terapêuticos, dispensação de medicamentos, atendimento familiar, matriciamento²⁵, visitas domiciliares, elaboração de relatórios, reuniões de rede, dentre outras atividades.

O tratamento precisa ser baseado no sujeito enquanto singular e não nas drogas em si, analisando a influência que a droga tem sobre o indivíduo. O atendimento não está voltado diretamente ao uso de drogas, mas os profissionais envolvidos buscam abordar problemáticas referentes a outras questões que permeiam o indivíduo, com o objetivo de apresentar propostas disponíveis para essas outras demandas.

Dessa forma, é feita uma reorganização de prioridades na vida das pessoas que utilizam o serviço prestado pelo CAPS Adi no DF, na tentativa de que, atividades que estejam esquecidas voltem a fazer parte de suas vidas. Usar drogas de forma abusiva e danosa é geralmente fruto de uma dinâmica descontínua (BASTOS, 2003), e o CAPS Adi trabalha justamente na proposta de reorganização dessa dinâmica.

O CAPS Adi de Brasília não oferece estadia noturna. Em caso de atendimento em períodos de crise ou abstinência, é feito encaminhamento a uma Unidade de Acolhimento²⁶

²⁴ As miniequipes do CAPS Adi Taguatinga são formadas por profissionais de diversas áreas, a fim de contemplar cada caso a partir de diferentes perspectivas (RABELO, 2015).

²⁵ Quando duas ou mais equipes criam um novo modelo de promoção de saúde por meio de propostas de intervenção (CHIAVERINE, 2011, *apud* TEIXEIRA, 2013 p. 102).

²⁶ A Unidade de Acolhimento foi inaugurada, em maio de 2013, junto com o CAPS Adi em Taguatinga-DF. A proposta é receber ali o público infantojuvenil que chegue com demanda de internação para desintoxicação. É a primeira Unidade do DF que atende exclusivamente crianças e adolescentes. Na Unidade existem 8 leitos, sendo 4 femininos e 4 masculinos.

vinculada, que fica junto ao CAPS Adi Taguatinga. Normalmente o encaminhamento sugere que o jovem fique na Unidade de Acolhimento por até 14 dias (CUNHA, 2015), justamente por não ser a internação o foco da estratégia utilizada pelo CAPS Adi.

Na maioria das vezes, o trabalho que é realizado no CAPS Adi ultrapassa a estrutura do estabelecimento físico. Para um sucesso nas ações, é necessário buscar apoio da rede de suporte social de cada jovem inserido no serviço, na tentativa de reinserir, considerando sempre a importância de preocupar-se com o sujeito enquanto ser humano, sua história, sua cultura e seu cotidiano.

Os principais parceiros dos CAPS Adi são: Conselho Tutelar, Vara da Infância e da Juventude, Defensoria Pública, Unidades de Saúde, centro de referência em assistência social (CRAS e CREAS), instituições de acolhimento e locais que oferecem cursos profissionalizantes, como o SENAC. Teixeira (2013, p. 112) apresenta que “nenhum serviço dá conta da integralidade do cuidado sozinho, por isso ele é pensado em rede”. Além disso, Cunha (2015, p 26) pontua que:

A articulação dos demais serviços da rede faz parte do trabalho e é frequente se deparar com os limites da rede, como as dificuldades para encontrar alguma política de proteção em casos de ameaças à vida, ou vincular o usuário a política de acolhimento em abrigo, sem que isso signifique desvinculação dos demais dispositivos, inclusive do CAPS. Apesar dessas articulações serem, por vezes desgastantes, a equipe do CAPS se empenha na resolução de cada caso, na busca de realizar encaminhamentos implicados e colocar a “roda da rede” para girar.

Não é feita uma abordagem tratando-se da droga propriamente dita, antes é feita uma intervenção de reinserção desses jovens no cotidiano que a droga, por muitas vezes, acaba por excluí-lo, assim como o interesse pela escola, pela capacitação profissional, pelo esporte, pelo lazer, pelo convívio social e familiar, dentre outros (TEIXEIRA, 2013). Avalia-se a intensidade dessa relação entre sujeito e a droga em relação aos comprometimentos orgânicos e os danos sociais. Todo processo de atendimento é feito com o usuário em situação de uso de drogas e/ou com sua família. Estuda-se também em que medida esse envolvimento têm prejudicado o relacionamento familiar e o desempenho escolar.

Existem dados do CAPS Adi Brasília, que apresentam altos índices de defasagem escolar, desde reprovações até prejuízos na frequência. Teixeira (2013) pontua, com base em pesquisa feita pela própria autora²⁷, que dentre os adolescentes frequentadores do CAPS Adi Brasília, atendidos no primeiro semestre de 2013, 24% não estava matriculado e, dos 76% que

²⁷ Em 2013, Bethania S. Teixeira era psicóloga e coordenadora do CAPS Adi Brasília e realizou sua pesquisa de Mestrado na instituição.

estavam matriculados, 18% não frequentavam a escola assiduamente.

Teixeira (2013), na mesma pesquisa, também apresenta que a maioria, tanto dos não frequentadores ou dos não matriculados, já havia tido experiência de rua em alguma ocasião de suas vidas, enquanto a maioria dos matriculados que frequentava escola nunca havia passado por experiência de rua. Vincula-se, portanto, uma influência da situação de rua à condição escolar.

Ainda em relação à experiência de rua, dados revelam que, de modo geral, mais da metade dos atendidos no CAPS Adi de Brasília, já havia se ausentado do lar em algum momento, sendo que 52% já haviam vivido em situação de rua em algum período de suas vidas. Também se apresenta que quem reside com o pai, com a mãe ou com ambos tem menos propensão a viver experiência de rua. Além disso, meninas apresentaram mais propensão a passarem pela experiência de rua (TEIXEIRA, 2013).

os adolescentes que não vivem com suas famílias ou que estão em situação de rua parecem mais expostos ao uso de drogas. (...) De qualquer forma, é preciso salientar que pesquisas com população em situação de rua revelam que o uso de drogas não é o maior motivo para o afastamento familiar. O mais comum é o uso se intensificar após a exposição à rua (TEIXEIRA, 2013, p. 100).

Como já mencionado, nos CAPS Adi Brasília e Taguatinga, a droga é vista apenas como um sintoma de uma gama imensa de outras diversas problemáticas. Então, são trabalhadas essas demais demandas que se apresentam em cada realidade. A droga é entendida como agente que atua em contextos de tentativa de enfrentamento ou anulação da realidade e analisa-se o que leva o público infantojuvenil a ignorar os danos causados por ela, a partir da lógica de possuir o uso de drogas, na visão desses sujeitos, maiores vantagens que prejuízos. Uma das justificativas é que o uso de drogas proporciona uma sensação de solidão totalmente satisfatória, mesmo que por poucos segundos, capaz de afastar a pessoa de outras sensações negativas (MONTEIRO, 2009).

Na leitura da realidade dos indivíduos, é necessário associar fatores de proteção, que identificam maiores chances de sucesso nesse enfrentamento, e fatores de risco, que apresentam pontos de necessidade de proteção. Por isso, no CAPS Adi, busca-se entender as condições de vida, relacionamento familiar e entendimento de família, autoestima, autonomia, capacidade de superar frustrações, crenças religiosas, inserção cultural e de lazer, vínculo escolar e de preparações profissionais, entre outros (TEIXEIRA, 2013). Dentro dessas características, o CAPS Adi busca fatores que podem se desenvolver como sendo de risco ou de proteção. Esses fatores podem não ser determinantes, contudo, são influenciadores da

presença das drogas na vida das crianças e dos adolescentes (RABELO, 2015).

Nesse contexto, onde uso de drogas precisa ser visto como reflexo de uma série de sofrimentos e situações de alta vulnerabilidade e baixos índices de fatores protetivos, o CAPS Adi defende que cada caso precisa de intervenção própria e singular. O usuário esporádico, o dependente e o adolescente envolvido com o tráfico possuem diferentes necessidades de intervenção, com isso, é adotada penalização, em casos previstos em Lei, seguida de acompanhamento (no caso dos que além de estarem envolvidos com o tráfico também estarem em situação de uso de drogas) e, nos demais, as forças se concentram em aumentar fatores de proteção e minimizar a vulnerabilidade. Acredita-se que a família seja grande protagonista, tanto na redução da vulnerabilidade vivenciada, quando na tentativa do aumento de fatores de proteção, assim como explicita Teixeira (2013, p. 110), “devemos apostar nas famílias, que são as primeiras responsáveis pelo cuidado integral das crianças e adolescentes e também precisam de cuidado”.

Teixeira (2013) afirma que é necessário “descapsular” as crianças e adolescentes do CAPS Adi, ou seja, tirá-los das “cápsulas” nas quais muitas vezes chegam ao atendimento. Segundo a autora, essas “cápsulas” são todo estigma, preconceito, opiniões e descrições previamente feitas que os indivíduos carregam por estarem em situação de uso de drogas, e muitas vezes, essas cápsulas não estão apenas no indivíduo, mas em quem os rodeia e na sociedade.

O CAPS Adi procura materializar o cuidado no atendimento e responsabilização pela vida e pelo bem estar, inclusive por outras vidas, que despertem sobre o cuidar de si.

Nosso CAPS fica em uma região com muita vegetação, o que proporciona atividades com horta e jardinagem. O investimento com plantio também foi feito com essas crianças: elas plantam e têm a responsabilidade de olhar e cuidar da plantinha a cada atendimento. A materialização desse cuidado fomenta a responsabilização pelo bem estar de um ser vivo que precisa da água que ela dá para viver (RABELO, 2015, p. 39).

Além desse olhar para o interno, os profissionais do CAPS Adi no DF saem a campo na tentativa de conscientizar tudo o que rodeia as crianças e adolescentes atendidos a respeito do uso de drogas e na tentativa de desconstrução de preconceitos e sensibilização e criação de ambientes que promovam saúde e não sejam espaços para a droga.

Entende-se a rede como nossa principal aliada, sendo o CAPS Adi o ponto angular de onde podem sair estratégias e intervenções para o território. O grande desafio nesse sentido é articular a rede, não só de saúde em seus diversos níveis de atenção,

mas também a educação, o esporte, a assistência social, a justiça e outros. Sendo assim, é preciso capilarizar informações sobre nossa atuação, além de estar com os demais pontos da rede quando se faz necessário. (...) Apostamos no tripé: sujeito, família e rede (RABELO, 2015, p. 18).

Fundamentalmente, o trabalho do CAPS Adi se dá a partir de interações “extramuros”, ao possuir a premissa de reinserção (CUNHA, 2015) e, como já mencionado, trabalha em rede por acreditar que os desafios existentes encontram necessidades de diálogo com outras instituições constituintes da rede. Para isso, é necessário um envolvimento de toda a rede no enfrentamento da problemática vivenciada singularmente por cada criança ou adolescente.

Destacamos sempre que a vida acontece precipuamente do lado de fora dos muros da instituição. (...) A responsabilidade pela condução do cuidado no território é então dividida com a família, os conselhos tutelares, a rede de assistência social e a rede de ensino, conforme preconizado pelas diretrizes da RAPS. O exercício de estabelecer a rede é cotidiano (TEIXEIRA, 2013, p. 101).

O CAPS Adi é considerado um “espaço especializado de oferta de cuidado e atenção à criança e ao adolescente em *situação de* uso de drogas e vulnerabilidade” (RABELO, 2015, p. 44. Grifos nossos). As estratégias são voltadas ao fortalecimento dos fatores de proteção dos sujeitos, de forma a reinserir as crianças e os adolescentes no que perdeu espaço para a droga, construindo elementos onde não exista espaço para a droga, trabalhando a autoestima e comportamentos positivos e ensinando outras formas de interagir com outras crianças e adolescentes, que não seja por meio do uso de drogas.

A sensibilidade já mencionada se faz ingrediente essencial para cunhar cada intervenção, essas crianças precisam ser ouvidas e cuidadas e nossa missão é oferecer atenção e cuidado, sem vitimizá-las, mas as considerando sujeitos de direitos e deveres (RABELO, 2015, p. 44).

Entende-se que a atuação do CAPS Adi se dá no sentido de mostrar aos usuários do serviço e sua família que existem outras possibilidades de escolha, tendo como embasamento a Lei 10.216, que fundamenta a reforma psiquiátrica, em conjunto ao Estatuto da Criança e do Adolescente e sob as diretrizes da atual legislação sobre drogas, sendo necessário “superar as mentalidades manicomiais que ainda possam refletir nos fazeres” (CUNHA, 2015, p. 54).

Busca-se também envolver a opinião dos usuários na tentativa de criar espaços que contenham opiniões e características dos próprios usuários, ao mesmo tempo em que se enfrenta o desafio de falta de recursos (CUNHA, 2015).

No CAPS Adi, partindo das diretrizes da reforma psiquiátrica, a ideia de cura é abandonada em favor da ideia de cuidado. Os atendimentos aos familiares e adolescentes são orientados para o empoderamento destes na condição de suas vidas, respeitando-se cada limite. Abandonada a noção de cura, ocupamo-nos de construir, com as famílias e adolescentes, possibilidades de estar no mundo. Cada passo rumo à autonomia e à conquista de objetivos formulados pelo próprio sujeito é tido como sucesso (TEIXEIRA, 2013, p. 96).

As formas de trabalho e propostas de reinserção e ressignificação estão alicerçadas nas novas diretrizes de intervenção em saúde mental (BRASIL, 2001), ainda que a maior parte solicite cura por meio de abstinência.

Percebemos que a chamada “Guerra às drogas” não deve mais ser nossa meta principal, mas entender o uso de drogas como um fenômeno complexo através da estratégia da Redução de Danos. Orientados por essa lógica, olhamos para o sujeito que chega, muitas vezes desapontado por ter sido encaminhado por algum órgão da justiça, ou enfurecido com os pais por estarem obrigando a vir cuidar da saúde, ou quem sabe, desesperado por não ter o que comer nem onde dormir (...) percebemos que essas crianças, diversas vezes, estão privadas de tudo que mais precisam para se desenvolverem plenamente (RABELO, 2015, p. 31).

A estratégia de Redução de Danos é utilizada no CAPS Adi, assim como em diversos outros serviços de atendimento de Saúde, como forma de focar a intervenção no sujeito e não na droga. O princípio imediato não é eliminar a droga da vida da pessoa, mas fortalecer o sujeito, antes de qualquer outra intervenção que objetive a extinção da droga de sua vida (RABELO, 2015). Assim como apresenta o manual do Ministério da Saúde, redução de danos consiste no “conjunto de práticas e ações do campo da saúde e dos direitos humanos realizadas de maneira articulada e intra-setorialmente, que busca minimizar danos de natureza psicossocial decorrentes do uso de SPA, ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde” (BRASIL, 2013, *apud* CUNHA, 2015).

O CAPS Adi adota a política de redução de danos, em oposição à política de abstinência, que é considerada ineficaz quando apresenta que 65% dos usuários em tratamento não consegue permanecer em abstinência e, por causa disso, podem carregar a sensação de fracasso e culpa. A guerra às drogas preocupa-se mais com resultados em números de apreensões e consumo, enquanto a redução de danos preocupa-se com resultados em vida, saúde e bem estar da pessoa em situação de uso de drogas (XAVIER, 2013 *apud* TEIXEIRA, 2013, p. 96).

Redução de danos aceita a inevitabilidade de determinado nível de drogas na

sociedade (...). O objetivo primário dessa estratégia é reduzir as consequências adversas desse consumo (...). Enfim, a redução de danos trabalha com a política possível (XAVIER, 2013 *apud* TEIXEIRA, 2013, p. 96).

Finalmente, o CAPS Adi é aqui apresentado como instituição que faz o trabalho contínuo de enxergar mais as crianças, os adolescentes e suas famílias do que a droga propriamente dita. Acredita-se também que não é a droga que os leva até o CAPS Adi, mas sim o sofrimento decorrente de seu uso (TEIXEIRA, 2013). Uma estigmatização superficial que interpreta os usuários do serviço como viciados, problemáticos, criminosos etc. exclui o fato de que essas pessoas são sujeitos de direito, em necessidade de acesso aos serviços de saúde, podendo ser estudantes, trabalhadores, filhos, pais, entre outros papéis que não se limitam ao papel de “drogado” e que, possivelmente, se veem prejudicados. Nisso, o CAPS Adi aposta no trabalho articulado com toda a rede, ao mesmo tempo em que aplica estratégias de redução de danos e ressignificação de vida e prioridades, buscando maior bem-estar e possibilidades de estar no mundo ao invés de tentativas de curas imediatas, constituindo assim a concretização de poderosas táticas que, se bem articuladas e aplicadas, podem gerar resultados com efeitos positivos e satisfatórios na vida dessas crianças e adolescentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos anos, após criação do CAPS, modalidades foram sendo criadas e separou-se o atendimento de álcool e drogas dos demais atendimentos de transtornos mentais, com a criação da modalidade CAPS Ad. Ainda mais especificamente, em algumas regiões, surgiram os CAPS Adi, que atendem exclusivamente crianças e adolescentes em situação de uso de drogas. A atuação das duas modalidades é semelhante, contudo, o CAPS Adi atende às expectativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, que se difere da perspectiva da legislação para adultos.

A motivação para a criação dessa modalidade se deu a partir da compreensão de que crianças e adolescentes possuem significados e necessidades diferentes dos adultos, necessitando atenção especial. Esse dispositivo possui as premissas advindas da Reforma Psiquiátrica, que modifica o atendimento em saúde mental como um todo, juntamente com as diretrizes da atual legislação sobre drogas e a normativa estabelecida pelo ECA e, de forma conjunta, possuem a premissa de reinserir, considerando que a droga pode ser sintoma ou causa de situações de vulnerabilidade e ausência ou enfraquecimento de fatores de proteção.

O CAPS Adi no Distrito Federal possui dois endereços – Brasília e Taguatinga – e atua de forma a atender essas propostas citadas. Com isso, por meio da estratégia de redução de danos, o CAPS Adi não aborda a droga especificamente e não aposta na abstinência ou em formas precipitadas e imediatistas de tentativa de cura. Antes, acredita que o jovem precisa ser tratado e curado de várias outras enfermidades psicossociais, das quais a droga é apenas um sintoma ou consequência. O CAPS Adi realiza esse trabalho em consonância a uma rede de apoio, pois acredita que toda a rede é de suma importância no atendimento das diversas vertentes que acompanham esses sujeitos.

A partir disso, o objetivo principal deste trabalho foi trazer a realidade da atuação do CAPS Adi do Distrito Federal, de forma a apresentá-lo como instituição que contempla a perspectiva de reinserção social, adotada no atendimento em saúde mental após os avanços obtidos a partir da Lei 10.216/01.

A motivação para o tema se deu ao longo de alguns meses, e concretizou-se quando esta autora teve a oportunidade de participar do I Congresso PREVINE realizado no Distrito Federal em 2014, onde foi apresentada a lógica do uso de drogas, que não se deriva necessariamente do indivíduo, mas de todo um contexto que motiva e/ou reforça esse hábito. A partir dessa compreensão, enxerga-se a droga como possível sintoma de outras causalidades

que precisam de intervenção.

Com visitas realizadas por esta autora ao CAPS Adi Brasília e pesquisa documental de trabalhos feitos acerca das duas instituições, buscou-se atrelar dados obtidos ao conhecimento já adquirido a respeito dessa temática. Confirmou-se a hipótese de que o CAPS Adi atua, articulado com toda rede e por meio de estratégias de redução de danos, tendo como objetivo a reinserção social.

Foi identificada dificuldade em relação ao material bibliográfico acerca dos CAPS Adi, não só no Distrito Federal, mas em todo Brasil. Todos os trabalhos encontrados e consultados por esta autora foram feitos por profissionais do campo da Psicologia. Considerou-se a importância de disponibilizar mais um trabalho da instituição, mas com o olhar do Serviço Social e de tudo que é apreendido na área, visto que o assistente social é profissional fundamental e atuante no CAPS Adi.

Este trabalho possibilitou a esta autora uma amplitude de olhar que hoje é capaz enxergar muito além da droga. *“A droga não é o foco do nosso atendimento, queremos entender esses jovens e o que permeia suas vidas, para sermos capazes de tratar o que está destruído nesse contexto no qual a droga encontrou espaço”* (T., Assistente Social do CAPS Adi de Brasília). Dessa forma, tornou-se possível viabilizar uma maior compreensão acerca dessa temática a partir da perspectiva apreendida em toda graduação desta autora.

A droga nunca se apresenta na vida de uma pessoa sozinha, e é aí que surge a necessidade do CAPS Adi. Muito antes de abstinência e cura, existe a necessidade de tornar crianças e adolescentes novamente em sujeitos de direitos, situação essa que, por algum motivo, se perdeu no caminho de suas vidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Marilene Freitas de. **A emancipação legal põe fim à proteção integral? Um estudo sobre o acompanhamento de egressos dos programas de acolhimento institucional de crianças e adolescentes do Distrito Federal.** 2015. 70 f., il. Monografia (Bacharelado em Serviço Social)-Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

AMARANTE, Paulo. **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica.** Caderno de Saúde Pública, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

ANVISA, **Portaria nº 344, de 12 de maio 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.** Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/anvisalegis/VisualizaDocumento.asp?ID=939&Versao=2>. Acesso em: 15 de junho de 2016.

ARAGÃO, Priscila Hellane Nepomuceno. **Análise sobre o Serviço de Atendimento em Saúde Mental na Ala de Tratamento Psiquiátrico do Distrito Federal (ATP/DF): a questão do cumprimento da Lei 10.216/2001.** 2014. 57 f., il. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia.** Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo. São Paulo. Vol. 12, No. 1, p. 66-78, Jan.-Jun., 2011.

BASTOS, Isabella Teixeira. et al. **Identidade do cuidado em Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil para usuários de álcool e drogas.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, SP. v. 48 (Esp2). 2003. p. 121-127. Julho, 2014.

BRASIL, **Decreto nº 17.943-A de 12 de outubro de 1927. Código de Menores de 1927.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d17943a.htm. Acesso em: 20 de julho de 2016.

BRASIL, **Decreto nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011. Incorpora a SENAD ao Ministério da Justiça.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7426.htm. Acesso em: 25 de junho de 2016.

BRASIL, **Decreto nº 7508, de 28 de julho de 2011. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 5 de maio de 2016.

BRASIL, **Lei 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm. Acesso em: 25 de maio de 2016.

BRASIL, Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 25 de junho de 2016.

BRASIL, Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm. Acesso em: 25 de julho de 2016.

BRASIL, Lei nº 6.697 de 10 de outubro de 1979. Código de Menores de 1979. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6697.htm. Acesso em: 20 de julho de 2016.

BRASIL, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm. Acesso em: 20 de maio de 2016.

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

CAMARA, Sonia. Sementeira do Amanhã: o primeiro congresso brasileiro de proteção à infância e sua perspectiva educativa e regenerada da criança. In: VI Congresso Luso-Brasileiro de História da Educação. Percursos e desafios da Pesquisa da História da Educação. 2006. Minas Gerais. Anais do COLUBHE06, 2006 p. 757-769.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, 2003 [organização e redação Ana Regina Noto... [et al.]. São Paulo, 2004.

CONAD. Política Nacional Sobre Drogas. RESOLUÇÃO Nº3/GSIPR/CH/CONAD, DE 27 DE OUTUBRO DE 2005. Disponível em: [file:///C:/Users/SEBRAE-DF/Downloads/1.0_PoliticaNacionalsobreDrogas_Portugues%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/SEBRAE-DF/Downloads/1.0_PoliticaNacionalsobreDrogas_Portugues%20(2).pdf). Acesso em: 25 de agosto de 2016.

CUCCI, G. P.; CUCCI, F. A. A Proteção Integral de Crianças e Adolescentes Como Dever Social da Família, da Sociedade e do Estado. Artigo de Revisão. UNOPAR Científica – Ciências Jurídicas e Empresariais. Londrina. v. 12, n. 2. p. 77-84, Setembro, 2011.

CUNHA, Karine COELI Barbosa. Costurando histórias, cozendo cuidados: experiências compartilhadas a partir da estratégia terapêutica da convivência em um CAPS ADI no DF. 2015. 59 f. il. Monografia (Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas) – Universidade de Brasília. Brasília, 2015.

FALEIROS, V. de P.; FALEIROS, E. S. **Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes**. Coleção Educação Para Todos. 2ª edição. Brasília, editora MS, 2008.

FARIA, João P. G. **Uma breve história do SUS – artigo #TdC, Turma do Chapéu**. 2011. Disponível em: <http://turmadochapeu.com.br/breve-historia-do-sus/>. Acesso em: 25 de julho de 2016.

FARIA, Maria W. S. **CAPSad: experiência de um serviço**. In: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. **Álcool e outras drogas: Escolhas, Impasses e saídas possíveis**. 1ª edição. Minas Gerais: Editora Autentica, 2006.

FERREIRA, Laura Valéria Pinto. **Menores desamparados da proclamação da República ao Estado Novo**. Revista Virtú – ICH. Universidade Federal de Juiz de Fora – MG. 7ª edição. s.p., 2008.

FIGUEIRAS, A. C. M.; HALPERN, R. **Influências ambientais na saúde mental da criança**. *Jornal de Pediatria*, v.80, n.2 (Supl), 2004, p.s104-s110.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação Mundial da Infância 2005**. Infância ameaçada, New York, NY 10017, USA. 2005.

MENDES, Moacir Pereira. **A doutrina da proteção integral da criança e do adolescente à Lei 8.069/90**. 2006. 183 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), São Paulo, 2006.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 28 de julho de 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselho Nacional do Ministério Público. Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS**. Tecendo Redes para Garantir Direitos. 1ª edição. Brasília-DF. Editora MS. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **III conferência nacional de saúde mental: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório final: IV conferência nacional de saúde mental intersectorial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/GABINETE DO MINISTRO, **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 25 de junho de 2016.

MONTEIRO, Luiz Felipe Campos. **O uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes em situação de rua: uma leitura winnicottiana**. In: NERY FILHO, A., et al. orgs. *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA; Salvador: CETAD, 2009, pp. 139-159.

MONTEIRO, Simone R. da R. P. **O marco Conceitual da Vulnerabilidade Social. Sociedade em Debate**. Pelotas, 17 (2), p. 29-40. jul-dez, 2011.

PREVINE. Brasília. **I Congresso de Problemas Relacionados ao Uso de Drogas**. UFSC, SENAD, MS, MJ. 27 de novembro de 2014.

RABELO, Hellen Delchova. **O brincar e o fenômeno da drogadição na infância: relato de experiência em um CAPS ADI no DF**. 2015. 49 f. Monografia (Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas)-Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. **A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo**. Psicologia Ciência e Profissão. Bauru-SP. v. 24, 92-99, Outubro. 2004.

ROITMAN, Isaac. **Nocurongo no Quadrilátero**. *Jornal Correio Brasilense*. Brasília: 03/02/2014. Disponível em: <http://www.unb.br/noticias/unbagencia/artigo.php?id=669>. Acesso em: 25 de maio de 2014.

ROSA, C. M.; VILHENA, J. **Do manicômio ao CAPS da contenção (im)piedosa à responsabilização**. 2012. n.37, p.154-176, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Barbarói, Santa Cruz do Sul.

SARMENTO, Manuel Jacinto. **Imaginário e culturas da infância**. Disponível em: http://www.titosena.faed.udesc.br/Arquivos/Artigos_infancia/Cultura%20na%20Infancia.pdf. Acesso em: 26 de julho de 2014.

SENAD; UFSC. **Curso de Prevenção dos Problemas Relacionados ao Uso de Drogas. Capacitação Para Conselhos e Lideranças Comunitárias**. 6ª Edição. Santa Catarina. 2014.

SILVA, Gley Marques. **Falha ambiental grave na infância: algo a ver com sentimento crônico de falta e dependência química? O ambiente facilitador e sua relação com o desenvolvimento emocional**. s/d Disponível em: <file:///C:/Users/CODHAB%2001/Downloads/falha-ambiental-grave-na-infncia.pdf>. Acesso em: 09 de agosto de 2016.

SUBDRACK, Maria de Fátima Oliver. et al. **Experiências, pesquisa e relatos sobre consumo de drogas entre crianças e adolescentes no Distrito Federal**. p.67-85. In: UNFDAC, *Abuso de drogas entre meninos e meninas de rua do Brasil*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 1990.

TEIXEIRA, Bethânia Serrão. **DesCAPSulando adolescentes: perfil da população infantojuvenil de um CAPS adi-DF em situação de uso de drogas e saúde mental.** 2013. 119 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

WADSWORTH, James E. **Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil.** Revista Brasileira de História. São Paulo. v. 19, n. 37. Setembro, 1999.

WAIMAN, M. A. P. **O trabalho de cuidados às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização.** 2004. 277 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Florianópolis, 2004.