

ARTIGO

Atenção Psicossocial Infantojuvenil e o uso de substâncias psicoativas: caminhos e obstáculos

Psychosocial Care for Children and Adolescents and the Use of Psychoactive Substances: Paths and Obstacles

Juliana Araújo Silva^I, Caroline Lucas de Moraes^{II}, Elizabeth M.F.A. Lima^{III}

Resumo

O artigo aborda o uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes e as ações realizadas no âmbito da Atenção Psicossocial Infantojuvenil. Para tanto, apresenta estudos epidemiológicos, uma síntese das construções políticas e normativas de cuidado, direcionadas a esse público, e o relato de uma experiência num CAPSij, na região norte da cidade de São Paulo. O texto é resultado do encontro entre duas pesquisas e busca contribuir com o fortalecimento das práticas da atenção psicossocial a essa população na perspectiva do cuidado territorial, comunitário e com foco na autonomia e participação das pessoas envolvidas.

Palavras-chave: Centros de Atenção Psicossocial, Substâncias Psicoativas, Adolescência.

Abstract

This article addresses the use of psychoactive substances by children and adolescents and the actions carried out within the scope of Psychosocial Care for Children and Adolescents. To this end, it presents epidemiological studies, a summary of the political and normative constructions aimed at this public, and the report of an experience in a CAPSij, in the northern region of the city of São Paulo. The text seeks to contribute to the strengthening of psychosocial care practices for this population from the perspective of territorial and community care, with a focus on the autonomy and participation of the people involved.

Keywords: Psychosocial Care Centers, Psychoactive Substances, Adolescence.

Apresentação

A Atenção Psicossocial brasileira vem sendo construída desde o final dos anos 1970, pautada nos direitos humanos e na possibilidade de compreender a complexidade da vida, produzindo desvios às simplificações, convocando a coletividade em suas propostas e provocando os modos de vida contemporâneos a fim de encontrar caminhos de cuidado. A produção de saúde de crianças e adolescentes compõem parte desses

^I Juliana Araújo Silva (juliana.araujo@medicina.ufrj.br) é terapeuta Ocupacional pela Universidade de São Paulo (USP), mestre e doutora em Psicologia e Sociedade pela Universidade Estadual Paulista (UNESP- Assis) e professora adjunta no Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo (USP).

^{II} Caroline Lucas de Moraes (c.lucasmoraes@gmail.com) é terapeuta Ocupacional, mestre em Ciências e especialista em Psicopatologia e Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP).

^{III} Elizabeth M.F.A. Lima (beth.lima@usp.br) é terapeuta Ocupacional, livre-docente do Curso de TO da Universidade de São Paulo (USP). Orientadora no Programa de Mestrado Profissional TO e Processos de Inclusão Social e no Programas de Pós-graduação Interunidades Estética e História da Arte da USP.

investimentos e configura a Atenção Psicossocial Infantojuvenil que, orientada por normativas, se desdobra em diversos serviços e estratégias.

A partir de duas pesquisas, uma realizada na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e outra na Universidade de São Paulo (USP), este artigo pretende trazer reflexões e caminhos sobre a forma como a Atenção Psicossocial no Brasil tem produzido cuidado a crianças e adolescentes que fazem uso de substâncias psicoativas. A primeira pesquisa é o “Mapeamento de problemáticas contemporâneas para o cuidado psicossocial de crianças, adolescentes e jovens: questões teórico-conceituais e técnico assistenciais”, uma pesquisa documental realizada no contexto da UFRJ pela primeira autora, e a segunda “Cartografias do devir-adolescente: co-corpando experimentações de memória e reencontro”, dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Terapia Ocupacional e Processos de Inclusão Social da USP pelas segunda e terceira autoras.

Para tanto, traz uma síntese das discussões e ações realizadas no âmbito da Atenção Psicossocial Infantojuvenil, no que tange à questão do uso de substâncias psicoativas, e o relato de uma experiência num CAPSij, na região norte da cidade de São Paulo. Busca-se, dessa forma, contribuir com o fortalecimento das práticas de cuidado a essa população na perspectiva do cuidado territorial, comunitário e com foco na autonomia e participação das pessoas envolvidas.

Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial Infantojuvenil

No final da década de 1970, no Brasil, iniciou-se um processo de transformação das formas de tratamento em Saúde Mental, historicamente centradas no Hospital Psiquiátrico e na especialidade médica da psiquiatria, que teve como força motriz o Movimento de Luta Antimanicomial. “Congregador não apenas de setores da saúde mental, como profissionais, associações de usuários e familiares, como também estudantes, artistas, jornalistas, intelectuais”¹, o movimento foi fundamental para a efetivação do processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica.

As primeiras instituições psiquiátricas em território nacional datam do século XIX, período em que foi inaugurado o Hospital Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro. Diante da rápida superlotação dessas instituições e de suas condições, as primeiras denúncias de maus tratos começaram a emergir, colocando os asilos em descrédito. Passaram-se, então, a organizar colônias em regiões agrícolas, a partir da inspiração europeia. Em São Paulo, tivemos a inauguração do Asilo para Alienados do Juqueri, em meio rural, a fim de poder comportar maior número de internos, pois o espaço criado algumas décadas antes, na Santa Casa de Misericórdia, não havia sido suficiente. Os alienistas brasileiros passaram a apostar na possibilidade do tratamento por meio do trabalho. No Rio de Janeiro, surgiram a Colônia de São Bento e a Colônia Conde de Mesquita, na Ilha do Governador, entre outras².

Em pouco tempo, as colônias em nada se diferenciavam dos hospitais psiquiátricos, reproduzindo em seus ambientes o isolamento e as demais violências institucionais, hoje bem conhecidas graças às iniciativas internacionais de reformas psiquiátricas e ao Movimento de Luta Antimanicomial. Em 1967, foi estabelecido um convênio entre as instituições psiquiátricas e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que facilitou a entrada de leitos privados no sistema, fortalecendo a psiquiatria como prática assistencial de massa. Em 1972, houve uma reunião promovida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a III Reunião de Ministros da Saúde, no Chile, na qual foram discutidas e acordadas orientações em relação aos cuidados em saúde nas Américas. Naquela reunião, firmou-se um acordo para um programa de saúde mental no Brasil, que pautava a prevenção em saúde mental, a criação de centros comunitários de saúde mental, o uso de técnicas grupais, sem, no entanto, renunciar à ampliação de leitos psiquiátricos. Somente a última dessas ações foi efetivada¹.

É importante ressaltar que o circuito da população infantojuvenil na saúde mental aconteceu de forma próxima àquela dos adultos, passando prioritariamente por instituições filantrópicas e pelos hospitais psiquiátricos. Com a passagem do Brasil Colônia para o Brasil República, a infância tornou-se um campo de intervenção do Estado, com o objetivo de normatização dos indivíduos. Naquele período de mudanças, houve um fortalecimento do discurso médico-científico, que, sobrepondo-se a outros, passou a organizar os modos e costumes da população e estabelecer padrões de normalidade³. Enquanto os adultos eram direcionados ao trabalho, as crianças foram direcionadas às escolas, consideradas locais adequados para o seu desenvolvimento e controle. Tais ações foram formuladas pelo Movimento de Higiene Mental, que propunha intervenções no cotidiano e nas relações das pessoas⁴.

Somente no final do séc. XX, com o processo da Reforma Psiquiátrica, aliado à Reforma Sanitária Brasileira, uma atenção territorial e em liberdade começou a ser proposta, o que deu origem aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) pautados na Portaria n.336 de 2002. Os CAPS foram divididos em CAPS I (para o atendimento da população geral), II e III (para adultos), CAPSij, para crianças e adolescentes em sofrimento psicossocial, e CAPS ad Álcool e Drogas, voltados para a população com questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas.

Posteriormente, em 2011, houve a efetivação da proposta da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. A RAPS organizou fluxos e pontos da Atenção Psicossocial. Após o surgimento dos CAPS e da RAPS, muitas iniciativas foram criadas, inclusive com o surgimento em diferentes municípios de CAPS AD-III e CAPSi-III. Além disso, em muitos locais, passou-se a usar a nomenclatura de CAPSij incluindo a noção de juventude na denominação de diferentes serviços. Ou seja, a rede de saúde mental teve um significativo crescimento no começo dos anos 2000. Entre 2016 e 2022, esse crescimento foi interrompido, com fortes resistências de gestões públicas de desenvolver iniciativas pautadas na Reforma Psiquiátrica. No ano de 2023, o investimento na RAPS voltou a crescer, de forma alinhada com a Atenção Psicossocial.

No Brasil, a assistência infantojuvenil em saúde mental foi implementada no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma reprodução dos serviços propostos para adultos, o que diferencia a experiência brasileira de suas inspirações internacionais, como a Psiquiatria Democrática Italiana, que não pautou a construção de serviços territoriais para crianças. Embora tenhamos poucos documentos oficiais direcionados à infância, há dois documentos importantes: Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil⁵ e Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para construir direitos.⁶

No primeiro desses documentos estão organizados os princípios de cuidado infanto-juvenil: 1. A concepção da criança e do adolescente como sujeito de direitos; 2. Acolhimento universal; 3. Encaminhamento implicado; 4. Construção permanente de rede; 5. Cuidado em território; e, 6. Intersetorialidade nas ações de cuidado. O segundo traz questões mais específicas da Atenção Psicossocial Infantojuvenil e, entre elas, aborda a questão do uso de substâncias psicoativas por esta população. Nessa abordagem o documento orienta práticas que preconizam a participação, o território, o trabalho com as formas de sociabilidade e com os projetos de vida.

Ainda há muito a se construir em relação ao protagonismo infantojuvenil em espaços de decisão e análises das políticas públicas criadas. Sabemos que os CAPSij têm colaborado com a construção desse conhecimento e são muitas as dimensões da necessidade de cuidado que se apresentam nos dias atuais, entre elas: o crescimento das taxas de suicídio de pessoas entre 10 a 29 anos, que a Fiocruz (2024) apontou como tendo um crescimento de 50,94% em relação a população em geral⁷, a importante problemática da automutilação entre adolescentes, que foi mencionada no instrumento de vigilância a violência interpessoal e autoprovocadas no âmbito da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências⁸. Além do intenso aumento de diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista, como identificado pelo CENSO de 2022, que

identificou 2,4 milhões de pessoas no Brasil dentro do espectro. Podemos também perceber os números que vêm sendo anunciados por diferentes municípios em relação à matrícula escolar etc^{IV}.

As situações de violência física, sexual e psicológica, e o uso de substâncias psicoativas na infância, adolescência e juventude, são também destaque no cotidiano de atendimento. No documento “Saúde Mental em Dados”, do Ministério da Saúde de 2024⁹, são contabilizados 324 CAPSij no Brasil, mas com estados que não apresentaram nenhum serviço até o momento.

Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Substâncias Psicoativas - plano macropolítico

Embora exista um significativo número de relatos sobre o cuidado de crianças e jovens que fazem uso de substâncias psicoativas, feitos por profissionais de CAPSij em encontros, congressos, trabalhos de pós-graduação ou em materiais produzidos por ONGs (como o Centro de Convivência É de Lei), há uma carência de materiais que aprofundem a compreensão da relação que esta população estabelece com tais substâncias e as estratégias efetivas, direcionadas pela perspectiva da Redução de Danos, em serviços públicos no Brasil.

A produção epidemiológica sobre o consumo de substâncias entre crianças e jovens, compreende estudos publicados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), como o Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras de 2003¹⁰, e o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras de 2010¹¹. O III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, de 2017, traz algumas informações relacionadas à epidemiologia do uso de substâncias por esta população: entre os aproximadamente sete milhões de indivíduos com idade compreendida entre 12 e 18 anos que participaram do estudo, a mediana da idade do primeiro consumo de bebida alcoólica foi de 13,5 anos. O Levantamento apresenta a estimativa de um milhão de adolescentes terem consumido álcool e tabaco nos 12 meses anteriores à pesquisa, e quase 400 mil adolescentes terem consumido álcool e pelo menos uma substância ilícita, o que representa 2% de indivíduos desse grupo etário¹².

No âmbito internacional, podemos acessar os relatórios publicados pela OMS como uma referência global relacionada ao uso de drogas, que apresenta estimativas referentes ao uso entre crianças e adolescentes. O *World Drug Report 2020 - drug use and health consequences* aponta que em torno de 269 milhões de pessoas usaram drogas em 2018, sendo que adolescentes e jovens adultos contabilizam a maior parte desses usuários. A Cannabis aparece como a substância mais utilizada pelo grupo. O *World Drug Report 2023: contemporary issues on drugs* enfatiza a questão relacionada a adolescentes em abrigos e há evidência de maior consumo de substâncias como álcool, cannabis, anfetaminas, entre outras. Ainda, aponta que adolescentes têm utilizado redes sociais e mercados situados na chamada *darknet* para realizar compras de substâncias.

Após os estudos epidemiológicos realizados na primeira década do séc. XXI, não foram realizados outros estudos nem atualizados os dados. Mesmo assim, a Atenção Psicossocial Brasileira vem indicando caminhos para este cuidado. No documento “Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas”, aparece a perspectiva da Redução de Danos, e há a menção sobre a adolescência e a necessidade de se produzir informações mais eficazes sobre “saber beber com responsabilidade e as consequências do uso inadequado de álcool”, além de apresentar preocupação em relação à incidência de transtornos mentais na infância e adolescência e seu crescimento¹³.

^{IV} <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43464-censo-2022-identifica-2-4-milhoes-de-pessoas-diagnosticadas-com-autismo-no-brasil>

Na iniciativa Crack É Possível Vencer, de 2011, pautou-se o fortalecimento da rede de cuidados, investindo em Centros de Atenção Psicossocial - AD, Consultórios de Rua e Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) e Infantojuvenis (UAI). Esse último dispositivo tem muita potência no cuidado territorial, embora seja muito desinvestido em âmbito nacional. A UAI foi regulamentada pela portaria N° 121, de 25 de janeiro de 2012. Ela é destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos e foi inicialmente pensada para ser referência para municípios ou regiões com população igual ou superior a 100.000 (cem mil) habitantes, devendo haver uma Unidade de Acolhimento a cada cinco mil crianças e adolescentes em risco para uso de drogas.

Contudo, mais de dez anos depois, o número de unidades implementadas nacionalmente é de 31 UAI⁹. Recorrentemente, ouvimos relatos de municípios que não conseguiram manter a proposta por tabus relacionados à adolescência e ao uso de substâncias, investindo em outros dispositivos, chegando a financiar comunidades terapêuticas.

Em 2012, o Plano Juventude Viva pautou essa questão e possibilitou ações intersetoriais, incluindo editais de fomento a ações territoriais. O Plano considera que a perspectiva de “guerra às drogas”, ao se articular com as dinâmicas do racismo institucional no campo da segurança pública, reforça a criminalização da juventude negra. É reconhecida, assim, a necessidade de debater alternativas a esse paradigma, pautando-se na desconstrução de estereótipos raciais sobre o perfil de usuários/as, bem como em referenciais de autonomia, cidadania e emancipação.

Nesse plano macropolítico, destaca-se ainda o investimento do Ministério da Saúde em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes para programas de prevenção. Houve uma adaptação do Programa Unplugged, Good Behavior Game e Strengthening Families Program para os programas #tamojunto, Elos e Famílias Fortes, respectivamente. Ainda, no ano de 2024, novas ações foram anunciadas pela gestão federal, como o Programa Nacional de Segurança Pública – Juventude, o CAIS - Centros de Acesso a Direitos e Inclusão Social e o Cria- Prevenção e Cidadania.

Assim, podemos compreender que, no geral, há um investimento macropolítico em organizar propostas de cuidado a essa população, alinhadas com os pressupostos da Atenção Psicossocial, pautando o acolhimento humanizado e o desenvolvimento de ações que garantam a integridade física e mental, considerando o contexto social e familiar. Embora alguns pontos contraditórios existam nessa construção, como a presença de comunidades terapêuticas na rede de Atenção Psicossocial desde a portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada pela última vez em 2013, por exemplo.

As propostas alinhadas com a Atenção Psicossocial pautam atendimentos em grupos, atividades de suporte social, assembleias, grupos de redução de danos, oficinas terapêuticas e articulação intersetorial. Contudo, a implementação de tais propostas e a manutenção da pauta da infância, adolescência e juventude nos debates da atenção psicossocial ainda constituem um gigante desafio. Abaixo, trazemos um recorte da experiência de um grupo de adolescentes, em contexto de CAPSij, que pode indicar caminhos interessantes para o enfrentamento das questões citadas dialogando com a ética da Atenção Psicossocial.

Memórias do Grupo de Adolescentes - pistas para o plano micropolítico

Momento por excelência de desterritorialização, a adolescência poderia ser pensada, ela mesma, como um devir: devir-adolescente. Nesse sentido, no cotidiano de trabalho com adolescentes e jovens, se trata de acompanhar os deslocamentos e o surgimento de novas formas de ser e, ao mesmo tempo, criar uma sensação de continuidade, possibilitando a sustentação de um ritmo próprio que cria a confiança. Assim, interessa estarmos constantemente criando espaços potenciais, onde todos os que estão em contato com essa atmosfera

fértil possam fazer escolhas, criar, conduzir, subverter... Temos, socialmente, poucos lugares de acolhimento e cuidado para que essas experiências, quando produtoras de intenso sofrimento, possam ser vividas com acompanhamento e algum contorno. Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e os serviços da Rede de Atenção Psicossocial podem ser alguns desses lugares.

Temas como sexualidade, transformações de corpo/afeto/sociabilidade, relações familiares, conflitos no ambiente escolar, rascunhos de futuro (trabalho, faculdade, independência financeira, etc), racismo e violência, primeiros contatos com o uso de substâncias (álcool e outras drogas) são recorrentes nesta clínica e intrinsecamente conectados aos modos de subjetivação produzidos em cada território.

Em uma experiência grupal realizada em um CAPSij na periferia de São Paulo, o Grupo de Adolescentes¹⁴ tratou desses temas, buscando forjar resistência coletiva frente às desigualdades e aos estigmas e oferecer convivência para trocas e aprendizados, a fim de construir repertório diversificado de modos de lidar com as dificuldades cotidianas do/no território.

Reunidos quatro anos depois no Grupo Reencontro, os participantes daquele Grupo de adolescentes relataram a potência da formação grupal como apoio e lugar de pouso para se lançarem, com confiança, às experimentações artístico-culturais, esportivas e tantas outras e a importante marca que essas vivências imprimiram em suas trajetórias de cuidado.

Valentina recorda uma apresentação de teatro: “Vocês lembram quando a gente foi apresentar aquela peça de teatro lá na PUC?”¹⁴; Gabriela traz a lembrança da participação do grupo em uma “Oficina de escrita” e na “Copinha da Inclusão”; e Caio relembra a capacidade de mobilização do grupo e o esforço para organizar uma festa junina na Casa de Cultura do território. Entre essas e outras memórias, o vínculo grupal construído no CAPSij e a circulação desse grupo pela comunidade, evidenciaram a potência de um território comprometido com o fundamento da intersetorialidade, articulando arte/cultura/saúde/educação/esportes e que funcionava em “rede quente”, para favorecer o pertencimento e circulação de seus adolescentes, desestabilizando as estruturas demarcadas e instituídas, para habitar a fronteira delas.

O manejo em grupos terapêuticos, especialmente no contexto do CAPSij, destaca-se como uma prática essencial para a promoção da saúde mental e cuidado de adolescentes. A dinâmica grupal não apenas favorece a construção de vínculos entre os participantes, mas também proporciona um espaço de confiança para a experimentação de diferentes afetos e modos de vida. Ao conduzirmos o Grupo de Adolescentes, comprometidos eticamente com a afirmação de que a clínica é política e que nossa aposta era pela liberdade e afirmação das diferenças, nossa relação com o grupo e a relação entre os participantes se amalgamaram embebidas de nosso modo sensível de “fazer com” o grupo.

As relações construídas no grupo também desempenharam um papel fundamental em situações de crise. “Podemos chamar de crise a “agudização da sintomatologia psiquiátrica”, ou seja, delírios, alucinações visuais e auditivas, agressividade, agitação psicomotora etc” (Ferigato, SH et all. p. 34)¹⁵ ou, ainda, “a crise pode ser designada como uma experiência em que há algo insuportável, no sentido literal de não haver suporte, experiência que nos habita como um abismo de perda de sentido, em que se perdem as principais ligações” (Ferigato, SH et all. p. 35)¹⁵. Esse suporte mútuo demonstrou a importância do grupo como uma rede de cuidado, na qual os adolescentes não apenas recebiam ajuda, mas também compunham a rede de cuidado dos colegas.

Adentrando as memórias, Diego narra um episódio em que ele se sentiu mal por chegar ao serviço sob efeito de substância ilícita, já que havia acordado com a equipe, levando em conta seu processo de vida e a construção conjunta de seu projeto terapêutico singular, que não mais usaria maconha e, se usasse, não iria intoxicado ao serviço. Ele descreveu a preocupação em não incomodar a equipe, dizendo, “eu não quero incomodar de jeito nenhum, eu fiz a maior besteira”¹⁴, mesmo que a complexidade do uso de substâncias

como uma forma de lidar com o sofrimento tenha sido problematizada. No Grupo Reencontro, relembramos a necessidade de entender as razões por trás do uso de drogas e o manejo clínico, apoiado na referência da Redução de Danos, realizado naquela situação, ao que ele complementou: “compreender porque que você usa droga e não simplesmente dizer ‘pode’ ou ‘não pode’”¹⁴.

Os relatos sobre o uso de maconha também apontaram a singularidade das experiências de cada participante e como o manejo deve ser adaptado a essas vivências e seu contexto sociocultural. Diego enfatizou que sua experiência não foi a mesma que a de Júlia, que fazia uso constante da substância: “o que eu podia falar? eu já tinha feito 50 mil vezes isso! mas não vou me desculpar não!”¹⁴. Quando Diego se sentiu acolhido pela equipe após esse momento de vulnerabilidade, ele destacou: “A Ana me acalmou de um jeito que, meu Deus do céu! No fim, ela até achou graça!”¹⁴. A singularização de manejos de cada participante em um contexto grupal aponta para uma clínica de grupos que aposte na criação e sustentação de um ambiente acolhedor e de confiança para um modo de vinculação que favoreça o exercício da alteridade, a afirmação das diferenças e a construção de um terreno fértil para brotarem relações saudáveis, maduras e alegres.

Considerações finais

O compromisso ético, estético e político de uma atuação profissional intencionalmente resistente ao modo de vida que assujeita corpos e submete subjetividades a uma homogeneização massiva. É pista preciosa que contribui para a abertura de passagens, de fendas, de respiros e rupturas, reapropriando redes de vida e afirmando modos de ser, viver, sentir singulares. Trouxemos a experiência do Grupo de Adolescentes porque é possível apreender a afirmação desta ética, no cotidiano da clínica, a partir dos relatos dos próprios participantes. Na prática clínica, dentro do Sistema Único de Saúde, temos elementos que colaboram e que dificultam o alinhamento entre as estratégias territoriais e as políticas. Sabemos que os profissionais estão submetidos a gestões que podem ou não compreender os pressupostos da Atenção Psicossocial e, assim, investir menos ou mais na força da rede, serviços e condições de trabalho. No entanto, há a potência de invenção dos encontros e em cada profissional. Cuidar de processos de crianças e adolescentes com problemáticas relacionadas a substâncias psicoativas exige esse entrelaçamento para abordar a complexidade da vida.

O grupo foi uma experiência que compôs a rede, e seu relato permite troca com outras ações que acontecem no presente. Troca que aposta na potência do contágio, pois a inventividade precisa estar presente nas pequenas ações cotidianas dos serviços. Assim, compõem-se uma teia de singulares tentativas, cada qual a seu modo, que pode crescer em colaboração e provocar também mudanças macropolíticas. Esta curta narrativa traz um exemplo de trabalho com a sociabilidade, com os fundamentos do cuidado, com projetos terapêuticos singulares de vida. Apostar nos vínculos confiáveis, nas relações de pertencimento à comunidade e seu território, em práticas que acompanhem os movimentos coletivos de grupos e na criação do não instituído, como modo afirmativo de existências subversivas, parece constituir pistas para a expansão da discussão sobre o uso de substâncias.

Referências

1. Yassui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2010.
2. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
3. Blikstein F. Destinos de Crianças: estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP; 2012.

4. Silva JA. Políticas do encontro e as forças selvagens na clínica infantojuvenil [tese]. Assis: Faculdade de Ciências e Letras da UNESP; 2018.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. 2. ed. rev. Brasília (DF); 2005.
6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional do Ministério Público Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília (DF); 2014.
7. Costa NR. Adolescência e suicídio: um problema de saúde pública: Relatório Técnico 1. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2024.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde Brasil. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília (DF); 2016.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde mental em dados [internet]. 13. ed. Brasília (DF); 2024 [acesso em 10 fev 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados/saude-mental-em-dados-edicao-no-13-fevereiro-de-2025/view>
10. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Cebrid. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, 2003. São Paulo: CEBRID; 2004.
11. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - Cebrid. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Públicas e Privadas de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: CEBRID; 2010.
12. Bastos FIP, Monteiro organizadores. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT; 2017.
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF); 2003.
14. Moraes CL. Cartografias do devir-adolescente: co-corpendo experimentações de memória e re-encontro [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2024.
15. Ferigato SH, Campo RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. Revista de Psicologia da UNESP. 2007;6(1):31-44.