UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MICHELE GOMES BAYLON SILVA

PRODUÇÃO DE CUIDADOS À JUVENTUDE EM CAPS AD.

SÃO PAULO

2015

MICHELE GOMES BAYLON SILVA

PRODUÇÃO DE CUIDADOS Á JUVENTUDE EM CAPS AD

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof^a.Dr^a. Luciana de Almeida Colvero

SÃO PAULO

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Michele Gomes Baylon
Produção de cuidados à juventude em CAPS AD / Michele
Gomes Baylon Silva. São Paulo, 2015.
144 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana de Almeida Colvero

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Adolescentes. 2. Serviços de saúde mental.
3. Transtornos relacionados ao uso de substâncias.
4. Cartografia. I. Título.

Nome: Michele Gomes Baylon Silva

Titulo: Produção de Cuidados à juventude em CAPS AD.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a.Dr^a. _____

Instituição:_____

Julgamento:_____

Assinatura:_____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição:_____

Julgamento:_____

Assinatura:_____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição:_____

Julgamento:_____

Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, **Antônio** (in memorian) e **Waldomira**,
à eles todo meu amor e gratidão.*

*Ao meu marido **Marcos**,
amor e companheiro de vida, que sem o seu apoio esta conquista não se
materializaria.*

*Aos **trabalhadores de saúde mental**
e a sua doação diária de suor e amor aos usuários e ao serviço.*

AGRADECIMENTOS

Agradecimento especial a **Profª Drª Luciana de Almeida Colvero** que além de orientadora, foi exemplo de mulher e pessoa. Obrigada por acreditar em mim, pelo desafio de me acompanhar e orientar mesmo em terrenos desconhecidos. Pela paciência, compreensão e carinho. Pela abertura e proximidade. E que se faz fonte eterna de minha inspiração para a vida!

Agradeço a Associação Comunitária e Beneficente Pe. Augusto José Moreira, pelo acolhimento e por permitir que esta pesquisa fosse realizada. Em especial ao **José Luiz de Lima**, gerente e amigo, pelo conhecimento transmitido ao longo dos anos de trabalho, por acreditar em minha capacidade e pela sua permissão para que dedicasse tempo à pesquisa. À **Kátia Dissesa** pela receptividade e apoio, sempre disposta a auxiliar, sempre sorrindo.

À Coordenadoria de Saúde Leste pela permissão para que a pesquisa acontecesse.

À equipe de trabalhadores do CAPS AD III Itaquera por permitir a rica experiência de estar com vocês e aprender mais, espero que este trabalho traga contribuições e inovações para vocês da mesma forma que as trouxe para mim.

À equipe de trabalhadores do CAPS AD III São Miguel, por possibilitar aprendizado e conhecimento e por compartilhar o dia-a-dia.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem, pelo profissionalismo e ajuda.

Às Professoras **Márcia Aparecida** e **Ana Lucia Machado** pelo apoio e incentivo, por partilhar comigo saberes valiosos.

À **Grasi Mancilha** colega e companheira de estudos, risadas, tensões...obrigada por tudo...

“Temos o direito a ser iguais quando a diferença nos inferioriza; temos o direito a ser diferentes quando a igualdade nos descaracteriza.”

Boaventura de Souza Santos

Silva MGB. Produção de cuidados à juventude em CAPS AD [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: Atualmente consumo de drogas constitui-se um grave problema de Saúde Pública. O consumo de substâncias psicoativas traz inúmeros prejuízos à saúde e danos sociais. A juventude é considerada a camada populacional onde o consumo de drogas é mais frequente. O consumo de drogas difere em suas formas de uso e significados entre indivíduos, grupos e culturas. Faz-se necessário compreender essa heterogeneidade social e cultural e o quanto isto tem relação na forma de atenção prestada aos usuários. Diante dessa premissa este estudo pretende fazer um recorte (geracional e social) dentro do universo do consumo de drogas: o recorte da juventude. Buscamos compreender a juventude para além de uma delimitação etária, fugindo dos estereótipos, abrindo nossas lentes para a diversidade que a compõe e especialmente reconhecendo que os jovens usuários de drogas devem receber um cuidado que respeite as suas especificidades.

Objetivos: Compreender o processo de produção de cuidado ao jovem usuário de substâncias psicoativas e analisar os processos de subjetivação e produção do cuidado ao jovem usuário de substâncias psicoativas de um serviço especializado em álcool e drogas CAPS AD III. **Metodologia:** utilizamos o método Cartográfico, que nos possibilitou uma produção de dados com as seguintes ferramentas: observação panorâmica, os grupos focais e a elaboração de um fluxograma analisador. Participaram do estudo oito profissionais de diferentes categorias, de um CAPS álcool e drogas III da região leste da cidade de São Paulo. **Resultados e**

Discussões: a produção dos dados resultou na construção da narrativa - caso do jovem Ninja baseada nos princípios do Rizoma de Deleuze e Guattari. Dela emergem seis linhas de conexão que nos revelam a produção de cuidado realizada por estes trabalhadores, a saber: Conexão 1: O CAPS de portas abertas para os jovens; Conexão 2 : Os dispositivos para o cuidado das diferentes demandas da juventude; Conexão 3: Fluxograma analisador fervilhando processos de autoanálise; Conexão 4: Desafios-Dificuldades em relação aos processos de trabalho: território de controvérsias; Conexão 5: Tecendo a rede e Conexão 6 : Sentimentos, diversos fluxos e intensidades no cuidar. As concepções acerca da juventude, a subjetividade

do profissional, a organização do trabalho e a heterogeneidade da demanda atendida pelos CAPS AD tem influência direta na produção de cuidado dos jovens. Observam-se dificuldades nos serviços de saúde em se adequarem a esta população e oferecerem atividades que visem às especificidades da juventude.

Conclusões: a organização do trabalho evidenciada expressa “processos de subjetivação” marcados pela tensão entre modelos de atenção manicomial em detrimento ao modelo psicossocial. Espera-se que os achados trazidos neste estudo ampliem os entendimentos sobre as necessidades de saúde dos jovens usuários de drogas e colaborem na elaboração de intervenções terapêuticas mais eficazes e condizentes com a demanda do público juvenil.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescentes. Serviços de saúde mental. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Cartografia.

Silva MGB. The production of youth care at CAPS AD [Dissertation]. Sao Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: Currently drugs consumption constitutes a serious public health problem. The consumption of psychoactive substances brings numerous health and social damages losses. The youth is considered population layer where drugs consumption is more common. Drug use differs in its usage and meaning between individuals, groups, and cultures. It is necessary to understand social and cultural heterogeneity and how this is related in the form of attention to users. On this premise this study intends to make a cutout (generational and social) within the universe of drug use: the clipping of youth. We seek to understand the youth beyond a demarcation age fleeing the stereotypes, opening our lenses to the diversity that compose it and especially recognizing that young drug users should receive a care that respects their specificities. **Research Objectives:** Understand the production process of care to the young user of psychoactive substances, and analyze the processes of subjectivation and the production of care to young user of psychoactive substances of a service specializing in alcohol and drugs at CAPS AD III. **Methodology:** We used the Cartographic method, which enabled us a production of data with the following tools: panoramic observation, the focus groups and the development of a flowchart parser. Participated in this study eight different categories of professionals of a CAPS alcohol and drugs III, located at East of the city of São Paulo. **Results and Discussion:** the data production resulted in a narrative – the young Ninja case based on the principals of the rhizome de Deleuze and Guattari. From them emerge six lines of connection that reveal to us the careful production performed by these workers, namely: 1 connection: the CAPS open doors for young people; 2 connection: devices for the care of the various needs of youth; 3 connection: seething Analyzer processes Flowchart self-analysis; 4 connection: Challenges-Difficulties regarding work processes: land of controversies; 5 connection: weaving the Web and 6 connection: Feelings, several streams and intensities in the handle. The conceptions about the youth, the subjectivity of the professional, organization of work and the heterogeneity of demand met by AD CAPS has direct influence in the production of youth care. There are difficulties in

health services in suit to this population and offer activities that are aimed at the specific needs of youth. **Conclusions:** the Organization of work evidenced expressed "processes of subjectivation marked by tension between asylum attention models to the detriment to the psychosocial model. It is expected that the findings brought in this study broaden the understandings on the health needs of young people and drug users to collaborate in the development of therapeutic interventions more effective and consistent with the juvenile public demand.

KEYWORDS: Adolescents. Mental Health Services. Disorders related to the use of substances. Cartography.

LISTA DE SIGLAS

ADOLEC	Biblioteca Virtual em Saúde do Adolescente
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
COFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CONJUVÉ	Conselho Nacional de Juventude
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia
LA	Liberdade Assistida
LILACS	Índice Bibliográfico da Literatura relativa às Ciências da Saúde - países da América Latina e Caribe
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso do Tratamento para usuários de álcool e drogas
PENSE	Pesquisa Nacional de Saúde Escolar
PET	Programas de Educação pelo Trabalho
PNAD	Política Nacional Antidroga

PROAD	Programa de Orientação e Atendimento à Dependentes
PROJOVEM	Programa Nacional de Inclusão de Jovens
PTI	Projeto Terapêutico Individual
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SINAJUVE	Sistema Nacional de Juventude
SISNAD	Sistema Nacional Antidroga
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SNJ	Secretária Nacional da Juventude
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SÚMARIO

APRESENTAÇÃO.....	17
1. INTRODUÇÃO.....	20
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	24
2.1. Os diferentes modelos de cuidado ofertados aos jovens usuários de Drogas.....	25
3. REFERÊNCIAS TEÓRICOS - NORTEADORES DO ESTUDO.....	32
3.1. Concepções de Juventude.....	33
3.2. A juventude e o consumo de drogas	36
3.3. Políticas Públicas destinadas à saúde do jovem: do “problema” ao “protagonismo”.....	40
3.4. Políticas Públicas sobre drogas: o cenário atual das práticas de cuidados em álcool e outras drogas.....	43
4. OBJETIVOS.....	55
5. PERCURSOS TEÓRICOS - METODOLÓGICOS.....	57
5.1. A cartografia como método de pesquisa.....	58
5.2. Cenário do Estudo.....	64
5.3. Produção de Dados: a caixa de ferramentas e a potencialidade do encontro com o outro.....	67
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	73
6.1. Montagens e desmontagens: a questão da análise e o nascimento do Rizoma.....	74
6.2. Narrativa – Caso Ninja.....	77
6.2.1. Conexão 1. O CAPS de portas abertas para os jovens.....	78
6.2.2. Conexão 2. Os dispositivos para o cuidado das diferentes demandas da juventude.....	84
6.2.3. Conexão 3. Fluxograma analisador fervilhando processos de autoanálise.....	95
6.2.4. Conexão 4. Desafios-Dificuldades em relação aos processos de trabalho: território de controvérsias.....	105
6.2.5. Conexão 5. Tecendo a rede.....	113
6.2.6. Conexão 6. Sentimentos, diversos fluxos e intensidades no cuidar	116

7. CONEXÕES FINAIS.....	121
8. REFERÊNCIAS.....	127
APÊNDICE.....	136
ANEXOS.....	138

APRESENTAÇÃO

Carta ao leitor

Neste momento também abro espaço nesta dissertação para apresentar uma tessitura de caminhos, que se formaram através da minha trajetória profissional. Pois, para apresentar a cartografia posta aqui nesta dissertação, acredito ser conveniente em primeiro lugar apresentar a minha cartografia.

De início busco em minha memória o primeiro ano da graduação em Terapia Ocupacional, quando por intermédio de uma professora sou apresentada as produções de Nise da Silveira. Encantei-me por sua história e sua forma de compreender e acolher a loucura. E logo então fiz minha escolha pela saúde mental, desde então todos os meus esforços foram no sentido de me aproximar da prática em saúde mental, minhas escolhas por estágios, minhas leituras...

Segui trilhando um caminho cheio de encontros. O primeiro como relatado, foi com Nise da Silveira, depois foi com o pensamento de Franco Basaglia e a Reforma Psiquiátrica, passando por Ana Pitta, Tykanori entre outros da Reabilitação Psicossocial e agora não tão recente esta dissertação é fruto de meu encontro com Deleuze, Guatarri e a Cartografia. Sendo este último, o que me levou ao desafio da escrita, esta, a qual o leitor começa a degustar por esta apresentação.

Não há como se aproximar do pensamento de um autor e isto não lhe provocar alguma rasura ou certo arrastamento de ideias. No pensamento de Deleuze a escrita é um trabalho de desmontagens de órgãos, que vai sendo construída como se formasse um mosaico, que não tem início que começa de qualquer ponto, qualquer lugar. É movente, é variado, se aproxima e se desmancha. Sei que não é de fácil compreensão, por vezes somos desafiados a impor rigor e formatação, tentamos, mas é quase impossível conter a expressão da escrita, pois ela é matéria viva. De certa forma, escrever é também uma forma de estar na própria vida (Brito, 2014).

Sinto. Sinto a escrita em meu corpo. Sento-me, deparo-me com a página em branco do meu computador e penso nas palavras e ideias que gostaria de transmitir à você leitor. Entro em um devir-escritora e sinto que meus dedos se desterritorializam e viram mãos-dedos-teclas do computador, e cada vez o meu

notebook vai virando máquina acoplada ao corpo. Resisto a uma escrita homogeneizada e rígida, padrão texto científica. Deixo-a mais fluída. O leitor verá que ela foi composta de narrativas, falas, impressões e afetações. Estaria sendo demais subversiva a objetividade científica, talvez, mas cada vez mais me sinto compromissada com a vida. E acredito que a escrita é um dispositivo, que dá passagens a linhas de fuga do desejo, da produção e da liberdade.

“Não há como capturar tudo aquilo que se escreve ou se pensa quando se narra, pois a palavra é sempre inapropriada, tal como o pensamento, que, como um córrego, tornar-se uma espécie de zona indomável. A escrita não permite limite e forma para a linguagem, pois a palavra escrita ou narrada não completa o signo. O que se narra é um fluxo, o que se escreve é uma intensidade, não há como oferecer uma forma pura para o que é vida. Por isso, o escritor é aquele que desenha a sua vida por um modo esgarçado, percorre linhas sem saber a sua continuidade, nas quais o ato de escrever torna-se um movimento selvagem e a palavra vai sendo desfeita, a linguagem vai sendo gestada e experimentada” (Brito, 2014, p. 4).

Para além, das experimentações literárias, chega então à prática profissional. Atualmente integro uma equipe de saúde mental atuando como Terapeuta Ocupacional em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD III. E com a prática chegam também às inquietações. Inquietações estas que me motivaram e continuam motivando a escrever. Esta dissertação surge da vontade de conhecer- explorar, testar – contestar os meandros do cotidiano de práticas dos profissionais de CAPS álcool e drogas, principalmente visando o cuidado aos usuários.

Sinto-me totalmente implicada nesta dissertação, mas quem implicado não está? Você queira ou não estará implicado em seu universo de pesquisa, pois para haver ideias, criatividade, análise e crítica, são necessários relações. Cria-se uma relação com o seu objeto pesquisado. Pois ele o afeta e é afetado. Obviamente ela coloca em cheque a questão da neutralidade do pesquisador, mas tomamos nesta dissertação que a análise da implicação servirá como um dispositivo potente e constituinte de uma prática substanciada da vertente política e defensora da vida.

Convido ao leitor a embarcar na leitura desta dissertação-narrativa e se deixar afetar pelo seu conteúdo, pela história de Ninja e pelo universo rico e surpreendente que é cotidiano dos trabalhadores em saúde. Embarque nesta Cartografia da produção de Cuidados.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O campo da saúde mental já percorreu um longo caminho reformista de suas práticas no âmbito da loucura. Porém no que se refere aos usuários de álcool e outras drogas o que se verifica é o oposto. Observa-se um retrocesso das práticas de cuidado prestadas aos usuários de álcool e outras drogas, que remontam a modelos já tão debatidos e contestados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica (Petuco, 2011).

Podemos constatar que na atualidade os usuários de álcool e outras drogas estão sendo colocados no lugar de “*bodes expiatórios*” da sociedade. O que antes tínhamos na figura do “*louco*” hoje é depositado na figura “*jovem e usuário de crack*”, figura que é geradora de temor na população geral e frequentemente vítima de ações truculentas ou mal planejadas do poder público.

O consumo de substâncias psicoativas traz inúmeros prejuízos à saúde e danos sociais. Isto se agrava à medida que o consumo de drogas é associado às situações de violência, levando os usuários de álcool e outras drogas a um processo de exclusão e perda dos seus direitos fundamentais, inclusive do direito à saúde (Nunes et al., 2010).

Considerar que a questão deve ser problematizada a partir dos sujeitos e de suas relações com a droga, incluindo seu contexto social, histórico e cultural, é o caminho para a mudança de paradigma, abrindo novas possibilidades de cuidado (Nunes et al., 2010).

Entendendo o consumo de drogas como um fenômeno complexo Pratta e Santos (2009) chama-nos atenção para uma tendência à homogeneização dos usuários de drogas (Oliveira, Nascimento, Paiva, 2007). Passível de ser observada nos discursos atuais das práticas neste campo, assim como quando nos deparamos com serviços que devem atender uma enorme diversidade de usuários sendo como seu único critério de acolhimento o diagnóstico: ser dependente químico.

Espinheira (2009) em seu artigo “os tempos e os espaços da droga” pretende nos despertar para uma compreensão acerca do consumo de drogas, pois ele difere em suas formas de uso e significados entre indivíduos, grupos e culturas. Afirma que

nem todos pertencem à mesma categoria social, e por isto não devem ser vistos sob o mesmo enfoque. E que se faz necessário compreender essa heterogeneidade social e cultural e o quanto isto tem relação na forma de atenção prestada aos usuários.

Diante dessa premissa, este estudo pretende fazer um recorte (geracional e social) dentro do universo do consumo de drogas: o recorte da juventude. Buscamos compreender a juventude para além de uma delimitação etária, fugindo dos estereótipos, abrindo nossas lentes para a diversidade que a compõe e especialmente reconhecendo que os jovens usuários de drogas devem receber um cuidado que respeite as suas especificidades.

Nosso objeto de estudo é produção de cuidado a partir das práticas (processos de trabalho) efetivadas em um serviço de saúde especializado no atendimento em álcool e outras drogas (CAPS AD III) em relação às demandas do público juvenil.

Para compreensão do que é a produção de cuidados em um serviço de saúde, elegemos o referencial teórico proposto por Merhy (2002). O autor considera o ato de cuidar a própria alma dos serviços de saúde, ou seja, no campo da saúde, não se espera por objetivo a cura, mas a produção de cuidado e através dele assim obter os objetivos esperados seja a cura e/ou a promoção de saúde.

A produção de cuidados é um trabalho de alta complexidade, múltiplo e interdisciplinar. Campo de afetações mútuas, de produção de subjetividade a todo o momento, a cada encontro entre profissionais e usuários. São então inúmeros os desafios no cotidiano dos serviços de saúde (Merhy, 2002).

É necessário compreender que o ambiente de trabalho não é harmônico em si mesmo, e que há diversidade, há singularidade nas formas de produção de cuidados. E que só é possível cuidar do outro primeiramente cuidando de si. É indispensável para o trabalhador poder pensar em si, analisar suas implicações, operar movimentos em relação à práxis, e um processo autoanalítico pode auxiliar e muito a equipe, potencializá-la (Merhy, 2002).

A ampliação da discussão em torno da temática do consumo de drogas, incentivada pelo apelo midiático da “epidemia de crack”, trouxe a cena o questionamento das abordagens a serem adotadas em relação aos usuários de substâncias psicoativas.

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2013, apresentou resultado de um

levantamento nacional acerca de usuários de crack e identificou cerca de 370 mil usuários de crack e/ou similares, em 26 capitais e Distrito Federal. Destes, 14% são menores de 18 anos, isto representaria 50 mil crianças e adolescentes fazendo uso regular de substâncias. Entre os adultos, a maioria dos entrevistados eram adultos jovens, com idade média de 30 anos. Sendo assim, nos aponta que a população de jovens brasileiros (em seu conceito ampliado) – compreendendo uma faixa etária de 15 a 29 anos – representa uma parcela significativa do grupo de usuários.

O cuidado à saúde dos jovens sempre foi um desafio para os serviços, principalmente quando falamos em adesão ao tratamento (Araujo et al., 2012; Scaduto, Barbieri, 2009; Vasters, Pillon, 2011).

Oliveira e Lyra (2010) realizaram pesquisas a respeito da saúde e direitos reprodutivos de jovens e adolescentes. Ao analisarem os serviços de saúde encontraram profissionais despreparados para o atendimento ou que não se dispõem a trabalhar com esta população e ainda o enxerga como pessoa em formação que necessita de apoio e tutela.

Notamos que o jovem, principalmente o jovem usuário de drogas é alvo ainda de intervenções profissionais pautadas em métodos tradicionais, de cunho reeducativo, com posturas imperativas. Faz-se necessário deixar ao jovem uma possibilidade de falar de suas fragilidades. Devemos apostar na construção de uma subjetividade da juventude cidadã, que pode se responsabilizar pelos seus atos e escolher projetos de vida (Conte, 2008).

Ao mesmo tempo é necessário que se formem profissionais e instituições que compreendam o sujeito social da juventude e que estejam dispostas a adoção novos elementos para trabalhar com os jovens e de transformação de sua práxis (Soares, 2011).

REVISÃO DE LITERATURA

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. OS DIFERENTES MODELOS DE CUIDADO OFERTADOS AOS JOVENS USUÁRIOS DE DROGAS.*

Interessados em conhecer os modelos de atenção, ou seja, o cuidado ofertado ao jovem usuário de substâncias psicoativas em diferentes modalidades de tratamento e suas possíveis correlações realizou-se uma revisão integrativa de literatura sobre o assunto. A questão norteadora da pesquisa responsável por problematizar o tema escolhido foi: ***“Qual o cuidado prestado nas diferentes modalidades terapêuticas oferecidas aos jovens brasileiros usuários de substâncias psicoativas?”***.

A partir da questão norteadora, os descritores utilizados foram *“adolescentes”, “transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas”, “terapêutica”* e *“serviços de saúde”*. Foi realizado o levantamento da produção científica indexada no banco de dados ADOLEC (que contempla as bases de dados LILACS e MEDLINE).

Foram selecionados os artigos em português, disponíveis na íntegra on-line, produzidos no período de 2007 a 2012. Foram excluídos resumos e artigos não disponíveis na íntegra, teses e dissertações, assim como artigos que não tivessem os jovens como população-alvo. Foram encontrados 134 artigos, sendo 125 descartados por não atenderem os critérios de inclusão. Logo, atenderam aos critérios de inclusão nove artigos.

*Silva MGB, Mancilha GB, Alves BPNM, Colvero LA, Oliveira MAF, Pereira MO. Modalidades de tratamento oferecidas aos jovens usuários de drogas: revisão integrativa. Journal of Nursing UFPE on line. 2014. (Aguardando avaliação para publicação)

Tabela 1 - Síntese dos estudos selecionados e as modalidades de tratamento abordadas.

Autor/Ano	Título	Periódico	Objetivo do estudo	Modalidades de Tratamento
Vasters e Pillon (2011)	O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado	Rev Latino-am Enfermagem. 2011;19(2):317-324.	Conhecer a trajetória de adolescentes que iniciaram tratamento especializado para uso de drogas.	Atendimento em Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas.
Oliveira., Szpyszynski, DiClemente (2010)	Estudo dos estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas	Psico (Porto Alegre). 2010;41(1):40-46.	Avaliar o estágio motivacional para mudança em adolescentes infratores usuários de substâncias ilícitas e analisar a relação entre o estágio motivacional e a adesão ao tratamento.	Atendimento em ambulatório-escola, serviço público/filantrópico ligado à Universidade privada.
Scaduto e Barbieri (2009)	O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública	Ciênc Saúde Colet. 2009;14(2):605-614.	Conhecer o discurso sobre a adolescência por parte dos membros da equipe de uma instituição de saúde para dependentes químicos.	Atendimento em ambulatório especializado público
Raupp e Milnitsky-Sapiro (2009)	Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo.	Estud Psicol. 2009;26(4):445-454.	O artigo busca descrever diferentes abordagens de enfrentamento ao uso e abuso de drogas em adolescentes.	Atendimento em ambulatório público, internação em Hospital geral público e internação em Comunidade Terapêutica religiosa (privada).
Almeida, Oliveira, Pinho (2008)	O tratamento de adolescentes usuários de álcool e outras drogas: uma questão a ser debatida com os adolescentes?	RevPsiq Clín. 2008;35 Supl1:S76-81.	Revisão de literatura que descreve estratégias de intervenção e programas de tratamento para adolescentes usuários de álcool e outras drogas, bem como os procedimentos de avaliação de efetividade.	Abordagem cognitivo-comportamental em clínicas especializadas, Modelo Minnesota (12 passos) e Entrevista Motivacional.
Scisleski, Maraschin, Silva (2008)	Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica	Cad Saúde Pública. 2008;24(2).	Apresentar os percursos (trajetórias sociais) de jovens internados em Hospital Psiquiátrico.	Internação em Hospital Psiquiátrico público.
Raupp e Milnitsky-Sapiro (2008)	A "reeducação" de Adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o Tratamento da drogadição em uma instituição religiosa	Psic: Teor e Pesq. 2008;42(3):362-368.	Compreender as concepções e práticas de atenção da instituição pesquisada, comparando-as com o prescrito pelas políticas públicas do setor.	Internação em Comunidade Terapêutica religiosa (privada).
Scisleski Maraschin (2008)	Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas	Psicol estud. 2008;13(3):457-465.	Discutir a internação compulsória de adolescentes usuários de drogas, questionando as políticas públicas e a subjetividade dos adolescentes envolvidos neste contexto.	Internação em Hospital Psiquiátrico público.
Williams, Meyer, Pechansky (2007)	Desenvolvimento de um jogo terapêutico para prevenção da recaída e motivação para mudança em jovens usuários de drogas	Psicol Teor e Pesq. 2007;23(4):407-413.	Apresentar o processo de desenvolvimento de um jogo terapêutico destinado a jovens usuários de drogas.	Técnica que pode ser utilizada em diferentes modalidades terapêuticas, dentre elas os autores citam o ambulatorial e a internação psiquiátrica.

A principal modalidade de tratamento/cuidado estudada nos artigos foi a internação. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é trazido por apenas um estudo.

Podemos considerar que a heterogeneidade é a marca de destaque quando pensamos no tratamento de usuários de drogas. É o que aponta o estudo de Raupp e Milnitsky-Sapiro (2009), quando destacam as variedades de práticas encontradas em cada um dos cenários em que efetuou seu estudo (hospital psiquiátrico, hospital geral e comunidade terapêutica).

Sintetizamos a partir dos estudos desta revisão, basicamente três vertentes de tratamento, o modelo médico (hospital e ambulatório), o modelo moral/religioso (Comunidades Terapêuticas) e o modelo psicossocial (CAPS).

Consideramos que a variedade de práticas encontradas ocorre devido às divergências entre teorias da área. Scaduto e Barbieri (2009) mostraram que os discursos dos profissionais da área de drogas apontam para as convergências e divergências das teorias científicas, e isto reflete alguns dos desafios que envolvem o tratamento a esta população e também quanto a esta especialidade.

Raupp e Milnitsky-Sapiro (2009) encontraram na maior parte dos locais que ofereciam tratamento para adolescentes usuários de drogas, programas que tinham como base o modelo da abstinência, o que contraria as diretrizes nacionais que devem ter como norteador a se orientar pela lógica de redução de danos.

O surgimento do conceito “tratamento” para as questões relacionadas ao uso de drogas deu-se a partir de seu reconhecimento pela psiquiatria, que classifica as diferentes dependências de drogas como uma psicopatologia. Logo, marcada pela vigência do modelo biomédico, sua terapêutica é realizada à luz do modelo hospitalocêntrico e farmacológico, visando à cura destes indivíduos, a ser alcançada através da abstenção total e definitiva do consumo da droga.

Quando enfatizado o “modelo de doença” nos tratamentos, observa-se que alguns aspectos são negligenciados, como as “motivações inconscientes dos sujeitos, assim como o papel do meio social na instalação das dependências” (Raupp, Milnitsky-Sapiro, 2009).

Encontramos também como modelo de cuidado as Comunidades Terapêuticas, que se baseiam no modelo moral/ religioso (Raupp, Milnitsky-Sapiro, 2008, 2009), o qual também preconiza a abstinência para a reabilitação dos usuários. Entretanto, segundo os autores as Comunidades Terapêuticas não

representam um modelo a ser seguido já que por sua concepção religiosa, acaba segregando usuários de outros credos, assim como usuários com outras orientações sexuais, desrespeitando assim as singularidades destes jovens (Raupp, Milnitsky-Sapiro, 2008).

Destacamos então a ênfase colocada nos tratamentos em meio fechado (internação), em sua maioria realizada de forma involuntária. Raupp e Milnitsky-Sapiro (2009) em sua análise dos serviços aponta que a internação não deve ser entendida como única forma de abordagem, sendo necessário um acompanhamento posterior, e ser avaliada de forma criteriosa a sua indicação. Essa análise também nos permite citar o que já foi discutido e conquistado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e garantido através da lei 10.216 de 2001, a qual, dentre outras conquistas, assegura que não sejam realizadas internações em instituições asilares e que não garantam condições adequadas.

Encontramos dois estudos que divergem a respeito dos tratamentos realizados de forma involuntária. Oliveira, Szupszynski e Carlo (2010) encontraram resultados relevantes no tratamento imposto aos jovens, enquanto Scisleski, Maraschin e Silva (2008), apontam que a internação psiquiátrica perpetua a lógica capitalista da exclusão, e em nada contribuem para uma efetiva reabilitação dos jovens.

Scisleski, Maraschin e Silva (2008) continuam dizendo que os serviços de saúde também são paradoxais, uma vez que mostra aos jovens outras possibilidades de vida, entretanto tendem a paralisa-los em um lugar estigmatizante. E propõe que façamos uma reflexão sobre os rumos da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Devemos permanecer atentos para que os modelos de tratamentos vigentes não acabem em nome de uma lógica da recuperação, acabando assim por reforçar a exclusão social e o estigma (Scisleski, Maraschin, Silva, 2008). Ressaltamos que o trabalho realizado por Williams, Meyer e Pechansky (2007), que se propôs em desenvolver um jogo terapêutico que foi o único trabalho encontrado em nossa busca, que trouxe um relato de uma intervenção direta com o público jovem, além de que se preocupou em desenvolver esta intervenção para que fosse mais atrativa e dinâmica para este público.

Ao estudar a adesão dos adolescentes Scaduto e Barbieri (2009) relatam que os profissionais aproximaram-se do modelo psicossocial para explicar o uso de

drogas, porém mesmo com a intenção de uma intervenção ampliada, o que vemos é que à medida que o serviço não consegue abarcar as questões sociais, acaba-se recorrendo ao modelo médico.

Foram encontrados na análise dos artigos, alguns fatores que consideramos como interferentes no cuidado dos jovens usuários, destacamos os dois principais: as concepções que os serviços possuem a respeito do que é ser adolescente ou jovem e o não respeito às especificidades dos jovens no planejamento das atividades propostas pelos serviços.

Almeida, Oliveira e Pinho (2008) consideram de fundamental importância que sejam investigadas as concepções que os serviços possuem sobre a adolescência. Sabemos que são predominantes as concepções de que a adolescência é um período de crise, rebeldia e transitoriedade. Isto implica em ver o jovem como um “problema”, uma ameaça à ordem social. Esta perspectiva gera estigma e exclusão.

Scisleski e Maraschin (2008) comprovaram em seu estudo que os jovens encaminhados à internação psiquiátrica, eram porque existia um pré-reconhecimento simbólico de sua figura marginalizada. Continuam afirmando que este olhar sobre o jovem, entendendo-o como em “situação de marginalidade” vai contribuir nas definições das ações. Por trazer consigo o estigma de que é um problema, a juventude é reconhecida como uma população difícil de lidar. Frequentemente notamos os profissionais de saúde pouco interessados em trabalhar com esta demanda, ou quando se dispõem a atender, trazem consigo discursos moralistas e de normatização, repetem a fala social, dizendo o que este jovem deve fazer e como ele deve se comportar.

Horta e Sena (2010) ressaltam ser necessário à área da saúde apropriar-se dos conceitos de juventude na construção de suas práticas assistenciais. Enquanto os profissionais de saúde continuarem trabalhando sob a premissa de risco e vulnerabilidade e não lançarem um olhar mais ampliado para o contexto desse jovem, continuará sendo difícil o acesso aos mesmos.

Acaba por ser desinteressante ao jovem procurar o serviço de saúde, assim como permanecer lá. Raupp e Milnitsky-Sapiro (2009) alegam que em dois serviços pesquisados não haviam atividades destinadas especificamente para os adolescentes, eles participavam das mesmas atividades destinadas aos adultos. Para Vasters e Pillon (2011), o fator “especificidade”, ou seja, a oferta de atividades exclusivas aos jovens é um fator facilitador de adesão no serviço.

Mediante o contexto apresentado também identificamos algumas proposições para o tratamento dos jovens, ou seja, quais seriam as estratégias promotoras de cuidados aos jovens. Antes, reconhecendo a complexidade do fenômeno do uso de álcool e drogas na atualidade, especialmente na juventude. Parafraseando Raupp e Milnitsky-Sapiro (2009), “não há fórmulas mágicas e nem tratamentos infalíveis”. Contudo caminhamos em busca de aprimorar nossa prática.

Outra questão de destaque nos trabalhos é a preocupação com as ações em rede. Scaduto e Barbieri (2009) reconhece a complexidade do campo e admite que os profissionais da saúde não conseguem abranger sozinhos. Oliveira, Szupszynski e Di Clemente (2010) mostraram a importância da associação do sistema de justiça e a rede de saúde.

O jovem em tratamento de drogas parece estar em um circuito que o aprisiona frequentemente há reincidências de internação, pois acaba voltando para seus hábitos de vida e companhia, fadados à repetição e a replicação, como se a marginalidade fosse um destino. Scisleski, Maraschin e Silva (2008), entendem como única possibilidade de libertação deste jovem para novas alternativas de vida à articulação coletiva com diversos atores.

Outro modo de transformação dos serviços seria oferecer uma participação mais ativa destes jovens no tratamento. Ao negar escuta a esse jovem, estaremos incentivando mais um comportamento submisso do que de aderência. (Scaduto, Barbieri, 2009).

Também podemos verificar outros fatores que podem interferir positivamente no tratamento dos jovens usuários de drogas, como: equipe multiprofissional adequada, o envolvimento da família durante o processo, atividades mais interessantes, a presença exclusiva de pessoas na mesma faixa etária e a disponibilidade de horários foram fatores descritos por Vasters e Pillon (2011).

O estudo de Oliveira, Szupszynski e DiClemente (2010), apontam o Modelo Transteórico de Mudança como efetivo no tratamento de adolescentes, pois uma vez ao se identificar o estágio motivacional em que o adolescente se encontra, isto auxilia o tratamento a ser aplicado proporcionando resultados ainda mais eficazes.

Não há consenso entre os modelos apresentados, ainda continuam a serem reproduzidas as velhas práticas, encontram-se poucos estudos que falam sobre novas abordagens ou experimentam novos métodos.

A maioria dos estudos aponta críticas aos modelos coercitivos de tratamento,

ênfatizam que a internação involuntária ou compulsória tem apenas o caráter punitivo e de vigilância, sendo ineficazes. Consideram como extremamente importante para adesão e permanência dos adolescentes em tratamento os aspectos subjetivos, como reconhecer a dependência química como um problema e participar ativamente das decisões sobre seu tratamento.

Os contextos sociais são peça-chave no tratamento e ao mesmo tempo fator que dificulta, uma vez imersos nas inúmeras demandas os serviços de saúde não conseguem abarcar estas questões.

O tratamento de jovens usuários de drogas, ainda é visto como um grande desafio para os profissionais de saúde, sobretudo no que tange a não permanência deste nos diferentes serviços oferecidos (não adesão). Observamos que alguns estudos somente citaram o modelo psicossocial. Mediante esta escassez, esperamos que este estudo venha a contribuir na produção de conhecimento neste campo. Acreditamos que o modelo psicossocial pode se consolidar como uma modalidade de tratamento que está orientada para a singularidade do sujeito e seus projetos de vida, considerando seus determinantes socioculturais e econômicos, ênfase que colocamos na questão da juventude, que deve ser entendida de modo ampliado.

REFERÊNCIAS TEÓRICAS - NORTEADORES DO ESTUDO

3. REFERÊNCIAS TEÓRICOS - NORTEADORES DO ESTUDO

3.1. CONCEPÇÕES DE JUVENTUDE:

A juventude pode ser caracterizada como categoria social, como grupo etário, nova geração, porém ela é sempre considerada como a fase do ciclo vital entre a infância e a vida adulta. Seu início é considerado pela sociedade com sinais de transformações físicas (puberdade), também é marcada pelo desenvolvimento cognitivo, de identidade e personalidade. Por fim, a juventude é sempre marcada por dois processos, o biológico e o social (Léon, 2005).

Atualmente no Brasil utilizamos dois termos para nos referirmos a esta etapa da vida: “adolescência” e “juventude”, que ora se sobrepõe, ora se complementam e ora se contrapõem, mas o que imprimem é que a utilização destes termos pode ser utilizada para designar distintas abordagens (Léon, 2005).

Entretanto, o termo adolescência ficou cunhado nos projetos e políticas públicas. Devido a uma movimentação e discussão na década de 90 em torno dos direitos das crianças e adolescentes, culminando na legislação conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Porém, esta legislação e consequentemente esta terminologia deixou à deriva aquela parcela que atingia a maioridade, com grande dificuldade de inserção no mundo “adulto”, inserção no mercado de trabalho, vivendo em contexto de exclusão, violência e pobreza (Léon, 2005).

Neste sentido, Léon (2005) afirma que a temática da juventude para além da adolescência é um novo problema político no Brasil. Sendo assim, surge à necessidade de se fazer novos recortes. Ressalta a importância da distinção destes termos, a adolescência *versus* juventude para que não haja visões reducionistas e só um segmento seja privilegiado, há de se considerar a juventude de forma ampla e garantir os direitos de todos os seus segmentos.

Ao buscarmos uma diferenciação dos termos, observamos que quando os teóricos mais ligados ao campo da saúde e da psicologia referem os processos de transformação biológica corporal, ou aos aspectos de comportamentais desta fase utilizam o termo adolescência. Outrora, quando teóricos ligados ao campo da

sociologia referem à geração, categoria social, contexto histórico, utilizam o termo juventude (Léon, 2005).

As discussões acerca das concepções de juventude, as delimitação do que é ser jovem no Brasil, são muito recentes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita como adolescência o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade, e o situado entre 15 e 24 anos como juventude. Percebe-se então uma interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude. E adota o termo “pessoas jovens” para se referir-se a esta população dentro da faixa compreendida entre 10 e 24 anos (Brasil, 2010).

Há também uma discussão mais recente sobre a extensão desta faixa etária para até 29 anos, como está estabelecido no Estatuto da Juventude (LEI 12.852/2013). A lei anteriormente referida institui o Estatuto da Juventude, foi sancionada pela presidente Dilma Rousseff em agosto de 2013 - e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Segundo o estatuto são consideradas jovens as pessoas com idade entre 15 (quinze) e 29 (vinte e nove) anos de idade.

Este é um padrão internacional que tende a ser utilizado no Brasil. Nesse caso, podem ser considerados jovens os adolescentes - jovens (cidadãos e cidadãs com idade entre os 15 e 17 anos), os jovens - jovens (com idade entre os 18 e 24 anos) e os jovens - adultos (cidadãos e cidadãs que se encontram na faixa-etária dos 25 aos 29 anos) (Brasil, 2006).

Somamos as discussões sobre as delimitações por faixas etárias, o fenômeno cultural chamado *prolongamento da juventude*, que se origina como resultado do próprio processo de transformação da sociedade moderna. Podemos atribuir isto há dois fenômenos importantes: a diminuição do tempo da infância, o que ocasiona na adolescência precoce. E a postergação da entrada na vida adulta, por diversos motivos, tais como, exigência de formação para entrada no mercado de trabalho, violência urbana, desemprego, ocasionando demora na saída da casa dos pais (Romera, 2009).

A sociedade constrói a imagem da adolescência como uma fase da vida, onde aparecem constantes mudanças fisiológicas e de comportamento. A definem como uma fase de “crises”, com constantes transformações, mudanças e incertezas. Mas será possível tomarmos somente a fase adulta como a fase modelo e de referência? De onde surgiu a visão de que na fase adulta também não ocorrem

mudanças e incertezas?(Campos, Silva, 2010).

As concepções sobre adolescência são marcadas pelo recorte do modelo biomédico. Percebe-se que ela é meramente considerada como mais uma “fase”, fase onde ocorrem transformações biológicas. Sob esta premissa organizações tendem a classificar e limitar a juventude por faixas etárias.

Refletindo a respeito dos conceitos de adolescência presentes nas principais organizações mundiais, como as definições da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF). Chama-nos a atenção três questões comuns aparentes nestes conceitos: existe um início para a adolescência, há sinais biológicos e que nitidamente a delimitam; segundo não há lugar para o ser adolescente, ele não é, pois ainda está em transição, evoluindo para outra etapa e a vida adulta é considerada como detentora da maturidade pessoal. E é neste eterno vir a ser que o adolescente vem tentando encontrar maneiras de expressar sua subjetividade, encontrando novas maneiras de viver (Campos, Silva, 2010).

Propomos neste trabalho ampliar o olhar sobre a juventude para além das delimitações por faixas etárias, e para além do tempo cronológico, entendendo-a como um processo vivenciado em si e não tão somente como uma fase de transição. Não devemos considerar a juventude como uma fase da vida marcada por um processo biopsíquico, há de se considerar de todas as fases do ciclo vital são também marcadas por um processo histórico-social, portanto ela não deve ser separada do processo de constituição da sociedade moderna.

Verifica-se na atualidade que para definirmos uma determinada fase do ciclo vital partimos de referências funcionais e não mais de ordem cronológica, isto se expressa mais fortemente na atividade econômica. A juventude é o tempo de estudar, de se formar, a velhice marca sua entrada com a aposentadoria.

Dayrell (2003) acredita que o jovem deve ser compreendido como sujeito social, que se constrói e vai sendo construído como sujeito, ele produz e é produzido à medida que entra em contato e se relaciona com sua realidade cultural, social e histórica, no cotidiano. Entram em contato com uma diversidade de signos, sentidos, o homem se constitui quando realiza trocas como o meio ambiente.

Também encontramos concepções como a de Peralva (1997), que fala sobre a juventude não ser somente fenômeno social, mas também cultural, a juventude tem sido vendida como valor de vida, um estilo de vida a ser alcançado, e

estimulado pelo consumo. Melucci (1997) fala que a adolescência tem estreita relação com o tempo, e que a adolescência é a fase onde a infância é deixada para trás, sendo os primeiros passos em relação à vida adulta e marca o início da juventude. Hoje o jovem é colocado diante de um mundo de muitas possibilidades.

Durante a juventude o sujeito pode experimentar diferentes trajetórias de vida, que serão definidas pelas diversas condições sociais e culturais as quais este sujeito está submetido, não há uma trajetória linear como a esperada pela sociedade, onde o jovem vive em função de sua preparação e educação, formação, o que marca a juventude contemporânea é a heterogeneidade das situações (Abramo, 2005).

Há diversas formas de se vivenciar a juventude, pois durante a juventude experimentamos as coisas de múltiplas formas, não seria diferente em relação ao consumo de drogas, como veremos no capítulo a seguir.

3.2. A JUVENTUDE E O CONSUMO DE DROGAS:

Podemos considerar o Brasil ainda como um país essencialmente jovem, mesmo com o envelhecimento da população brasileira, com redução sistemática, em termos relativos dos segmentos etários mais jovens. Até 2009 estima-se que no Brasil contabilizavam-se quase 80 milhões de crianças, adolescentes e jovens até 24 anos, representando cerca de 42% do total da população (IBGE, 2010). Estes mesmos jovens que constituem esta parcela tão grande da população brasileira são os mesmos expostos as mais elevadas taxas de mortalidade por causas externas (Brasil, 2010).

Atualmente consumo de drogas constitui-se um grave problema de Saúde Pública. O consumo de substâncias psicoativas traz inúmeros prejuízos à saúde e danos sociais (Brasil, 2003).

A juventude é considerada a camada populacional onde o consumo de drogas é mais frequente. Estudos apontam que quanto mais cedo um indivíduo inicia o uso de drogas, maior será sua tendência a se tornar um dependente e pior serão seus agravos à saúde física e mental. Em 2010, foi realizado o I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), os resultados confirmam que os estudantes universitários apresentam consumo de drogas mais intenso e frequente do que outras parcelas da população (Brasil, 2010).

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) tem realizado levantamentos epidemiológicos periódicos com adolescentes escolares em 10 capitais brasileiras, e nos dois últimos incluíram mais 17 capitais. Foram realizados levantamentos nacionais publicados em (1988, 1990, 1994, 1997, 2004 e 2010) (Brasil, 2010).

No comparativo realizado no último levantamento (2010), os dados mostraram que o álcool e o tabaco são as substâncias mais consumidas entre os adolescentes, seguido do uso de inalantes, entretanto são crescentes os relatos de uso de maconha e cocaína, o crack não é uma droga de destaque entre estudantes (Brasil, 2010).

Semelhantes estudos foram realizados com crianças e adolescentes em situação de rua, mostraram que esta condição favorecia o consumo de drogas, porém o primeiro contato com a droga tinha se dado anterior a condição de rua. A droga incorpora-se ao cotidiano da rua, tornando-se um estilo de vida. Além de que os jovens que se submetem a riscos, como o consumo de drogas, também se submetem a outras situações, como relações sexuais desprotegidas e tentativas de suicídio, assim também como em momentos de “fissura”, desejo compulsivo pela droga, cometem delitos (Brasil, 2003).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) proíbe a venda de qualquer tipo de bebida alcoólica para menores de 18 anos. Porém verificamos que o consumo de álcool e drogas entre crianças e jovens é elevado. Sendo o abuso de álcool considerado a principal problemática (Brasil, 2010).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) de 2009, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e financiada pelo Ministério da Saúde, mostrou que 27% dos estudantes haviam bebido no último mês. Embora o uso de álcool seja considerado como o maior problema, devemos destacar que o uso de crack vem crescendo na população geral. O perfil do usuário de crack, descrito por Oliveira e Nappo (2008), foi o de jovem, sexo masculino, baixa escolaridade, desempregado e envolvido em atividades ilícitas para sustentar seu consumo.

A juventude apresenta uma multiplicidade em sua forma de existir, e isto a coloca sob diferentes graus de vulnerabilidade em relação à droga (Paulilo, Jeolás, 2000).

A experiência da juventude é sempre singular e é recortada por diversos

fatores, como diferenças de classe, diferenças geográficas, religiosas, entre outras. Por isso acredita-se que não exista uma só adolescência ou juventude, mas que estes termos devem ser utilizados no plural.

Mas percebemos que estas juventudes mesmo com tantas diferenças compartilham também da ansiedade de viver um momento de passagem, e lidar com as exigências impostas pela família, pelo trabalho, pela sociedade de forma geral.

Romera (2009) relaciona os temas juventude, lazer e uso de drogas. Relata que estas questões são por muitas vezes tratadas dentro de um “olhar moralista”, com visões distorcidas em que nada contribuem para a compreensão necessária do tema. A juventude merece ser olhada com recorte atual, como reflexo da sociedade.

Para Romera (2009) a mídia sempre traz uma visão negativa da juventude, e a relaciona a temas polêmicos, como é a questão do abuso de drogas, enfocando as drogas ilícitas. Fala também que essas abordagens midiáticas formam a opinião pública.

Entretanto, não há como falar do consumo de drogas sem falar que ele está inserido dentro de uma cultura do consumo. É impossível fechar os olhos para as dinâmicas de vida proporcionadas pela sociedade capitalista. O consumismo vai assumindo papel central nas relações, estabelecendo novos padrões de competição, eficácia e sucesso.

Quem determina os processos de subjetivação e de formação da identidade é a sociedade contemporânea. E a sociedade contemporânea está permeada de ideais de consumo. O consumo de drogas pelos jovens viria como que em resposta ao mal-estar social, à anestesia de subjetividade (Conte, 2008).

Vergara e Justo (2011) falam a respeito do não lugar da juventude e o mal-estar contemporâneo. O neoliberalismo é hegemônico, há uma crise de ideologias, o jovem coloca-se insensível a participação política. O jovem cada vez mais insere-se num contexto individualista, entregando-se a práticas hedonista e de consumo desenfreado. Este não lugar da juventude é ocupado por atividades ilícitas.

E ainda reforçam dizendo:

“O caminho das drogas, percorrido pelos jovens de hoje, revela-se como mercadoria, atraente pelos signos que carrega de contestação, transgressão e rebeldia e pelos riscos potenciais envolvidos na atividade que é proibida. A interdição legal, a atração pelo perigo e o desejo de reconhecimento imediato

produzem construções frágeis no campo do desejo social que comprometem a saúde e ameaçam a vida dos jovens” (Vergara e Justos, 2011, p. 100).

Paulilo e Jeolás (2000) acreditam que a compreensão cultural dos comportamentos de risco adotados, articulada a vulnerabilidade social possibilite uma maior compreensão sobre o uso abusivo de drogas entre os jovens. Busca-se um encontro com as situações de risco, o jovem expõe-se a diversas situações como esportes radicais ou o uso de drogas, defrontando-se com a morte e questionando a própria existência.

É notável que o jovem atual encontra-se perdido na imensidão de riscos que a vida moderna lhe impõe, o consumo de drogas é mais um deles. Aliás, este jovem está sendo bombardeado pelo apelo consumista, principalmente o jovem de baixa renda, morador das periferias, neste a vulnerabilidade às drogas está potencializada, por fatores de exposição à violência, evasão escolar, falta de lazer e perspectivas de futuro.

Cada vez mais se deixam de ser transmitidos valores, pois já não há um encontro com outras gerações. O jovem se vê impossibilitado de satisfazer suas necessidades. A droga coloca-se cada vez mais como: fuga dos problemas, apelo à aventura e ao prazer intenso. Para os jovens de baixa renda, a imersão no mundo do tráfico, pode lhes trazer a sensação de pertencimento e proteção. Passando assim de jovens excluídos às detentores de poder e aceitação (Paulilo, Jeolás, 2000).

Este é o jovem que representa a imagem do narcotráfico, soldado do crime, crime o qual é quase sempre associado ao consumo abusivo de drogas e ao tráfico (Vergara, Justos, 2011). O jovem é seduzido ao convite do prazer intenso e ilimitado.

De acordo com Vergara e Justos (2011), o “Consumir se confunde com o ser do desejo e ponto final”, seus projetos de vida se tornam sem crítica, sem autonomia, conduzidos pelo “viver sem projeto”. E é neste contexto que aparecem os serviços de saúde e os profissionais que se lançam ao desafio de construir projetos, que não são somente projetos, mas antes projetos que se tornem terapêuticos. Está lançado o desafio.

Esta pesquisa considera a juventude como categoria social, camada populacional que merece receber atenção de acordo com as suas especificidades, sua demanda é heterogênea, necessitando ser respeita esta diversidade. Para fins

de delimitação de faixa etária, adotaremos como jovens os sujeitos de 15 a 29 anos de idade, conforme estabelecido pela Secretária Nacional de Juventude (Brasil, 2006).

3.3. POLÍTICAS PÚBLICAS DESTINADAS À SAÚDE DO JOVEM: DO “PROBLEMA” AO “PROTAGONISMO”.

Os jovens ainda são um segmento populacional excluído de uma Política Nacional que considere suas especificidades (Lopez, Moreira, 2013). Para referenciar a temática, temos nos utilizado de uma publicação chamada “Política Nacional da Juventude: diretrizes e perspectivas”, publicada pelo Conjuve em 2006. Entretanto, não há indícios de que estas diretrizes se efetivaram em uma política consistente. Diversos estudos apontam necessidades de avanços nas políticas públicas voltadas a juventude (Horta, Sena, 2010; Kerbaux, 2005).

Observamos que no campo das ações políticas sobre a juventude, as ações são desenvolvidas em sua maioria por organizações não governamentais que pouco se articulam com os outros setores ou serviços, principalmente os de saúde. Deixando assim a juventude institucionalizada, contemplada por ações que parecem favores (Lopes et al., 2008).

As primeiras preocupações com as políticas públicas voltadas para a saúde dos jovens remontam a década de 90, especialmente quando as necessidades de saúde dos adolescentes foram reconhecidas legalmente pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.8.069/ 1990). Podemos destacar também como evento importante de fomento a discussão da temática na época o I Encontro Nacional de Técnicos em Juventude, realizado em 1995.

Mas foi em 2005, que realmente verificamos avanços concretos em relação a políticas públicas direcionadas exclusivamente à juventude. Neste mesmo ano temos como marco a criação da Secretária Nacional da Juventude (SNJ), o Conselho Nacional de Juventude (CONJUVE) e o Programa Nacional de Inclusão dos Jovens (PROJOVEM).

À Secretária Nacional de Juventude fica estabelecida a tarefa de articular as políticas públicas para juventude e ao Conjuve deu-se a tarefa de estabelecer as diretrizes para a Política Nacional de Juventude, documento lançado em 2006. O documento contempla as principais bases para o desenvolvimento de ações

específicas ao público jovem, entendendo os como sujeitos de direitos e enfatizando a questão da diversidade e participação social.

O entendimento de que o jovem é sujeito de direitos e deve ser respeitado em sua diversidade, é um discurso atual e pouco colocado em prática. Constatamos até o momento que a sociedade considera ainda a juventude como uma fase de transição, sendo assim, as políticas públicas adquirem um aspecto de preparação deste jovem para o mundo adulto. Prevalece então uma política de cunho educacional. Observa-se isto até mesmo na escolha dos locais onde são realizadas essas ações, sendo desenvolvidas no espaço da escola ou similares (Abramo, 2005).

Os principais programas visam à preparação. Temos como exemplo os programas de formação e qualificação para a entrada no mercado de trabalho ou de outra forma, notam-se programas baseados nas concepções que o jovem ainda é um “problema” para a sociedade e ameaçam a ordem social, como os programas desenvolvidos na área da saúde.

As ações nesta área se voltam para os problemas de saúde da adolescência, abordam principalmente os relacionados à saúde sexual e reprodutiva: a gravidez na adolescência, as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e Aids, além dos problemas relacionados à violência (Soares, 2011).

O tema drogas também aparece, dentro da perspectiva educacional e de controle social, pretende-se afastar os jovens das drogas e da violência, tem se então ações voltadas à ocupação do tempo ocioso, promovendo ações culturais, esportivas e de lazer.

A saúde é um direito do jovem, legitimado pela Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90 – Leis Orgânicas da Saúde, que regulamentam o comando constitucional para um modelo descentralizado e universal, reconhecendo a saúde como direito de todos. Estas podem ser somadas às prerrogativas do ECA e do Estatuto da Juventude.

Horta e Sena (2010) ressaltam ser necessário à área da saúde apropriar-se dos conceitos de juventude na construção de suas práticas assistenciais. É impertinente a saúde ainda continuar trabalhando sob a premissa de risco e vulnerabilidade e não lançar um olhar mais ampliado para o contexto desse jovem.

Os grandes problemas encontrados nestas abordagens, e nas políticas, é que elas homogeneízam a juventude, e a estigmatizam. Nós enquanto atores da saúde e respeitando as premissas do Sistema Único de Saúde (SUS), entendendo a saúde

como direito, também devemos superar o paradigma biológico da adolescência e ver o jovem como sujeito de direitos e não mais definido por suas incompletudes e desvios (Abramo, 2005). Abramo (2005) coloca que vários autores tem buscado a superação deste modelo, retirando a figura do jovem como problema, para o jovem como solução, sendo protagonista de seu cuidado. Porque as questões ou as ações políticas voltadas à juventude não podem ser debatida com os próprios jovens? Estariam eles para sempre fadados a aceitar ações propostas por adultos?

O desafio está em fazer com que a sociedade compreenda os jovens, reafirmando isto no discurso do Conjuve (2006), os jovens são: *“sujeitos de direitos, promotores e destinatários de políticas públicas, não aceitam participar de programas e projetos que pressuponham e/ou produzam aculturação e normatização de suas práticas sociais, modos de ser e identidades.”*

Segundo as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (2010), a participação juvenil é uma estratégia eficaz de promoção à saúde. Sendo que a participação ativa do jovem no planejamento, execução e avaliação das ações em saúde, gera um impacto sobre sua eficácia e resolutividade, beneficiando tanto os jovens como os profissionais de saúde (Brasil, 2010).

De acordo com o estudo de Lopez e Moreira (2013), as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (2010), em verdade eram proposições para se efetivar uma “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens” (PNAISAJ), porém ela não conseguiu ser legitimada. Destacam que esse fato expressa o quanto os jovens não são reconhecidos em sua autonomia e protagonismo e declaram:

“como categoria, a adolescência e a juventude ainda se encontram confrontados pelas disputas por um protagonismo social mais ampliado e responsável, para além de um “pseudoprotagonismo juvenil” ou “protagonismo tutelado” submetido a um olhar adultocêntrico, que se coloca como porta-voz das vozes adolescentes e jovens, paradoxalmente, silenciando-os ” (Lopez e Moreira, 2013, p.1.185).

Nota-se que a saúde dos jovens, mesmo ocupando lugar nas agendas públicas de discussão, ainda de fato não deteve a atenção merecida. Dentro de um cenário de negação aos direitos da juventude, o quanto teremos ainda que esperar pelo devido reconhecimento.

3.4. POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS: O CENÁRIO ATUAL DAS PRÁTICAS DE CUIDADOS EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.

No Brasil a preocupação com o consumo de drogas, deu-se a partir do início do século XX, seu interesse era controlar esse consumo, o que existiam de leis e decretos somente criminalizavam o usuário e previam a exclusão social do mesmo (Machado, Miranda, 2007).

O encarceramento em hospital psiquiátrico iniciou-se como medida a partir da década de 70, onde já foi possível notar a influência da medicina nas leis deste período (Lei nº5726/1971). Ao toxicômano era então destinado dois tipo de encarceramento: na prisão ou no hospital psiquiátrico. Exalta-se com isto um duplo estereótipo que até hoje permeia o imaginário popular: o usuário de substâncias psicoativas deve ser considerado criminoso ou louco, senão os dois.

Na década de 80 com a lei 6.368/1976, foram abertos os primeiros serviços (extra-hospitalares) de assistência ao usuário de drogas na rede pública alguns médicos outros religiosos, que atendiam somente usuários de drogas ilícitas (Machado, Miranda, 2007). Também houve a mudança no termo “viciado” para o uso de “dependente” (Alves, 2009; Machado, Miranda, 2007).

Ainda na década de 80 foi instituído o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), ele apoiava os centros de referência que realizavam pesquisas técnico-científicas na área de álcool e drogas, também apoiou as ações de redução de danos, como foi no caso da estratégia de troca de seringas (Machado, Miranda, 2007).

Durante a década de 90 que se notou uma maior expansão das comunidades terapêuticas, serviços religiosos para a recuperação de dependentes químicos. Já que se notava um descaso do estado para este problema, então se atribui este fenômeno a falta de assistência de saúde e uma medida desesperada da sociedade de se organizar para tratar do problema (Machado, Miranda, 2007).

Porém, até 1998 o Brasil ainda não tinha uma política nacional sobre drogas, nesta época foi extinto o COFEN e foi criada o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), que abarcava o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e a Secretária Nacional Antidrogas (SENAD), instituídos no governo Fernando Henrique, estes com seus esforços estabeleceram a Política Nacional Antidrogas (PNAD), em 2001.

Porém observou-se que a secretaria pouco contribuiu na formulação da Política criada em 2003 (Machado, Miranda, 2007).

Para entendimento da construção das políticas públicas sobre drogas no Brasil, faz-se necessário falar a respeito das Políticas de Saúde Mental e dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, pois estas contribuíram diretamente para nortear os construtos políticos das questões relacionadas ao uso de álcool e drogas.

Podemos destacar como marco desta política a Lei Federal 10.216, de 06 de Abril de 2001, conhecida como Lei Paulo Delgado. Ela respalda os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, nascida da revolta dos trabalhadores e das denúncias das condições desumanas dos serviços psiquiátricos.

As políticas voltadas à saúde mental foram ganhando forças com as realizações das Conferências Nacionais, e com as implantações de serviços substitutivos à lógica manicomial, como o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Itapeva), em São Paulo e o surgimentos dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos.

Dentre as Conferências podemos destacar a III Conferencia Nacional de Saúde Mental (2001), realizada em Brasília pelo Ministério da Saúde. Dentro desta conferência foi realizado um seminário técnico para elaboração de estratégias e efetivação dos modelos de cuidados para as questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, em consonância com as diretrizes do SUS. Com o avançar destas discussões são lançadas mais portarias que irão definir as especificidades das redes de atenção e outros cuidados a esta população:

- Portaria GM /MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, definindo a organização de serviços de saúde mental, tipo CAPS, inclusive os CAPS álcool e drogas.
- Portaria SAS/MS nº 189 de 20 de março de 2002, regulamenta a Portaria GM/336, criando no âmbito do SUS, normas e diretrizes para a organização serviços de atenção psicossocial para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas.
- Portaria GM /MS nº 816 de 30 de abril de 2002, criando o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Ainda no movimento de avanços políticos-legais surge a Lei 11.343/2006 (atual lei de drogas), que distingue definitivamente a figura do usuário de drogas e a do traficante. Percebe-se o agir do estado para cuidar da saúde pública, optando por uma justiça restaurativa do usuário e pela política de redução de danos.

A partir de 2003, inicia-se a sistematização destas diretrizes, culminando em políticas. Atualmente encontram-se vigentes duas políticas sobre as questões do consumo de drogas. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuário de álcool e outras drogas (2003) e a Política Nacional sobre Drogas (2005), esta última sendo um realinhamento da Política Nacional Antidrogas – PNAD 2003, estas últimas instituídas pelo Conselho Nacional Antidrogas.

Os discursos destes documentos avançam no sentido de ampliar as possibilidades do olhar para o consumo de drogas para além do controle e da repressão (Machado, Miranda, 2007). O cuidado ao usuário de drogas que era ora feito por vias judiciais, médico- psiquiátricas e religiosas, agora é considerado um problema de saúde pública (Ministério da Saúde, 2003).

A política orienta-se pelos princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos. Reconhece o atraso histórico devido ao SUS não assumir a responsabilidade pelo cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Destaca o caráter inter-setorial das práticas tão indispensável na atenção a esta população. Propõe a criação de uma rede de cuidados integral, sendo seu principal dispositivo de assistência os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas, os CAPS AD.

Atualmente os CAPS AD integram a chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que foi instituída por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, visando amparar os preceitos da reforma em consonância com a Lei Federal 10.216. Sua lógica expressa que o cuidado em saúde mental é de grande complexidade, e portanto é necessária uma rede ampliada e articulada de serviços, respeitando a lógica territorial, favorecendo a autonomia e inclusão social dos sujeitos em sofrimento psíquico ou decorrente do uso de álcool e drogas (Brasil, 2011).

A redução de danos assumida como norte para as políticas sobre drogas no Brasil implica em considerar que a abstinência não é o único objetivo a ser alcançado (Brasil, 2003). A Redução de Danos configura-se como uma série de estratégias que visam minimizar os riscos ao que os usuários estão expostos no uso

das drogas. Estas estratégias são construídas juntamente com os usuários, o que permite a construção de uma responsabilidade compartilhada, tanto pelos usuários como pelos profissionais no estabelecimento do vínculo (Brasil, 2003).

Para além das estratégias, a redução de danos é hoje tida como um movimento clínico-político, campo de tensionamento entre interesses políticos, sociais e econômicos. Objeto de grande controvérsia, ainda é considerado como movimento de incentivo ao uso de drogas e desestimulado por vários autores, ou ainda só utilizado para aqueles usuários que não atingiram sucesso em tratamentos visando à abstinência completa.

Ao considerarmos as inúmeras divergências e contradições do campo, notamos que há um enfraquecimento das diretrizes políticas na hora de serem aplicadas na prática. Pois o que temos observado, é que a redução de danos mostra-se um discurso muito bonito no papel, mas na prática pouco disseminado (aplicado) (Souza, 2013).

Observamos também controvérsias entre as políticas vigentes, sendo que a Política Nacional sobre Drogas incentiva e admite que concomitantemente a redução de danos exista outros modelos de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas, como os modelos adotados pelas comunidades terapêuticas (Alves, 2009).

Podemos notar no discurso político brasileiro sobre drogas, proposições antagônicas. Compartilha da visão internacional proibicionista, com enfoque em ações de repressão ao tráfico, criminalização e controle do usuário, a incentivar e colocar como eixo norteador de sua política a redução de danos (Alves, 2009).

A Política do Ministério da Saúde, apoiada pelas políticas de saúde mental opõe-se claramente a estes modelos. Entretanto com o aumento dos consumidores do *crack* e disseminação dos seus prejuízos orgânicos e sociais pela mídia, o governo federal lança o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso do Tratamento para usuários de Álcool e Drogas (*PEAD*), em 2009, seguido do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, Decreto Nº 7.179, de 20 de Maio de 2010. E o mais recente programa lançado em dezembro de 2011, o programa “Crack, é possível vencer”, com um investimento de 4 bilhões e uma série de ações a serem efetivadas até 2014 (Brasil, 2013).

Verificamos que estes últimos programas surgem em um contexto de ações desesperadas que visam suprir a fragilidade estrutural, podemos citar como uma destas ações a iniciativa do programa “Crack, é possível vencer”, ao financiar

instituições chamadas “Comunidades Terapêuticas”. As Comunidades Terapêuticas não podem ser consideradas modelos para o tratamento de dependentes químicos, pois em sua maioria não possuem a estrutura necessária para atendimento a usuários de drogas, assim como projeto terapêutico que atendam a normas de saúde. Essas instituições tem caráter religioso, ferem o direito de escolha de credo, e promovem entre outras violações de direitos humanos, como podemos verificar no relatório da “4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos”, realizada em 2011 pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (Brasil, 2011).

Podemos citar mais uma iniciativa “desesperada”, ou seja, de cunho emergencial para lidar com a situação do uso de drogas, agora especificamente tratando-se da juventude, o caso do município do Rio de Janeiro. Em 2011, a Secretaria Municipal de Assistência Social do Estado do Rio de Janeiro – SMAS/RJ implementou a Resolução nº 20 SMAS/RJ, intitulada Protocolo de Abordagem à Pessoa em Situação de Rua, que apresenta como uma de suas medidas prioritárias o recolhimento e a internação psiquiátrica compulsória, isto é, sem o consentimento e por determinação do Poder Judiciário, conforme previsto na Lei nº 10.216/2001, de crianças, adolescentes e adultos jovens em situação de rua e adictos em crack.

As ações surtiram pouco efeito sobre a reabilitação dos jovens. Um levantamento da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, após dois anos das ações revelou que apenas 24,88% das crianças levadas forçadamente para abrigos tiveram êxito no tratamento. De 200 crianças já acolhidas, apenas 50 alcançaram a “reinserção social”.

Questionamos o que se considera reinserção social, já que dos 24,88% das crianças, 18,41% tiveram sua reinserção em sua família de origem mediante determinação judicial. Os dados revelam ainda que outros 59,7% fugiram dos abrigos mantidos pela Prefeitura do Rio para onde foram levados. Outra parcela, 15,42% - refere-se aos transferidos para abrigos de outras cidades (Melo, 2013).

Está evidenciado o retrocesso na assistência ao usuário de álcool e drogas, onde a ênfase no momento é o regime de internação, ou seja, pretende-se “tratar” a dependência química com o afastamento do convívio social por meio de reclusão em ambiente fechado. Isto culmina alimentando as expectativas da população que procura soluções rápidas e mágicas para este problema (Andrade, 2011).

É sabido que os tratamentos que ocorrem de forma involuntária ou

compulsória, ou seja, contra a vontade do usuário, tem se mostrado ineficazes uma vez que ocorrem inúmeras reincidências, aumentam os comportamentos de violência intrafamiliar, quebram o vínculo e afastam os usuários dos serviços (Nunes et al., 2013).

A política brasileira sobre drogas tem dificuldades de sair de uma postura mais conservadora, atendendo aos padrões internacionais. É fato que reconhecemos o jogo de interesses que ficam velados, como os das indústrias de bebidas alcoólicas que financiam jogos esportivos. O processo de formulação e implementação desta política é atravessado por múltiplos conflitos de interesses, “valores e ideologias conflitantes”. Há muitas divergências teóricas a respeito do fenômeno. A política ainda é feita por poucos e às vezes tendenciosas a um dado grupo, ou corpo teórico (Garcia, Leal, Abreu, 2008).

Andrade (2011) traz algumas proposições para a Política de álcool e drogas no Brasil: que haja um acompanhamento das aplicações dos recursos financeiros para que atinjam a finalidade desejada, que se aperfeiçoem as práticas de saúde e enfatizem projetos de geração de renda, que haja discussões e vivências práticas em saúde com os graduandos, como os Programas de Educação pelo Trabalho (PET/Saúde).

Com as formações dos Conselhos Antidrogas, pode se ter uma participação mais ativa da sociedade nas decisões políticas. Propõe-se que a política seja reestruturada para oferecer alternativas de vida e reinserção destes usuários não tendo que relegar o tráfico como única alternativa de subsistência (Garcia, Leal, Abreu, 2008).

Existem movimentos que estão se manifestando contra os retrocessos atuais da assistência prestada aos usuários, movimentos constituídos pela sociedade civil e principalmente pelos profissionais de saúde, cansados de assistir os direitos de seus assistidos sendo violados pela falta de recursos, falta de articulação entre os diversos setores e pelos atravessamentos políticos (como por exemplo, as internações compulsórias) que mais atrapalham do que levam alguma resolutividade. Continuamos a espera de uma política a ser construída com a participação de todos.

Permanecendo ainda nas discussões sobre a problemática, apresentaremos a seguir os principais trechos contidos em documentos oficiais das políticas públicas e das leis protetivas que destacam as questões relacionadas com a juventude e o

consumo de drogas.

Observando os aspectos legais que garantem os direitos dos jovens e adolescentes, encontramos subsídio no ECA (Lei n.8.069) que no art.11 assegura atendimento integral à saúde da criança e do adolescente pelo SUS, e no art. 101, das Medidas Específicas de Proteção, fala especificamente do tratamento dos problemas relacionados ao consumo de drogas. Devendo a criança e o adolescente *"receber orientação, apoio e acompanhamento temporários; requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial, ou inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos"* (ECA, p. 36).

E no recentemente aprovado Estatuto da Juventude, na seção V que dispõe dos direitos a saúde, estabelece no art.19 a saúde enquanto direito do jovem e no art.20 menciona que as políticas públicas de saúde dirigidas aos jovens devem ser orientadas de acordo com as seguintes diretrizes:

I – acesso universal e gratuito ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a serviços de saúde humanizados e de qualidade, que respeitem as especificidades do jovem;

II – atenção integral à saúde, com especial ênfase ao atendimento e à prevenção dos agravos mais prevalentes nos jovens;

III – desenvolvimento de ações articuladas entre os serviços de saúde e os estabelecimentos de ensino, a sociedade e a família, com vistas à prevenção de agravos;

IV – garantia da inclusão de temas relativos ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas, à saúde sexual e reprodutiva, com enfoque de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos nos projetos pedagógicos dos diversos níveis de ensino;

V – reconhecimento do impacto da gravidez planejada ou não, sob os aspectos médico, psicológico, social e econômico;

VI – capacitação dos profissionais de saúde, em uma perspectiva multiprofissional, para lidar com temas relativos à saúde sexual e reprodutiva

dos jovens, inclusive com deficiência, e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas pelos jovens;

VII – habilitação dos professores e profissionais de saúde e de assistência social para a identificação dos problemas relacionados ao uso abusivo e à dependência de álcool, tabaco e outras drogas e o devido encaminhamento aos serviços assistenciais e de saúde;

VIII – valorização das parcerias com instituições da sociedade civil na abordagem das questões de prevenção, tratamento e reinserção social dos usuários e dependentes de álcool, tabaco e outras drogas;

IX – proibição de propagandas de bebidas contendo qualquer teor alcoólico com a participação de pessoa com menos de 18 (dezoito) anos de idade;

X – veiculação de campanhas educativas relativas ao álcool, ao tabaco e a outras drogas como causadores de dependência;

XI – articulação das instâncias de saúde e justiça na prevenção do uso e abuso de álcool, tabaco e outras drogas, inclusive esteroides anabolizantes e, especialmente, crack.

Observa-se nesta leitura um destaque ao uso e abuso de drogas, tanto a respeito de estratégias de prevenção até o tratamento. Entendemos que isto seja reflexo do movimento atual que considera o crack como epidemia e da grande mobilização social gerada recentemente em torno deste tema.

Dentro da Política atual de drogas, encontramos trechos que falam sobre o atendimento específico a população jovem e adolescente. No documento intitulado a “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas” (Brasil, 2003), assume que uma das características a serem observadas no cenário nacional e internacional que se colocam como desafios e visam à reformulação da Política de Drogas “é o aumento do início precoce em drogas legais entre os jovens” e a aumento da utilização do crack e outras drogas que interferem na saúde física e psíquica dos jovens (Brasil, 2003, p.26).

Em 2009, realizou-se a VIII Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, em Brasília/DF. Esta reunião contou com a participação de

profissionais da saúde mental, em especial trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS infantil e CAPS AD), gestores municipais e estaduais de saúde mental e saúde geral entre outras esferas, como as jurídicas e da educação (BRASIL, 2009). Esta reunião focou as questões relacionadas ao uso e abuso de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes, tendo como tema Álcool e Outras Drogas: Atenção Integral e Inclusão. Dela foi gerado um relatório onde foram levantadas as seguintes considerações:

“Que o consumo de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes seja reconhecido primeiramente como uma demanda de cuidado ampliado, devendo, como tal, ser entendida e considerada nas diferentes possibilidades de intervenção” (Brasil, 2009, p.3).

Fala ainda a respeito de esforços contra estigmatização e a exclusão social do adolescente gerada a partir do contexto do consumo da droga, e que as políticas dirigidas a esse público sejam pautadas na intersetorialidade e integralidade, visando a co-reponsabilização (Brasil, 2009). Que o acolhimento desses jovens por parte da rede de cuidados em saúde mental respeite suas especificidades:

“O acolhimento, por parte da rede de saúde mental, das especificidades do discurso, das práticas e da realidade concreta da vida do jovem em situação de risco, buscando criativamente e sem soluções pré-concebidas, formas de vínculo com o usuário, entendendo que tais condições são essenciais à adesão ao tratamento e à construção de vias de superação” (Brasil, 2009, p.6).

Requerem também que os espaços para acolhimento das crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas sejam realizados pelos CAPS AD e/ou CAPS infantil, dentro da perspectiva do cuidado compartilhado, considerando também a escolha do usuário ou proximidade territorial (Brasil, 2009).

Fica estabelecido então como dispositivo principal do atendimento das crianças, adolescentes e jovens os CAPS, assim como ele é o dispositivo central de todas as ações dentro da rede de saúde mental adulta. E para as questões relacionadas aos transtornos causados pelo uso e abuso de álcool e outras drogas os CAPS AD.

A Portaria nº 130, de 26 de Janeiro de 2012, que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas 24 h (CAPS AD III) ressalta das suas disposições gerais que o CAPS AD III “poderá se destinar a atender adultos ou

crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente.” E “nos casos em que se destinar a atender crianças e adolescentes, exclusivamente ou não, o CAPS AD III deverá se adequar ao que prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente” (Brasil, 2012).

Mesmo diante do apresentado, será que os CAPS AD estão conseguindo atender todas as suas demandas dentro das suas especificidades? (Oliveira, Nascimento, Paiva, 2007). Dentro das ações políticas até o momento o que foi possível observar é que tratam a juventude da mesma forma que os adultos dependentes, seguindo o modelo repressivo e de internação. Vergara e Justos (2011) relatam que boa parte das iniciativas tomadas em relação aos usuários de drogas tem sido na intenção de agradar posturas conservadoras. Ampliando aparatos policiais, modificando leis e mantendo-as criminalizadas.

Comentam ainda que esta é uma postura ultrapassada no entendimento das políticas públicas em relação a drogas e juventude, e que é possível observar que a figura antes do “jovem menor infrator”, apenas sofreu um deslocamento histórico contemporâneo, passando a figura do “jovem infrator, usuário de drogas”, um ser adoecido que precisa ser resgatado do mundo das drogas através de tratamento terapêutico e medidas sócio-educativas” (Vergara, Justos, 2011).

Paulilo e Jeolás (2000, p.58) ressaltam o peso das vulnerabilidades e enfatizam a especificidade da juventude ao dizer:

“[...] sublinhar o peso da vulnerabilidade programática ou institucional existente em nosso país, cujo reflexo é o não acesso da maioria dos jovens brasileiros a programas de informação e de prevenção na rede de educação e nos serviços de saúde. Quando existentes estes projetos são pontuais e não possibilitam o encaminhamento dos jovens de forma a dar continuidade ao trabalho iniciado. A falta de serviços voltados para as especificidades e necessidades dos jovens e a inexistência de programas de apoio para usuários e dependentes de drogas tem inviabilizado políticas sociais integradas. Somente quando a questão das drogas for compreendida como parte de uma política de saúde que tenha por objetivos tanto a prevenção como a redução de danos, o enfoque passará do produto, isto é, a droga, para a pessoa que a utiliza, ou seja, o cidadão”.

Amarante e Soares (2009) destacam que o SUS e o ECA não garantem por si só os direitos sociais e de saúde dos jovens, cabendo também esforços da sociedade civil. E propõe a criação de mecanismo de proteção social que viabilizem o direito a saúde do adolescente e respeite as suas necessidades e as diferenças entre as distintas classes sociais.

Trata-se, portanto de avançarmos em busca de práticas menos limitadoras

como focar em problemas específicos da adolescência. Garantir que esse jovem seja visto como sujeito social e de direitos. Respeitar e incentivar a participação dos mesmos para uma construção coletiva de ações e na reformulação das políticas públicas.

Soares (2011) comenta que o jovem perante o problema do consumo da droga é tratado pela sociedade de forma idiotizada, e que são facilmente influenciados pelos amigos e levados a fazerem algo que os prejudicam. Além de reforçar a questão da desestruturação da família e a sua incapacidade de ensinar o que é bom ou ruim para os jovens.

Os jovens são sujeitos de direito, necessitamos compreender seus problemas de saúde como expressão da vulnerabilidade desta população face às dificuldades e obstáculos experimentados em outras dimensões da vida. Porém é preciso considerar a estratégia de educação por pares, ou seja, o desenvolvimento de ações de educação em saúde que privilegiam a abordagem de jovens por outros jovens (Brasil, 2010). Deve-se dar vigência ao princípio da equidade, o que pressupõe um tratamento igual e adequado ao diferente levando em conta suas especificidades.

Os CAPS tem o desafio de construir juntamente com o usuário, a família e a equipe o chamado Projeto Terapêutico Singular (P.T.S.), sendo esta também uma estratégia empregada em diversos outros tipos de serviços de saúde.

Os Projetos Terapêuticos são definidos como: um conjunto de atos assistenciais que objetivam a resolução de um problema de saúde. São definidos por um médico ou por uma equipe multiprofissional (Franco, 2003).

Os projetos terapêuticos são pensados para produzir o cuidado ao usuário. Esta produção do cuidado pode se dar através de uma prática e lógica prescritiva, com relações burocráticas, centrado em “procedimentos”, ou pode estar centrado em uma abordagem “light” do problema de saúde, baseado em relações solidárias e conhecimento técnico. Para a construção dos projetos terapêuticos são utilizados vários saberes, e é a partir destes que as práticas de saúde serão determinadas.

A comunidade médica-científica indica como válidos para resolverem problemas de saúde, os conhecimentos centrados no corpo biológico e na “clínica restritiva” (Merhy, Feuerwerker, 2009). Nos serviços de saúde são possíveis de observar cuidados centrados no saber e na pessoa do médico que operam através de uma excessiva carga prescritiva. O cuidado assim, se produz através de procedimentos e deixa de representar o “cuidado” para representar ao nível da

micropolítica da organização da assistência, os interesses do capital (Franco, 2003).

Para organizar serviços capazes de formular e operar projetos terapêuticos que venham a atender às “necessidades reais” dos usuários faz-se necessário que se inclua a natureza social no conteúdo técnico. Há emergência de novos saberes na construção destes projetos. Saberes que advém da sociologia, da antropologia e até mesmo saberes da prática cotidiana e experiência de vida. O trabalho dos técnicos necessita ser libertador e criativo.

Coloca-se a análise dos processos de trabalho como um grande desafio atual para a compreensão dos modos de produção do cuidado. Nelas estão inseridos: ação dos trabalhadores em relação consigo, a relação trabalhador/usuário e a organização do trabalho. É importante perceber que um serviço de saúde, como por exemplo, o CAPS, não é somente movimentado por conjunto de normas e regras de funcionamento. O movimento é produzido de maneira dinâmica, no cotidiano, ele se modifica e é atravessado por múltiplos interesses. É sustentado também pelas ações cotidianas de seus trabalhadores. Por isso estas ações e sujeitos devem ser postos em análise.

Merhy (1997) coloca que podemos entender os processos de trabalho como intercessor entre o trabalhador e o usuário formando um encontro onde se é produzido o cuidado. Ele pretende em seus textos mostrar uma maneira de se analisar os serviços de saúde a partir dos atores/sujeitos em ação, focalizando assim os processos de trabalho construtores das práticas de saúde. Esses processos se compõem através do Trabalho Vivo em ato, trabalho vivo é o trabalho humano no momento exato e que é executado, ele interage com diversos elementos, as máquinas e as normas. Assim como também existe o trabalho morto que entendemos pelos instrumentos, as prescrições, a parte instituída e cristalizada.

Busca-se levar a equipe/coletivo perceber a potência do trabalho vivo em ato, embora o trabalho vivo não possa libertar-se totalmente do trabalho morto, esperamos captar toda sua intensidade e capacidade de produzir “linhas de vida” no serviço.

Portanto este trabalho busca perceber a micropolítica do trabalho vivo em ato (Merhy, 1997) de um CAPS AD III. Criando situações analisadoras que permitam que os profissionais reflitam sobre o seu próprio fazer.

OBJETIVOS

4. OBJETIVOS

- Compreender o processo de produção de cuidado ao jovem usuário de substâncias psicoativas de um serviço especializado em álcool e drogas CAPS AD III.
- Analisar os processos de subjetivação e produção do cuidado ao jovem usuário de substâncias psicoativas de um serviço especializado em álcool e drogas CAPS AD III.

PERCursos TEÓRICOS- METODOLÓGICOS

5. PERCURSOS TEÓRICOS- METODOLÓGICOS

5.1. A CARTOGRAFIA COMO MÉTODO DE PESQUISA.

“Uma teoria é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante... é preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou. Não se refaz uma teoria, fazem-se outras; há outras a serem feitas. É curioso que seja um autor que é considerado puro intelectual, Proust, que o tenha dito tão claramente: tratem meus livros como óculos dirigidos para fora e se eles não lhes servem, consigam outros, encontrem vocês mesmos seu instrumento, que é forçosamente um instrumento de combate. A teoria não totaliza; a teoria se multiplica e multiplica.”

Gilles Deleuze

Esta pesquisa é de natureza qualitativa, segundo Chizzotti (2003) pesquisar qualitativamente implica em compartilhar, para com isto extrair “significados visíveis e latentes”, necessitando de uma atenção sensível e perspicaz.

Colocando o método da pesquisa qualitativa voltada á área da saúde, encontramos Turato (2005), relatando que a pesquisa qualitativa não visa “estudar o fenômeno em si”, mas entender seu significado na vida das pessoas, seja individual ou coletivo. Sobre algumas características do método qualitativo Turato (2005), cita:

- O interesse do pesquisador volta-se para o significado das “coisas”, coisas estas que podem ser vivências, ideias, sentimentos, etc;
- O campo onde ocorrerá a observação é o ambiente natural do sujeito;
- O pesquisador é seu próprio instrumento de pesquisa e se utiliza de seus órgãos do sentido para apreender os objetos pesquisados;

A definição de uma metodologia para pesquisa é uma tarefa complexa, tem de se considerar vários fatores, no caso desta pesquisa era importante considerar que a autora está implicada diretamente com a temática, e é nosso desejo que esta pesquisa não fosse somente descritiva e exploratória, mas que pudesse de fato colaborar com o cotidiano dos trabalhadores. Sendo assim, elegemos como método a **Cartografia**.

A cartografia emerge como um método valioso dentro dos processos da

pesquisa-intervenção (Paulon, Romagnoli, 2010; Passos, Barros, 2012). Ao adentrarmos na discussão do método cartográfico iremos notar que não há separação entre conhecer e fazer, entre pesquisar e intervir há de se considerar que “toda pesquisa é intervenção” (Passos, Barros, 2012).

O objeto, o pesquisador e sua produção de conhecimento emergem concomitantemente durante o processo de pesquisa. O saber vem do fazer. Há, portanto dentro da perspectiva do método cartográfico um rompimento com os padrões do modelo positivista de pesquisar, principalmente o de neutralidade do pesquisador.

A análise de implicação coloca-se como um conceito - ferramenta importante neste processo (Paulon, 2005). Sendo necessário admitir que sou afetado por tudo que desejo afetar. Isto provoca deslocamentos e sugere inversão do pensamento socrático-platônico onde a fórmula “conhecer para transformar” torna-se “transformar para conhecer” (Rocha, Aguiar, 2003).

A relação entre o objeto de pesquisa e o pesquisador é sempre dinâmica, e esta relação é que determinará os caminhos da pesquisa, sendo assim uma produção do grupo. A pesquisa é portanto ação, transformação social, análise das forças sócio- históricas e construção (Rocha, Aguiar, 2003).

A cartografia coloca-nos que toda pesquisa tem que ter uma direção clínico-política¹, pois a clínica também é uma prática política, ela visa transformar a condição dos homens, pois ao colocarmos uma direção clínico - política estamos tentando construir saídas do *socius*, o qual tenta o esvaziamento das subjetividades (Gondar, 2004). Sendo que toda prática clínica também é uma intervenção, intervenção “geradora de conhecimento” (Passos, Barros, 2012).

O conhecimento emerge dentro de um jogo, sempre a favor de agenciamentos produtivos. Podemos considerar por agenciamento um conjunto de relações materiais e de signos, composição de corpos que se afetam mutuamente (Barros, Kastrup, 2012). Estes trabalham tentando desarticular discursos instituídos³, práticas engessadas, tenciona. Ora estabiliza, ora desestabiliza. Os discursos instituídos resultam de uma ação *instituinte*, servem para organizar as atividades da vida coletiva, contudo tem tendência a permanecerem “estáticos e imutáveis”. Já o termo *instituinte* são os processos mobilizados por forças produtiva-desejente-revolucionária, que constroem as instituições ou transforma-as, como parte de um devir das potências e materialidades sociais (Baremlitt, 2002).

Enfim, este método exige do pesquisador um compromisso ético-estético, não cabe ao pesquisador-cartógrafo antecipar o caminho, antes deve estar atento às nuances deste processo. Não se esquecendo de sua implicação, seus desejos, suas curiosidades (Paulon, Romagnoli 2010).

A cartografia é um método proposto por Deleuze e Guattari (1999), é uma ferramenta de investigação, que possibilita abarcar complexidades. Deleuze e Guattari (1999) fazem referência à cartografia como um método rizomático. A concepção de rizoma faz alusão à botânica, pois ele vai se desdobrando em forma indefinida, não hierarquizada, abre-se em multiplicidade. Não tem começo ou fim. É formado por múltiplas linhas e vai conectando pontos, formando assim o princípio da conexão e da heterogeneidade, pois um ponto do rizoma pode estar conectado a qualquer outro.

Também como princípio do rizoma, temos o da multiplicidade, não existe unidade e sim múltiplas linhas sobre um plano. O de ruptura, onde qualquer ponto do rizoma pode ser rompido e depois reconectado a qualquer linha. Diferencia também a cartografia do decalque, pois o decalque é algo fixo, estrutural, da ordem da reprodução. Já o rizoma é um mapa aberto, desmontável, reversível, pronto a modificações constantes. O modelo de rizoma irá servir como orientador do olhar cartográfico (Deleuze, Guattari, 1999).

E assim como nos coloca Barros e Kastrup (2012), cartografar é acompanhar processos, ou seja, ela tem como desafio o “acompanhamento de processos inventivos e de produção de subjetividades”. Ao acompanhar processos e aproximar subjetividades, torna-se um plano aberto onde o pesquisador/cartógrafo é desafiado a traçar um mapa, este que vai sendo traçado/desenhado à medida que se apresentam os processos, as conexões. Buscam-se através da cartografia, situações cotidianas, processos complexos, movimentos.

Importante destacar que ao falarmos de “processo” devemos diferenciar *processamento* que é algo do campo das regras de um método de *processualidade*, esta sim, ideia central da cartografia, pois o território a ser pesquisado já está em movimento, há um processo em curso, e devemos percorrer este território com atenção e sensibilidade. O caminho da cartografia não separa passos, é um movimento contínuo, atravessado por acontecimentos não previstos, a *processualidade* está presente em todas as etapas da pesquisa. Isto justifica também nossa escolha pela utilização do termo produção de dados ao invés de

coleta de dados nesta pesquisa (Barros, Kastrup, 2012).

Tendo em vista que através da cartografia é possível investigar um processo de produção, neste caso, a produção de cuidado em saúde. Elegemos a cartografia enquanto método para esta pesquisa sobre o cuidado do jovem em CAPS AD por entender a complexidade deste campo e por acreditar que ele se adéqua ao nosso objetivo. Pois a cartografia emerge com uma “via de passagem para intensidades, afetos e experiências presentes na produção de cuidados em saúde” (Martines, Machado, Colvero, 2013).

E através da cartografia é possível mapear paisagens psicossociais (Martines, Machado, Colvero, 2013). Isto pode ser observado através dos trabalhos de variados autores que tem se utilizado da cartografia enquanto metodologia para estudos no campo psicossocial. Dentre eles podemos destacar os de Caçapava (2008), Colvero (2010), Gonçalves (2009), Leal (2010), Martines (2011), Mororó (2010).

A cartografia pode até ser compreendida como um método, porém ela não traz procedimentos já consolidados e nem apresenta formas prescritivas de fazer ciência, não se encontra fórmulas prontas, mas podemos encontrar pistas para praticá-la (Romagnoli, 2009; Kastrup, Barros, 2012).

Uma pista que utilizaremos e que gostaríamos de destacar é a do funcionamento da atenção durante o trabalho de campo, descrita por Kastrup (2012). Ao adentrar o campo de pesquisa nos é apresentado vários elementos e cabe ao cartógrafo selecionar quais destes seriam necessários focalizar sua atenção, para que não haja dispersões. A autora então descreve quatro variedades do funcionamento atencional: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento (Kastrup, 2012).

O rastreio é como que um movimento que procura, de varredura do campo em busca de pistas, sendo necessário sempre ao cartógrafo estar preparado às variações e mudanças contínuas de suas metas. O toque é como que uma leve sensação de algo que se destacou dentre os elementos observados e exige atenção. O pouso indica uma parada, reconfigura-se a atenção para um campo em especial, como que se abra-se uma janela. O reconhecimento atento forma-se como um “ponto de interseção entre a percepção e a memória”, sendo um circuito entre conhecer e reconhecer, a percepção se amplia para destacar contornos do objeto (Kastrup, 2012).

Assim como dito anteriormente a cartografia acompanha processos e produz subjetividades. E enquanto método a cartografia requer “procedimentos encarnados em dispositivos” (Kastrup, Barros, 2012). Mas como se dá a produção de subjetividade? Podemos considerar que a produção de subjetividades seja a principal função de um dispositivo. Mas o que seria um dispositivo?

Para explicá-lo tomaremos o conceito de Foucault (1982), que considera um dispositivo, um conjunto heterogêneo, formado por discursos, leis, instituições, enfim, o dispositivo é uma rede de elementos. Tomando este conceito a cartografia vai entender que o dispositivo é composto de linhas, de várias naturezas, as quais se destacam: linha de visibilidade, linha de enunciação, linha de força e linha de subjetivação. São estas linhas que traçam processos. As primeiras linhas são linhas de “ver” e “falar” (visibilidade e enunciação), quer dizer que a cada momento histórico existem “camadas de coisas e palavras” (Kastrup, Barros, 2012).

As linhas de forças são do domínio do pode-saber e conduzem as coisas e as palavras à luta constante. E as linhas de subjetivação são os modos de existir, elas produzem subjetividade e podem servir como linha de fuga para as forças estabelecidas pelas instituições (Kastrup, Barros, 2012).

Acreditamos que durante o processo do grupo focal possam emergir vários dispositivos compostos dessas várias linhas, cabe à pesquisadora - cartógrafa desembranhar estas linhas, utilizando estes dispositivos na produção de subjetividade e no acompanhamento dos processos, pois o dispositivo libera aquilo que estava bloqueado, movimenta, desloca, produz agenciamentos (Kastrup, Barros, 2012). Ao pensar a metodologia cartografia, Paulon e Romagnoli (2010), apresentam algumas características deste processo:

- Ela intervém na realidade mais do que interpreta. “A interpretação converte-se em autoanálise”
- As variáveis encontradas na intervenção tornam-se dispositivos - analisadores.
- O conhecimento técnico deve ser despido de todo especialismo que ao transmutar-se seja alavanca para autogestão.

E isto é exatamente o que buscamos neste trabalho, levar as equipes dos serviços processos de autoanálise e favorecer a autogestão. A autoanálise e a autogestão são processos que ocorrem simultaneamente e de forma articulada, pois

a autoanálise implica em protagonismo da coletiva produção de saber a partir dos seus problemas e necessidades cotidianas e simultaneamente ele precisará se auto-organizar, ou seja, entrar em processo de autogestão. Esperamos que durante este percurso da pesquisa a equipe possa se articular e construir os “dispositivos necessários para produzir” (Baremblytt, 2002).

Por coletivos entendemos como sendo um plano relacional, superando o ponto de vista dicotômico indivíduo - sociedade, como se estes fossem opostos, coletivo não é só uma somatória de pessoas, parece nos melhor à ideia de rede. Deleuze diz de uma multiplicidade para além do indivíduo junto à sociedade, campo de intensidades e afetamentos (Escóssia, Kastrup, 2005).

Para Baremblytt (2002) os processos de autoanálise e autogestão não significam que aquele coletivo/comunidade não necessita do conhecimento de experts, antes o expert pode favorecer e muito nestes processos, porém este não deverá produzir conhecimento só em centros acadêmicos, mas sim entrar em contato direto com esses coletivos, numa posição horizontal, trazendo potência, estando verdadeiramente integrado com estes processos.

Portanto, é necessário potencializar a equipe, fazer eclodir novas maneiras de saber e fazer. Lembro-me de uma frase de autor desconhecido “na prática a teoria é outra”. Então qual será esta teoria que buscamos? Como favorecer e produzir isto que propomos? Buscamos uma teoria, ou podemos chamar de um “estado de teorização” que vem da experiência ou do processo da experimentação do cotidiano na prática dos profissionais, estimulados a produzir um conhecimento coletivo.

E por fim gostaríamos de finalizar este capítulo falando sobre a experiência de cartografar como uma habitação de um território existencial (Alvarez, Passos, 2012). Romagnoli (2009) propõe pensarmos que cada pesquisador e objeto de pesquisa habitam um “meio”, um território, que é marcado por conexões, relações, estratificações, e estes devem ser capturados pelo método cartográfico.

Segundo Paulon e Romagnoli (2010), Ao colocarmos a cartografia com a pesquisa-intervenção temos o entendimento de território como algo movente, pronto a se fazer e se desfazer. Entendendo o território como algo movente já citado acima, ele tem modos contínuos de funcionar, ela se territorializa, desterritorializa e reterritorializa, o papel do pesquisador-cartógrafo é ser um intercessor, trabalhando nestes processos e também nas passagens de um território ao outro.

O conceito de território para Deleuze e Guattari (1999), é algo para além de

um espaço físico, é plano de pensamento e desejos. É como o sujeito delimita seu espaço vivido. O território é um local com personagens e paisagens, que tem seu próprio ritmo. Ele também está sempre em processo de construção, ele é um lugar de passagem, de fluxo (Haesbaert, Bruce, 2009; Alvarez, Passos, 2012).

Assim também podemos desterritorializar, ou seja, abandonar territórios, ou reterritorializar é o movimento de desconstrução do território, sendo estes processos indissociáveis (Haesbaert, Bruce, 2009).

Cartografar é sempre compor um território existencial e também engajar-se nele, sempre se colocando na condição de aprendiz, com disponibilidade para a experimentação. Pois para cartografar necessita-se ambientar-se em espaços (Alvarez, Passos, 2012).

Lançamo-nos então ao desafio de traçar um plano comum, que consiste em investigar territórios e subjetividades, se dá quando formulamos pistas para o método, desafiando sempre a manter este plano heterogêneo, dentro de um mundo repleto de singularidades e heterogêneos como é nosso campo de pesquisa (Kastrup, Passos, 2013). Mas não nos esquecendo de que durante o caminhar é possível nos depararmos com o inesperado, exigindo de nós então sempre uma postura de abertura e flexibilidade.

5.2. CENÁRIO DO ESTUDO:

O cenário do nosso estudo é o CAPS AD III Itaquera, que pertence a Secretária Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, Coordenadoria Regional de Saúde Leste - Supervisão Técnica de Saúde Itaquera. Sua administração não é de forma direta, ou seja, pela Prefeitura, é terceirizada para uma Associação Filantrópica conveniada com a Prefeitura, desta forma os profissionais não são concursados e sim possuem contrato formal de trabalho pela Consolidação de Leis do Trabalho (CLT).

O CAPS AD está inserido no território de Itaquera. Itaquera é um distrito da zona leste da Cidade de São Paulo-SP. Tem uma população estimada em pouco mais de 500 mil habitantes e área geográfica total: 55,30 km² (Observatório Cidadão Nossa São Paulo, 2006). A região de Itaquera é composta por quatro distritos: Cidade Líder, Itaquera, José Bonifácio e Parque do Carmo.

Itaquera é considerada um bairro dormitório, pois a maior parte da população

trabalha no centro da cidade e adjacências. É formada pelas classes C e D. Falar em Itaquera é falar em sinônimo da zona leste. E assim como outros bairros periféricos a região sofre com a superlotação dos transportes públicos, enchentes e com as altas taxas de criminalidade (Junior, Vilas, 2010).

Em 2006, 5,47% dos adolescentes residentes nesta região envolveram-se com ato infracional, sendo um dos três piores índices da cidade de São Paulo, ao lado da região Sé e Campo Limpo. Piores índices de desemprego 11,60% em 2012, principalmente entre os jovens de 16 a 29 anos, 14,64% taxa média de desempregados em 2012 (Observatório Cidadão Nossa São Paulo, 2006).

De acordo com os dados da Secretária Municipal de Saúde (SMS) atualizados em maio/2014, rede assistencial de saúde de Itaquera é composta por 12 AMAS, um Hospital Geral, um Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), um CAPS infantil, um CAPS adulto, um Serviço de Assistência Especializada (SAE - DST/AIDS), 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um CAPS álcool e drogas, o qual foi o cenário do nosso estudo.

O CAPS AD Itaquera teve seu início no ano de 2008, surge como um CAPS AD II. Foi instalado em um prédio onde iria ser uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que não havia sido implantada, o prédio pertencia à Prefeitura. Houve grande discussão na comunidade em torno da implantação do CAPS, muitos moradores não queriam um CAPS AD ali, queriam a UBS, mas houve uma mobilização da associação de moradores do bairro que acabou permitindo sua instalação.

Entretanto, a localização do prédio, por ser dentro de uma comunidade, não facilitava o acesso de usuários de outras regiões de Itaquera, acabando por atender mais pessoas de outros bairros com quem fazia divisa.

Mas em 2013 foi um ano de muitas mudanças para o CAPS AD II Itaquera, pois neste ano houve a proposta da secretaria para transformar o CAPS AD II Itaquera em CAPS AD III, ou seja, 24 horas, com a proposta dos leitos para desintoxicação. Sendo assim, foi necessária a mudança de local do CAPS AD, pois o espaço era pequeno. Assim, o CAPS AD mudou de prédio, para um prédio com estrutura ampla, onde funcionava anteriormente um sindicato. A mudança trouxe o CAPS AD para um local mais central de Itaquera, com fácil acesso a ônibus e ao metrô, o que ocasionou o aumento no número de usuários atendidos, principalmente dos usuários adolescentes. Outro fator desencadeador do aumento dos usuários foi a ampla divulgação do tratamento em CAPS AD, o apelo midiático em torno dos

usuários de crack e as internações, a pressão da internação como dever do estado.

Em 2013, o CAPS AD II Itaquera muda também de gerência, pois a gerência atual é convidada a implantar outro CAPS AD na região vizinha. E a equipe de enfermagem é ampliada para atender as necessidades de um CAPS AD III.

A equipe atual é composta por 59 Profissionais nas seguintes funções: 01 Gerente de Serviço, 01 Assistente Administrativo, 04 Auxiliares de Escritório, 09 Enfermeiros, 14 Técnicos de Enfermagem, 03 Assistentes Sociais, 02 Terapeutas Ocupacionais, 07 Psicólogos, 03 Médicos Psiquiatras, 01 Clínico Geral, 02 Farmacêuticos, 02 Técnicos de Farmácia, 01 Educador Físico, 01 Orientador Social, 02 Redutores de Danos, 02 Oficineiras, 04 Auxiliares de Serviços Gerais e 01 Copeira.

O prédio é amplo, possui diversas salas para atendimentos em grupos e atendimentos individuais, assim como tem espaço para oficina e refeitório, sala de t.v, espaço para convivência e apresentações com um palco. Além de oferecerem nove leitos para acolhida noturna, sendo que são seis leitos masculinos e três leitos femininos.

A grade de atividade é composta por grupos terapêuticos específicos para dependência (álcool, outras drogas e tabaco), oficinas (artesanatos em geral, jornal, materiais recicláveis, mosaico e canto coral), atividades físicas (caminhada, alongamento, relaxamento, vivências corporais e esportes no Parque Raul Seixas), grupo de música, grupo de mulheres, grupo de saúde, grupo de homens, grupo de tabuleiro (dama, dominó, xadrez, pimbolim e ping-pong), grupo de família (matutino e noturno), grupo melhor idade (usuários com mais de 60 anos), grupo de psicodrama, grupo Fundação Casa (adolescentes que são internos na Fundação Casa), grupo de adolescentes e grupo aberto (noturno para os usuários que trabalham).

Como indicativo do funcionamento do CAPS AD III Itaquera, temos como exemplo, dados representativos de um mês típico de funcionamento. A saber, no mês de Janeiro de 2015, o CAPS AD III Itaquera atendeu 360 pacientes, dentre estes 73 usuários, tem entre 15 e 29 anos. Sendo realizadas 3.133 ações, que incluem grupos, consultas, atendimentos individuais, etc.

5.3. PRODUÇÃO DE DADOS: A CAIXA DE FERRAMENTAS E A POTENCIALIDADE DO ENCONTRO COM O OUTRO.

Acreditamos que o conhecimento é algo que se dá no encontro, no coletivo. A produção de dados desta pesquisa foi sendo construída no encontro desta pesquisadora com os diversos elementos, os encontros com os trabalhadores, as observações no campo, as impressões e sensações que foram se apresentando em sua caminhada pelo território da pesquisa.

A pesquisadora - cartógrafa neste momento, saiu a campo munida de suas expectativas - inquietações e de sua caixa de ferramentas, pronta para utilizá-las. Merhy (1997) fala que a caixa de ferramentas contém um conjunto de tecnologias de um trabalhador, são desdobramentos materiais e não materiais, que monta, desmonta, quebra e constrói.

Como ponto de partida e principal ferramenta elegeu-se como técnica o grupo focal. Consideramos esta uma técnica privilegiada para este tipo de estudo. Acreditamos que os encontros ao serem grupais, proporcionam uma maior interação para que se dê a produção de dados. O grupo focal pode ser considerado como uma entrevista em grupo.

Para Dias (2000) o objetivo do grupo focal é identificar percepções, sentimentos, atitudes e ideias dos participantes sobre um determinado assunto. Porém em pesquisas exploratórias ou no caso como é este estudo, de caráter interventivo, o grupo focal possibilita a geração de novas ideias ou hipóteses, estimula o grupo.

Além do que em grupo estas novas ideias são imediatamente testadas pela opinião ou a reação de outros participantes, sendo que também uma terceira pessoa poderá modificar essa ideia tornando-a mais acessível (Dias, 2000).

Para a constituição e condução dos grupos focais, utilizamos os referenciais descritos por Dias (2000) e Backes (et al, 2011). Sendo assim, o grupo deveria ter como sua composição uma parcela representativa de profissionais do CAPS AD, os participantes devem sentir-se confortáveis para participar das discussões. Como critério de inclusão buscamos profissionais que estivessem diretamente ligados (ou que tivessem interesse) no cuidado dos jovens no serviço, de preferência que no grupo houvesse profissionais de diferentes categorias e como critérios de exclusão: aqueles profissionais que não aceitaram participar da pesquisa ou que estivessem

de licença ou férias no período.

Sendo assim os grupos focais foram realizados em três encontros e contou com a presença de uma moderadora (a pesquisadora) e uma observadora. Os encontros tiveram a duração média de 90 minutos cada, aconteceram em uma sala de grupo dentro do próprio serviço, pois era o local mais adequado em relação a espaço e acústica, onde também foi possível alocar os profissionais sentados em círculo promovendo uma maior interação de olhares e proximidade. Ao final de cada grupo, moderadora e observadora dispunham de um tempo para trocas, onde a observadora entregava suas anotações e discutíamos sobre a dinâmica do grupo, sobre as principais demandas, identificando as fragilidades e potencialidades na buscando aprimorar a condução dos próximos encontros.

Visando uma condução apropriada do grupo e adequada aos objetivos do estudo. Elaboramos um roteiro flexível, com tópicos relacionados ao tema de investigação a ser visto no (ANEXO I).

Participaram desta pesquisa oito profissionais, cada um deles profissional de uma categoria: assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, educador social, recepcionista e redutor de danos. Não foi possível a participação de nenhum profissional da categoria médica, pois a única médica que participava das reuniões de equipe estava no período de férias.

A maior parte dos profissionais tinha entre 19 e 30 anos (5), um com 31, outro com 34 e outro com 42. Na questão da escolaridade, quatro profissionais tinham formação superior e possuíam pós-graduação e quatro profissionais tinham ensino médio completo. A maioria trabalha no CAPS AD há menos de um ano, e o profissional que trabalha lá a mais tempo tem 05 anos de tempo de serviço. O trabalho no CAPS foi a primeira experiência em dependência química de todos os profissionais. Assim como é a primeira experiência da maioria em serviço público. Somente um profissional mantém dois empregos, trabalha no CAPS e em outro serviço.

Não houve uma escolha específica por CAPS AD, afirmam trabalhar no CAPS porque surgiu à oportunidade, mas a maior parte referiu gostar de trabalhar neste serviço, sendo que um trabalhador respondeu que está “aprendendo a gostar”. Como maior desafio de atuação na área, destacam os seguintes pontos: Lidar com pessoas e personalidades difíceis; lidar com os pacientes – comportamentos/reações; o território onde se localiza o serviço facilita o uso;

condições sociais precárias dos pacientes; desconhecimento das redes de serviços no território; uma falta estrutura do sistema para atender melhor aos usuários.

Para a operacionalização dos grupos, foi acordado com a gerente que a melhor forma seria nas sextas-feiras pela manhã, que é o mesmo horário que acontece as reuniões de equipe, pois era o único momento em que a maior parte da equipe encontrava-se ao mesmo tempo no serviço. Pois o trabalho técnico é realizado em dois turnos, uma parte matutina e outra vespertina, além da equipe de enfermagem que trabalha no noturno, por ser um CAPS 24 horas, mas esta equipe foi de difícil acesso para este estudo. E segundo a gerente, este era o único horário possível que não atrapalharia o andamento das atividades do CAPS. Sendo assim concordei, mas fiz o pedido para que os encontros pudessem ser feitos de forma continua, toda semana, por três semanas, para uma melhor continuidade das ideias.

No primeiro encontro esclareci os objetivos da pesquisa, os trabalhadores leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II), e também responderam a um questionário de caracterização da equipe, o que nos possibilitou o conhecimento sobre quem era aquele grupo, suas experiências e impressões (APÊNDICE).

Neste primeiro encontro reuni-me com apenas cinco profissionais, pois no mesmo dia em que havia sido agendado o início da pesquisa, estava acontecendo uma capacitação na Entidade coordenadora do CAPS AD, que não tinha sido prevista, sendo assim uma parte dos profissionais que haviam se disposto a participar da pesquisa tinha sido deslocado para esta capacitação. Para iniciarmos o grupo houve um tanto de demora na organização dos profissionais para estarem na sala, situação que nos remete a pensar como é difícil para o serviço ter que lidar com um algo a mais, parece que já estão carregando um peso e eu, a minha pesquisa era uma coisa a mais a ser feita no mundo das inúmeras tarefas cotidianas daquele CAPS.

No princípio do grupo, senti os trabalhadores tímidos, inibidos, mas já era esperado para um primeiro encontro. Inicio apresentando a temática da juventude, alguns pontos do referencial teórico da pesquisa e busco saber sobre o conhecimento deles sobre o tema. Prossigo com o roteiro e procuro conhecer como é a organização do cuidado naquele CAPS AD e como ele é prestado aos jovens.

Durante o grupo por duas vezes pessoas necessitaram ausentar-se, o trabalhador Mário saiu duas vezes, ele foi solicitado para atender algumas

demandas, a trabalhadora Joana saiu uma vez para atender um caso de um adolescente psicótico trazido pela Fundação Casa. Ressalto estes acontecimentos, pois para além do discurso da fala, a dinâmica comportamental e interacional no grupo nos dizem muito a respeito deste cotidiano de trabalho.

Neste caso, reflete que neste cotidiano as demandas de urgência e crise são constantes e que frequentemente os trabalhadores deixam seus afazeres momentâneos para dar conta delas. No caso, neste horário em que estava acontecendo o grupo focal estaria sendo realizada a reunião de equipe, mesmo assim os trabalhadores por vezes ausentam-se deste momento de reflexão, que a nosso ver é de extrema importância para não recorrermos às práticas automatizadas. Esta dinâmica foi confirmada também através de falas dos trabalhadores e observações feitas pela pesquisadora durante as observações de campo.

Ao final deste primeiro encontro foi solicitada à equipe a eleição de um caso para discussão no próximo encontro, um caso que fosse “típico”, de acordo com os seguintes critérios: jovem entre 15 e 29 anos, que estivesse a mais de seis meses matriculado no serviço, inclusive que estivesse frequentando no momento atual e que tivesse passado pela intervenção de mais de três profissionais.

Não houve demora na escolha do caso, o caso eleito foi o do jovem o qual utilizarei o pseudônimo de “Ninja”. Naquele mesmo dia, conheci Ninja, o usuário eleito para a discussão, foi uma boa coincidência, pois necessitava recolher sua assinatura para o termo de consentimento (ANEXO III). Acabara de sair de uma consulta médica, estava com seu pai, assinou o termo sem dificuldades, seu pai ficou feliz por ver que estavam querendo melhorar o cuidado de seu filho.

No segundo encontro o fluxograma analisador foi utilizado como mais um item de nossa caixa de ferramentas. O fluxograma analisador é uma ferramenta proposta por Merhy (1997), ele nos permite conhecer como é montada uma cadeia de processos no cuidado em saúde.

O fluxograma analisador permite um olhar sobre os fluxos existentes no momento em que a assistência é prestada. Busca-se na memória da equipe (o prontuário também poderá ser consultado) os registros dos passos dados pelo usuário nos diversos espaços do serviço. É um processo lúdico, onde cada trabalhador vai se percebendo dentro do processo de trabalho, movimentos vão sendo descobertos, revelações. Percebe-se nitidamente o caminho do usuário no

serviço.

O fluxograma interroga os *Para que?* *O que?* e os *Como?* dos processos de trabalho, levando a equipe a uma postura reflexiva e de responsabilização coletiva. Além de que consegue traduzir os processos de trabalho de forma visível e partilhável com todos (Reis, David, 2010).

O fluxograma é representado na forma de um diagrama, utilizando-se de símbolos, o eixo central em nosso caso é o usuário, ou seja, o caso de um jovem eleito pela equipe, embora possa ser utilizado também com grupos específicos.

O fluxograma é um diagrama composto por uma sequência de símbolos universalmente padronizados (elipse, retângulo, losango, quadrado e setas) ele vai delineando a cadeia produtiva de um determinado modo de organização. Por meio desta ferramenta analisadora captam-se não só os fluxos de atendimentos ao usuário do serviço de saúde, mas também as relações interpessoais que aí se produzem, expressando assim a subjetividade no processo de trabalho.

Neste encontro a equipe produziu o fluxograma referente aos processos de cuidado de Ninja, foi colocado a disposição da equipe o prontuário do usuário para facilitar a memorização de sua trajetória, no entanto um dos participantes que era também técnico de referência do usuário, prendeu-se muito as anotações, mesmo sendo esclarecido que não haveria necessidade de ater-se ao prontuário e que as impressões e até mesmo as sensações que o usuário causava na equipe eram dados importantes, porém o técnico limitou-se aos registros, tornando a discussão pouco interativa.

Entretanto o restante do grupo colaborou com este movimento, permaneceram em silêncio durante boa parte da leitura dos registros. Enquanto moderadora provocava o grupo a falar, foi percebido pela pesquisadora, que o grupo indiretamente sinalizava com seu silêncio, é que a palavra deveria estar com técnico de referência uma vez que “tecnicamente” falando é ele quem tem ou deveria ter domínio sobre o caso, como se houvesse uma hierarquia bem estabelecida e acordada entre eles, somente e quase ao final do encontro, depois de mais estímulos por parte da pesquisadora, falaram sobre os conhecimentos que tinham a respeito do caso, fazendo assim a palavra circular entre eles.

No terceiro encontro refletimos sobre o encontro anterior, levei a folha de papel pardo onde estava o desenho do fluxograma. Neste encontro, observamos uma interação maior entre os participantes. Colocaram-se com uma postura mais

crítica em relação ao trabalho, seria fruto da análise do fluxograma? Surgiram falas de desabafos, críticas... mas também de potencialidades, de ideias para mudanças. Finalizo o grupo com relatos de sentimentos e impressões. Todos avaliaram a experiência como produtiva e saíram com muitas inquietações.

Além dos encontros, foi também realizada a observação dos elementos do cotidiano institucional, e sabendo que o objeto de estudo eram os processos de trabalho, o trabalho em equipe a fim de captar subjetividade e intensidades, priorizei estar... observar alguns espaços por onde mais transitam a equipe, a recepção, a sala de equipe, o posto de enfermagem...vamos dizer que são locais restritos aos técnicos, ou que tem maior concentração de profissionais. Durante todo o seu percurso de pesquisa, a pesquisadora - cartógrafa registrou como foram os encontros, as observações, suas impressões e anseios em um diário de campo, o que colaborou na produção e escrita das narrativas desta dissertação.

Saio destas primeiras aproximações, ou podemos chamar deste momento de rastreio com esta equipe, com um olhar ampliado para sobrecarga de trabalho, pois vejo como ela retira a luz dos profissionais, deixando-os cansados e de repente tudo fica automatizado, há espaço para a subjetividade?. Fui para este encontro consciente das afetações que certamente ocorreriam, mas ao final quando pego minha caixa de ferramentas e me retiro deste cenário, reflito... tomo uma dose de motivação para prosseguir com meu objetivo, é necessário lançar luz a subjetividade destes profissionais, ou seja, o que eles produziram nos encontros, no cenário de práticas profissionais e da vida.

A produção de dados foi realizada no período do mês de Setembro de 2014. Os encontros grupais foram gravados, garantindo a privacidade dos participantes, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II). Assim como, utilizei nomes fictícios na escrita da dissertação.

Atendendo as especificações da Resolução nº466/12, de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido na Plataforma Brasil à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária de Saúde do Município de São Paulo (CEP/SMS), sua aprovação encontra-se no parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Plataforma Brasil (ANEXO III).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1. MONTAGENS E DESMONTAGENS: A QUESTÃO DA ANÁLISE E O NASCIMENTO DO RIZOMA.

Rizoma

Um corpo que se reduz não vê outro
 Na arte que conduz a aliança do ser
 De lado a lado caminhar, ao outro afetar.
 Com as dores, cores e sabores.
 A linha da vida aumentar.
 De um corpo que desenha no seu existir
 Das marcas no corpo a se movimentar.
 Com passo, ritmo atrelado, rizoma formado.
 Do corpo coletivo, múltiplo, agenciado.
 Na abstrata linha de desterritorialização
 Da aliança sem começo e sem fim.
 E o medo de ser, perder!
 No encontro com o outro, a busca de se conectar.
 Cartografar, olhar, andar, sonhar,
 Sem devir não há!
 O movimento que subjetiva o meu olhar
 Sem o peso do decalcar,
 De um eu, dos “eus”
 Dos nossos!
 Nos ossos, peles e rugas,
 Ao corpo visível acabar.
 E o ser que consome em abstrato, inato,
 Perpetuar!
 Na visita d’outro território
 E a vida sair a bailar!
 Nos laços, pequenos passos,
 Rizomando a vontade amar!
 Com a vida, o outro, o múltiplo e o diferente.
 A essência do sentimento,
 Na cor, raça, nos seres...
 O devir de poder ser e continuar!

Antônia Antunes Gomes

Para Rolink (1989) a tarefa do cartógrafo é “dar língua para afetos que pedem passagem”. E neste momento minha tarefa coloca-se então em encontrar uma linguagem, uma forma de comunicar, de mostrar ao mundo todos os afetos capturados durante minha estada no CAPS AD e nos meus encontros com os profissionais.

A mesma autora vai dizendo que os modos e os procedimentos que o cartógrafo utiliza, não são o que merece destaque, pois a teoria do cartógrafo se “faz juntamente com as paisagens cuja formação ele acompanha” (Rolnik, 1989).

Assim como, para Barros e Barros (2013) a análise em cartografia não requer um “padrão fixo” de procedimentos metodológicos, nem sequência. Antes o que o cartógrafo deve buscar é a “atitude”, isso sim definirá e diferenciará a análise cartográfica de outros tipos de pesquisas ou metodologias. Esta atitude, seria a busca por uma postura de problematização, onde o pesquisador possa voltar-se a si mesmo e interrogar sua própria pesquisa.

Além do que não existe uma etapa em que a análise ocorre, pois ela é realizada a todo o momento durante o processo da pesquisa (Martines, Machado, Colvero, 2013).

A análise em cartografia, pode se dizer que também se transforma em dupla análise, pois ao mesmo tempo em que analisa os dados, o pesquisador-cartógrafo analisa sua própria pesquisa, assim da mesma forma não busca uma neutralidade e objetividade, busca a análise de implicação, ou seja, o que o afetou, o que o tocou. A análise em cartografia, busca a multiplicidade, a proliferação de sentidos.

A cartografia, assim como a pesquisa cartográfica comporta a heterogeneidade. É possível se ter diversos modos de pensamento, e fazeres. Enfim, a busca é pela multiplicidade.

Considerando isto, a pesquisadora - cartógrafa coloca-se diante de seus dados e começa a explorá-lo. Para tanto, o conteúdo dos encontros em grupos foram gravados e transcritos na íntegra, lidos e relidos repetidas vezes. O fluxograma desenhado no papel pardo toma vida, e a primeira forma representacional que vem a mente da pesquisadora é a de um quebra cabeças, parece que são inúmeras peças que necessitam ser juntadas. É um trabalho árduo, mas aos poucos a pesquisadora-cartógrafa percebe que o agrupamento de dados não faz sentido, pois os afetos e as intensidades contidas nos relatos pedem passagens muito amplas, passagens que necessitam ser construídas, inventadas.

Deparo-me com o caráter inventivo da Cartografia (Martines, Machado, Colvero, 2013), e inicio um então um processo de montagem e desmontagem dos dados. O que era antes, um relato de caso, vira narrativa. De acordo com Passos e Barros (2012, p.162), as narrativas podem utilizar-se de uma desmontagem, e falam:

“A dissolvência é a experiência de desmontagem do caso, a sua desestabilização geradora de fragmentos intensivos, de partículas de sentido que se liberam, que são extraídas do caso. O caso molar se moleculariza, sua forma dá passagem às forças que o habitam.”

Através da narrativa construída a partir do caso relatado pela equipe, foi possível ver que ele se configurava em um agenciamento de enunciação, que a partir dele era possível ver o plano coletivo. Através da desmontagem, percebeu-se que suas partículas ligavam-se a outras. Constituindo-se um plano de fluxos heterogêneos e múltiplos. A tarefa estava em encontrarmos os pontos de conectividade

A apresentação da produção de dados foi construída a partir da perspectiva do Rizoma. Pois não mais eram peças a serem juntadas, mais sim pontos, pontos de conectividade sem pretensão de linearidade, mas aberto a multiplicidades.

O rizoma é um conceito proposto por Deleuze e Guattari, e já foi definido por nós no capítulo referente à metodologia, pois a cartografia é um método rizomático. Mas, neste momento será necessário aprofundarmos um pouco mais, para que o leitor entenda a escolha deste sistema. Pois é um sistema aberto, não começa nem conclui, sem início e sem fim. Não tem uma estrutura definida, a todo instante ganha novas formas. (Deleuze, Guattari, 1999)

Existem seis princípios que norteiam a constituição de um Rizoma:

1º e 2º Princípios - Conexão e Heterogeneidade: Há portanto conexão por todos os lados. Qualquer ponto pode se ligar a outro promovendo a heterogeneidade. A conexão pode ocorrer por contato ou contágio. Tudo se relaciona com tudo. E não se restringe a linguagem, mas a liga-se a processos econômicos, políticos, etc.

3º Princípio- Multiplicidade: Não existe a unidade, um sujeito ou um objeto. As aberturas para o rizoma são múltiplas. As multiplicidades são linhas que estão sempre em expansão, há várias verdades e não uma verdade única.

4º Princípio- Ruptura a-significante: propõe a quebra de conceitos rígidos e verdades únicas. Os conceitos devem ser criadores de novos conceitos, serem flexíveis, podendo ser quebrados e ressignificados.

5º e 6º Princípio- cartografia e de decalcomania: o rizoma não tem um modelo estrutural, é um mapa aberto. Cartografia de processos mutantes, ao contrario do decalque que representa uma imagem fixa. Embora o mapa e o decalque não sejam opostos, a fixação do pesquisador no decalque representa perigo, já que um decalque pode paralisar um rizoma.

A forma rizomática da construção da Narrativa- caso Ninja é um convite ao leitor a mergulhar na história e ligar-se durante o percurso as seis linhas de conexão destacados nesta pesquisa:

Conexão 1. O CAPS de portas abertas para os jovens.

Conexão 2. Os dispositivos para o cuidado das diferentes demandas da juventude.

Conexão 3. Fluxograma analisador fervilhando processos de autoanálise.

Conexão 4. Desafios-Dificuldades em relação aos processos de trabalho: território de controvérsias.

Conexão 5. Tecendo a rede.

Conexão 6. Sentimentos, diversos fluxos e intensidades no cuidar.

6.2. NARRATIVA - CASO NINJA

O leitor deve estar curioso com a escolha do pseudônimo Ninja. Sua escolha foi proposital. Ninja foi o pseudônimo que o próprio jovem escolheu para si, denominando-se Ninja em um dos episódios em que chega ao CAPS AD em crise. Foi me relatado pelos recepcionistas do CAPS que o jovem chega ao CAPS com sua roupa íntima por cima da calça, mascarado, trazendo um cabo de vassoura nas costas, dizendo que ele era um Ninja e aquela era sua espada. Para além de ter sido uma situação cômica e tensa para a equipe, acredito que este pseudônimo traz uma carga simbólica interessante, vamos explorá-la.

A figura ninja, por sua natureza misteriosa e sincrética foi tomando o imaginário popular, principalmente o japonês, sendo que muitos mitos e contos são criados entorno dela. Também tem seu espaço na cultura global, pois ganha

personagens em livros e desenhos infantis. Conta-se que os ninjas surgiram de famílias humildes que precisavam se defender a qualquer custo de guerreiros. Então foram adquirindo habilidades de guerra e desenvolvendo um estilo único.

Os ninjas eram considerados como agentes secretos no Japão Feudal. Ao contrário dos Samurais, que tinham um código de conduta e honra, um ninja utiliza-se de modos não ortodoxos para o combate. Entre suas habilidades míticas estão o poder de invisibilidade, o andar sobre as águas e até o controle sobre elementos da natureza.

Reconhecidos também por sua especial capacidade de se infiltrar, utilizando armadilhas, armas ocultas e inteligência. Sua filosofia de vida é denominada de “ninjutsu” e seus princípios são a adaptação, a liberdade e a perseverança.

Portanto, convido ao leitor, adentrar nesta narrativa-caso deste jovem, que assim como fazem os ninjas surpreendeu a equipe com suas aparições inesperadas. Ela tem como enfoque os procedimentos/intervenções que o jovem Ninja, demandou do serviço, ou seja, sua trajetória terapêutica dentro do CAPS AD. Quem nos relata a história do jovem Ninja é Mario, seu técnico de referência no serviço. O jovem Ninja tem na época da realização deste estudo 22 anos. Chega ao CAPS AD sozinho, em Novembro de 2013. Seu primeiro atendimento é realizado por um técnico, uma Terapeuta Ocupacional, que estava de plantão.

Traz consigo um encaminhamento do Hospital Geral da região, no qual estivera internado. Ninja nega uso de drogas, mas o profissional percebe algo de diferente em Ninja e cogita ser um quadro alucinatório. Sendo necessária uma melhor avaliação, o plantonista encaminha o Ninja à enfermaria e é agendada a consulta médica para o início do mês seguinte, pois já possuía medicações trazidas da internação pregressa.

Pausa. Aqui se faz necessária nossa primeira conexão, a conexão com o conhecimento sobre o funcionamento e o modo de organização do serviço.

6.2.1. Conexão 1: O CAPS de portas abertas para os jovens.

Ao adentrar o CAPS AD, após passar pela recepção, vamos ser acolhidos pelo plantão técnico, dispositivo do qual Ninja utilizou-se várias vezes. O plantão técnico aparece como principal ordenador-organizador do modo de operar deste

CAPS AD.

Obviamente o acolhimento não é exclusividade deste CAPS, pois o funcionamento no modo “portas-abertas” é uma premissa do Ministério da Saúde para todos os equipamentos CAPS, significando que a qualquer momento e sob quaisquer condições o indivíduo deve ser acolhido pelo CAPS, com encaminhamento ou por demanda espontânea, de acordo com as diretrizes do SUS de universalidade e acessibilidade. Pois estas diretrizes são a garantia do indivíduo ter acesso a todos os serviços de saúde, inclusive os contratados pelo poder público. Saúde é um direito do cidadão.

Para os CAPSAD III, esta prerrogativa encontra-se registrada na Portaria nº130, de 26 de Janeiro de 2012, Seção I, art.6, parágrafo I, onde diz que o CAPS AD deve “trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar” (Brasil, 2012).

No CAPS AD III Itaquera o plantão é realizado durante a semana por um profissional de nível superior, há um revezamento entre os técnicos, cada um tem seu dia determinado de plantão a depender do período de sua equipe, matutino ou vespertino. O plantão destina-se a realizar o primeiro atendimento ao usuário, o que é denominado de “acolhimento”, assim como realiza reavaliações para usuários que permaneceram por um período afastados do CAPS e desejam retomar o tratamento. Realiza também orientações gerais aos usuários e familiares que necessitam de um atendimento imediato e se encarrega de lidar com as demandas espontâneas e inesperadas, tais como crises e/ou conflitos entre usuários.

“ele chega e primeiramente vai até a recepção... se ele nunca fez nenhum tratamento sobre álcool e drogas a gente vai abrir uma fichinha de cadastro pra ele e ele vai passar no plantão, no atendimento ou psicólogo... ou assistente social ou Terapeuta Ocupacional... quem tá no plantão que ele vai passar por atendimento... tem uns que já chegam intoxicados e passa lá no atendimento... faz a escuta... depois o familiar entra também tirando dúvidas... depois é encaminhado para a enfermagem... aí a enfermagem vai avaliar o paciente... vê todos os sinais vitais dele” (Aline).

“para mim a parte do plantão eu acho que é uma das mais importantes quando o paciente chega... porque ali é a hora do primeiro contato dele e ele vai ver que às vezes não é nem convencer, ele vai ver se ele quer ou se ele não quer se ele tem o perfil se ele... perfil de cada atividade que ele vai participar em grupo se ele quer realmente este tipo de tratamento... se ele concorda com as regras... com as normas... ele vai ler o contrato e vai assinar... vai entender como funciona todo o CAPS, o profissional vai ver qual o perfil dele qual atividade que ele pode

participar ou não eu acho que ali quando ele chega que é o mais importante já que é pra ver se é isto mesmo que ele quer” (Jackson).

É no atendimento pelo plantonista que ocorre um primeiro esboço do chamado Projeto Terapêutico Individual (P.T.I.), ou seja, a partir do acolhimento o técnico plantonista e o usuário acordam sobre os dias e as atividades que participará no CAPS.

“é onde é montado o projeto... singular... individual... levando em conta esse perfil... tanto as necessidades quanto as possibilidades do usuário de frequentar o CAPS... pode frequentar intensificado, às vezes não pode por questões financeiras... afirma que só pode vir uma vez por semana que é a condição dele e a gente monta um projeto com este perfil... e aí... existem grupos que são porta de entrada no caso o acolhimento e se o indivíduo que o acolhimento é vespertino ou matutino ele pode escolher de acordo com as possibilidades dele e caso o indivíduo trabalhe e não possui horário durante o dia ele pode vir no grupo aberto que é um grupo a noite na segunda-feira e também é um grupo porta de entrada e tem essa demanda de pessoas que desenvolvem atividades durante o dia e não conseguem vir...” (Mário).

Surge no contexto do plantão à primeira diferenciação no cuidado ao jovem, especificamente do adolescente, que é a primeira aparição do discurso **“o jovem como prioridade”** o qual nos acompanhará em diversos momentos desta trajetória, nos trazendo inúmeros questionamentos e controvérsias.

Deparo-me com esta questão no momento em que a gerente me apresenta o serviço, e conta-me que o jovem é prioridade naquele serviço, desde o início, ou seja, em sua entrada no serviço, realizada no plantão, os adolescentes tem prioridade no atendimento e todos os encaminhamentos dentro do CAPS são antecipados para esta população. Aponta que o público adolescente é de difícil adesão no serviço, sendo então necessário aproveitar aquele momento em que ele está ali e está querendo se tratar e já fazer todos os agendamentos. Da mesma forma a equipe durante o nosso primeiro encontro, relata sobre esta atenção diferenciada.

“eles já tem a atenção diferenciada desde o início... eles têm prioridade tanto com médicos... enfermagem... atendimento individual...” (Mário).

“sim, em atendimento para o plantão sim... ai lá no plantão através da conversa, da escuta, vai ser tudo antecipado” (Aline).

Questionados sobre os motivos desta prioridade aos jovens, mas especificamente aos adolescentes, dizem não saber ao certo, supõem que se deve ao fato da prevenção de agravos.

“Boa pergunta... é... talvez pensando que agindo mais cedo ou o quanto antes o prognóstico é melhor” (Mário).

“ou quando o uso tá de início... pouco tempo de uso, então é mais fácil de você manejar tentar contornar a situação né...” (Aline).

Pode-se observar uma divergência entre os motivos alegados pela gerente e a equipe, todos os motivos são relevantes para a condução do cuidado destes usuários, entretanto nos permitem ver e pensar sobre a comunicação entre os membros desta equipe.

Aparecem também outros perfis de usuários que também possuem prioridade e/ou antecipação nos atendimentos, que são os com sintomas psicóticos e os egressos de internação psiquiátrica.

“...porque aqui no CAPS os adolescentes tem prioridade então se o adolescente vai ser acolhido no plantão é o único paciente...o adolescente e o egresso que a gente já marca avaliação inicial... médico...avaliação de enfermagem... tem prioridade [...] independente do estado dele já tem prioridade... mas também pacientes psicóticos a gente acaba sempre atendendo...”(Joana).

Para outros usuários há uma restrição quanto à marcação de consultas, pois é esperado um tempo para adesão deste usuário no serviço. Como parte do Projeto Individual do usuário, ele é encaminhado do plantão para frequentar o “grupo de acolhimento”, o qual frequentará semanalmente com o objetivo de ser mais bem avaliado e dar sequência ao tratamento, sendo encaminhado a outras intervenções.

“ai se a gente entende que ele adere... aderir é várias semanas consecutivas, ai ele vai ser encaminhado para agendar lá na recepção consulta psiquiátrica... avaliação de enfermagem e uma avaliação inicial e ai a gente também pensa no perfil deste indivíduo para também encaminhar para esta avaliação inicial, porque ele vai fazer ou com um psicólogo ou com assistente social ou com terapeuta ocupacional vai muito da demanda dele ali... e ai este profissional que faz a avaliação inicial vai se tornar o técnico de referência desse usuário e ai ele fica como responsável...” (Mário).

Outra demanda que surge para o plantonista principalmente em relação à adolescência é o manejo com a família. Relatam que é frequente a ida de pais em busca de orientação a respeito do uso de drogas e comportamentos de seus filhos adolescentes, ou ainda pais que trazem seu filho para acolhimento, partindo dos pais a demanda por tratamento e não dos filhos.

Isto se relaciona com os questionamentos sobre quais são os critérios estabelecidos para se caracterizar um indivíduo como dependente, principalmente se este indivíduo está na fase da adolescência. O quanto os comportamentos considerados inadequados pelos pais se relacionam com o uso de drogas, ou são característicos deste período da vida? Ou até mesmo motivados por outros fatores, como por exemplo, conflitos no ambiente familiar ou escolar. Porém para a maioria dos pais o uso de drogas toma maior visibilidade. Cabendo aos profissionais a missão de desmistificar algumas ideias e orientar adequadamente.

“...as mães também vem aqui muito desesperadas sem saber o que fazer não sabe também se é só o uso de uma maconha de um lança-perfume ou se envolve outros tipos de drogas que a transformação do paciente é variável [...]tem muitas mães que vem mais para uma orientação primeiro vem para ser orientada como trazer ele, como sensibilizar dentro de casa... como agir nesta situação... e depois trazer o paciente...pra fazer o atendimento com o paciente, já sabendo um pouco do caso do paciente” (Aline).

“Porque a adolescência ela é por si só uma fase de descobertas, de questionamentos e acho que não só neste contexto, mas em outros contextos os pais não sabem lidar muito bem com a adolescência, tem uma dificuldade muito grande e às vezes é isso a pessoa chega aqui e não tem esse esclarecimento em relação a substâncias psicoativas, em relação ao consumo, ela acha que às vezes a gravidade é muito séria e a gente quando vai avaliar percebe que não, e vice e versa também os pais acham que é tranquilo e é muito sério, mas existe sim uma dificuldade muito grande dos genitores com este período da adolescência e eles vêm aqui buscar ajuda...” (Mário).

A procura pelo tratamento raramente surge espontaneamente dos adolescentes, em sua maioria a demanda é de outros, como da família e outros serviços públicos, e isto se coloca como desafio durante todo o processo de tratamento, principalmente para o profissional que faz o acolhimento do jovem.

“...porque quando eles vem contra a vontade, ou é por ordem judicial, ou pelo abrigo, ou pela fundação casa ou por um familiar ou responsável, mas também existem casos de adolescentes que vem nos procurar por livre espontânea vontade o que eu acho que as vezes é até mais fácil de manejo que é quando a pessoa vem por vontade própria que aquilo faz sentido pra ela ...”(Mário).

“e essa questão da judicialização é muito ruim... porque é isso... ninguém é maior que o poder judiciário... então ninguém pode falar não para o judiciário... então todos tem que atender... que nem no PROAD a gente tinha um grupo de adolescentes e que foi feito um estudo da demanda do adolescente para o serviço do PROAD e quem vinha com a demanda era os pais então... por ser menor de idade o adolescente não podia ficar sozinho junto com os técnicos... então os pais tem que entrar fazer junto a entrevista... então foi feito um estudo de... os residentes lá da época falaram... ele vai vir... então ele vai ter um atendimento individualizado comigo...os pais... você quer ser escutado... você vai ser escutado em outro espaço... num grupo de família... num atendimento individual... por outro técnico... por que vem muito... chegava adolescentes lá que nossa *“mãe você não falou que ia me levar num espaço x o que que é isso aqui”* tipo o cara nem sabia que estava sendo levado para um serviço de álcool e drogas... porque a família está nesta dinâmica que a gente super entende não culpabiliza... a família...”(Kim).

Pode se constatar que existem três principais demandas no CAPS AD em relação aos adolescentes, são elas: os adolescentes usuários de drogas que diferentemente dos outros usuários, não são encaminhados para o grupo de acolhimento mas diretamente para o grupo de adolescentes; os adolescentes usuários de drogas e que apresentam comorbidades e permanecem em atendimentos individuais; e outra demanda de adolescentes, são os adolescentes envolvidos em atos infracionais, internos na Fundação Casa, o pedido por tratamento vem por via judicial.

A apresentação do tema juventude e a compreensão sobre ela trazida pela pesquisadora-cartógrafa foi tido como novidade pela equipe, mas foi aos poucos fazendo sentido. A equipe traz relatos sobre esta compreensão, dizem que de fato esta seria uma população que merecia ter uma prioridade no cuidado, uma vez que teria possibilidades de um melhor prognóstico, em que os danos causados pelo uso de drogas não estariam crônicos.

“... na minha concepção aqui faz sentido essa importância do jovem porque é mais fácil trabalhar com quem está iniciando do que com quem já está cronicado com 60 anos... e trabalhar para que ele não chegue lá nesse ponto... faz sentido priorizar o jovem nesse contexto...” (Mario).

“acaba focando em casos que são intensivos... que são os casos graves... que é o que a gente vê... tem pacientes que estão aqui há anos... que são alcoolistas crônicos e estão aqui todos os dias sendo vistos por todos os grupos e todo mundo e as pessoas mais jovens que teriam... e não... e fica só focado nesses casos graves...” (Joana).

Evidenciou-se que equipe do CAPS considera como adolescentes os indivíduos até 18 anos e os demais indivíduos-jovens tem atividades em conjunto com as demais faixas etárias, tanto adultos quanto idosos. Continuando nossa

busca por conhecer como é feito esse cuidado, vamos à próxima conexão para conhecermos as estratégias de cuidados para os jovens.

6.2.2. Conexão 2: Os dispositivos para o cuidado das diferentes demandas da juventude.

Como principal dispositivo de cuidados com os adolescentes a equipe me apresenta **o grupo de adolescentes**, que tem este mesmo nome. O grupo de adolescentes acontece semanalmente à tarde.

“eles têm grupos... só deles né...” (Aline).

“específico, atividades mais lúdicas como musica... as atividades físicas” (Mario).

O grupo de adolescentes é realizado por dois psicólogos e destina-se prioritariamente a jovens menores de idade.

“mas quando eles ficam maiores de idade eles já são encaminhados para outros grupos, outros projetos, só grupo de adolescente ele vai até os 18 anos, às vezes pode se estender e a gente vê quem tem perfil para continuar ali... mas se a gente pudesse determinar uma regra seria até os 18...” (Mario).

Sobre as características do grupo:

“é aberto... atualmente dois psicólogos fazem o grupo e nos últimos tempos tem uma pesquisadora que eu acho que vocês conhecem que é a Graziela que está participando é então assim é um grupo mais verbal onde as vezes a gente traz opção para eles escolherem o que vai ser trabalhado as vezes a gente abre para eles escolherem o que eles querem as vezes a gente monta passeios com eles tanto por entender que é uma demanda interessante para eles ou eles trazem essa demanda de fazer um passeio seja um museu uma exposição... mais é bem dinâmico não é muito engessado não...” (Mario).

Sobre a circulação de adolescentes no CAPS, relatam que alguns adolescentes frequentam também outros grupos no CAPS AD, grupos que são tidos por eles como atividades lúdicas que são: a caminhada, as atividades esportivas no CECCO da região, oficinas e o grupo de música.

“existe no grupo de adolescentes, no grupo de música, adolescentes em CECCO, adolescente e oficina...” (Mario).

“caminhada... tem a caminhada de manhã dia de segunda-feira... é porque tem uns que não querem e tem uns que querem participar de todos os grupos então é que nem vai de paciente para paciente... é muito relativo” (Aline).

A escolha pela estratégia de atendimento em grupos de adolescentes gera diversos tensionamentos, o principal deles é: quem vai para o grupo? Para os profissionais a convivência com os pares pode não ser benéfica, então se inicia um processo de separação e classificação dos perfis dos adolescentes, como uma tentativa de proteção.

“é porque às vezes também é um psicológico de um adolescente normal e de um adolescente que foi pra Fundação por ter feito alguma coisa é diferente aí às vezes o convívio que eles tem entrem si eles conversam então às vezes a conversa não é a mesma acho que devido por isso também é por isso a separação...” (Aline).

“isso é muito relativo... mais no caso quanto mais novo maior a preocupação então às vezes ele não é nem incluído no grupo, mas é incluído em atividades individuais... atendimentos... quando a gente entende que talvez o grupo possa agregar coisas que não são positivas, questão que acontece também a gente tem este cuidado mais é... de fato é muito relativo.” (Mário).

“então o Mário teria mais propriedade porque o grupo é a tarde e eu trabalho até as duas e eu nunca vi estes jovens participando do grupo eu só atendo estes individuais apesar de quando foi pensado quem participaria do grupo ou não é porque a grande maioria dos adolescentes que participam do grupo estão fazendo uso e por isso atendo aqueles que não estão fazendo uso que não tem envolvimento nenhum com o tráfico, porque quem participa do grupo normalmente está fazendo o uso... por exemplo de maconha ou de cocaína, de crack de lança e tem envolvimento com o tráfico por isso que a gente tem que ter um cuidado na hora de fazer o acolhimento desse adolescente para ver se é válido inseri-lo neste grupo ou fazer atendimento individual ...”(Joana).

Questiono também acerca do outro grupo, o grupo que eles denominam de “grupo Fundação Casa”. Este grupo é exclusivo para os adolescentes que estão internos na Fundação Casa, e tem como objetivo criar vínculos com os adolescentes, porém após sua saída da Fundação os adolescentes em liberdade podem frequentar o grupo de adolescentes.

“sim é separado... existe sim” (Aline).

“daí quando eles saem, eles vêm para o grupo de adolescentes” (Jackson).

“já teve um que saiu ontem e já veio... saiu da Fundação estava segunda-feira no grupo e ontem já veio para o atendimento individual pra refazer o projeto porque o projeto é diferente fundação com um projeto de um adolescente... aí já fez o projeto e ele deu início ao tratamento” (Aline).

Questiono sobre os sentidos deste atendimento, se eles acreditam que o atendimento é efetivo para esta população que encontra-se encarcerada, e os profissionais reafirmam a importância do vínculo:

“...acho que sim principalmente no sentido que eu vejo o maior é o vínculo porque quando eles saem da Fundação Casa eles vão cumprir medida socioeducativa de liberdade assistida (L.A) e faz parte também do L.A frequentar o CAPS, então eu acho que independente dessa parte da dependência química eu acredito que é o vínculo porque eles gostam que eles saem de lá eles vem... criam um vínculo bom...” (Joana).

“a gente trabalha bastante com os adolescentes que vem da Fundação né... às vezes a gente pergunta por que você está aqui... você pediu para a sua técnica... o juiz que pediu... a maioria... é os técnicos ou indicação do juiz... entrou na fundação vai ter que participar do CAPS porque faz uso e tal... e aí a gente tenta começar a fazer um trabalho com eles de entender o que é o CAPS... o que é esse serviço... ou até desconstruindo.. porque talvez naquele momento não seria uma espaço para eles... a gente fala para eles “pelo uso que você fazia ou pela vontade que você tem nem é para que você esteja aqui”... mais enfim... é uma determinação maior né... que não dá para você fazer a negativa disto... então vamos usufruir desse espaço de um melhor jeito... e as vezes o melhor jeito é a gente promovendo uma dinâmica... as vezes nem falando tanto da questão da drogadição... as vezes falando da Fundação Casa que eles trazem muito... ah a gente sabe que é um sistema opressor... e tudo mais né... a gente sabe de toda a história... e por não ter lá esse espaço de fala de escuta nesse sentido.. eles as vezes se sentem a vontade algumas dificuldades... confrontos... e afins... sobre essas questões... então é isso... vamos fazer uma atividade escrita... vamos desenhar... vamos fazer alguma coisa que não necessariamente esteja atrelada a questão do álcool e drogas... porque as vezes... tem uns que estão há um ano na Fundação... um ano e pouco na Fundação e naquela unidade a gente sabe não entra... porque em alguma a gente sabe que tem alguns meios... mais naquela unidade a gente sabe que não dá que não entra... então o menino está lá um ano e meio abstinente querendo ou não... forçadamente ele está abstinente ali... então qual é o sentido né...” (Kim).

O grupo Fundação Casa acontece sempre no final de tarde, a escolha pelo horário foi motivada pelo fato dos adolescentes serem acompanhados por escolta policial, o que causa incômodo a outros usuários do CAPS, sendo este então o período menor fluxo de usuários circulando pelo CAPS.

Continuam falando dos incômodos:

“...o que incomoda bastante é de não ser... não vir deles a demanda do tratamento... mas vir de alguém que determina por ele e que ele tem que cumprir... porque se ele não cumprir ele é punido por isso... vai ficar mais tempo na

Fundação... vai pegar várias medidas por culpa disso... isso é bem complicado... mais de algum jeito a gente tenta fazer um outro trabalho... mais a gente não acredita”(Kim).

A determinação judicial para o tratamento seja do adolescente interno na Fundação Casa ou do adolescente cumprindo medida sócioeducativa, e/ou por outras causas, mostrou-se como uma linha dura de caráter hierárquico que atravessa a equipe, sendo um tema recorrente e gerador de desconforto para esta equipe.

Nesta mesma direção as autoras Scisleski e Maraschin (2008), pesquisaram acerca da trajetória de jovens internados em hospitais psiquiátricos por determinação judicial, discutiram sobre a relação entre os campos médico e jurídico no atendimento ao público juvenil.

Destacam que a questão da disciplinarização da população pobre juvenil é algo que fez parte de momentos históricos no Brasil, e que por muitas vezes as estratégias de cuidado podem se mostrar estratégias de controle. Ou seja, o encaminhamento no caso desta pesquisa, a internação ganha duplo-sentido: por um lado acesso ao serviço e de outro serve de punição. As autoras referem que este tipo de encaminhamento paralisa articulações possíveis na vida do jovem. Ao que parece não paralisa somente o jovem, mas no nosso caso, o profissional também se vê refém da situação, obrigado a atender e fazer sua prática ter um sentido que na realidade não existe.

“dentro de uma organização hierárquica que se criam os fluxos nas relações interinstitucionais de modo que, dentro desta articulação, surgem núcleos que exercem poder sobrepujando outros saberes. E quem está cada vez mais afastado desse núcleo são aqueles a quem tais regulamentações se destinam: os jovens” (Scisleski, Maraschin, Silva, 2008, p.348).

Outra população que exige dos profissionais uma atenção e manejo diferenciados, são os jovens que apresentam algum tipo de comorbidade.

“agora mesmo eu tive que sair do grupo mais por isso... eu estava com um jovem agora psicótico também eu atendo um jovem que tem deficiência cognitiva leve com transtorno de conduta atendo dois também que tiveram na verdade parada cardio respiratória por overdose de lança então eles também tem uma deficiência cognitiva importante também...” (Joana).

“esses casos em atendo todos individualmente ainda mais porque eles não estão fazendo uso de nada mais, então a gente tenta antes de indica-lo para o grupo ou

não a gente sempre avalia se o grupo vai ser produtivo, estar em grupo de jovens que fazem o uso tem ligação com o tráfico então atendo individualmente esses jovens...tem adolescentes e mais tem jovens também com vinte e um anos e aí a proposta dos meus atendimentos por exemplo em minha categoria profissional é sempre de tentar explorar o território é encaminha-los para a rede principalmente para atividades culturais... educacionais.. .mas é uma dificuldade imensa por que a maioria deles quase todos tem que estudar ou que os que estudam mas das 10h ao 12h mais pela inclusão social que pela escola mesmo né então é bem complicado e eles não aceitam a maioria deles não querem fazer nada querem continuar em casa e a família acaba também virando co-dependente também acaba fazendo tudo por eles regride muito esta relação e acaba ficando uma superproteção... tem um não tem facebook não tem contato com mais nenhum amigo e acaba ficando em casa junto com essa avó e não aceita sair... então proponho várias atividades no território, ofereço mas eles ainda não tem autonomia para poder usar disso”(Joana).

Mediante as delimitações apresentadas pelos profissionais, percebemos que cada “perfil” de adolescente tem seu grupo ou sua forma de ser atendido. Abro o questionamento para reflexão do leitor: as questões apresentadas pelos profissionais, ou seja, as características que determinam onde aquele adolescente irá permanecer, ou que grupo irá frequentar, são realmente protetoras? Ora, uma vez que estes mesmos adolescentes, traficantes ou não, em uso ativo ou não, apresentando uma deficiência/comorbidade ou não, pertencem aquele território, podendo ser colegas na escola e até vizinhos.

Resguardar o contato com o outro dentro do CAPS, é benéfico ou não? Talvez promover espaço de troca com outros adolescentes possa ser benéfico, é coloca-lo diante da alteridade. Poder conhecer a vivência de um adolescente que está dentro da Fundação ou envolvido com o tráfico possa ser interessante para que se reflita nos benefícios e prejuízos destes envolvimento. Na rua não há esta possibilidade, não há reflexão. A reflexão é ferramenta potente nos grupos em CAPS, senão o que o diferenciaria da rua? Ou de um centro de convivência qualquer, ou de um clube?

Interessante notar que a droga circula em ambientes coletivos, ela propicia interações sociais e laços de pertencimento. O tráfico também enquanto organização promove ao jovem um reconhecimento social, jovens se aproximam do tráfico em busca de status e ostentação. Reconhecimento que lhes foi negado por outras instituições como a escola e a família. A droga questiona o modo individualista da sociedade atual, coloca-nos diante do desafio de tornarmos os serviços de saúde mais atrativos do que aquilo que o tráfico promove (Scisleski, Maraschin, 2008).

Diante disso cabe a nós refletirmos sobre a nossa conduta, para não deixarmos cair num viés moralista e individualista imposto pela sociedade capitalista e negar o contexto social no qual se insere o jovem de hoje.

Retornando ao caso...

Retornamos ao caso de Ninja, que após o primeiro atendimento retorna ao CAPS nove dias depois, e novamente é atendido em plantão. O profissional percebe Ninja em crise, com fala desconexa, agitado. Neste atendimento é refeito seu Projeto Terapêutico Individual (P.T.I.), ou seja, é agendado para participar de dois grupos no CAPS, a saber, o grupo de acolhimento e o grupo viver melhor. O grupo viver melhor destina-se a atender usuários que apresentam comorbidades psiquiátricas, principalmente sintomas psicóticos.

Ninja, então, participa pela primeira vez do grupo de acolhimento, verbaliza que deseja terminar logo o tratamento, pois precisa trabalhar. Mário salienta que este é um discurso fixo de Ninja *“não posso fazer tratamento, pois eu preciso trabalhar”*, mas desde então ele nunca trabalhou, fez alguns “bicos” antes de sua última internação, mas ao receber dinheiro fez o consumo de drogas, desorganizou e a família fez pedido por internação. Neste mesmo dia, solicita alteração de seu projeto, alegando que estava permanecendo um período longo fora de casa, a profissional que realizou o atendimento na época chega a refletir com ele sobre seu reestabelecimento da saúde, mas ele argumenta, e pela primeira vez relata que cuida do pai que tem uma deficiência visual, e seu projeto é então restringido a um grupo, o grupo de acolhimento.

Retorna ao CAPS duas semanas depois na data da consulta com o psiquiatra, comparece desacompanhado de algum responsável. Relata ao psiquiatra que mora com o pai e com os irmãos, e que estudou até a quinta série. Relata uma detenção recente e uma internação também. O psiquiatra percebe discurso inconsistente e levanta a hipótese de que o paciente está em uso irregular da medicação. Descreve a sintomatologia: desagregado, risos imotivados, agitação psicomotora, primeira hipótese diagnóstica CID X - F19.5. Agenda retorno em dez dias e propõe discutir o caso com o técnico de referência.

No mesmo dia Ninja participa do grupo de acolhimento, a profissional do grupo percebe o paciente desorganizado, risos despropositados, dificuldade para participar do grupo, retira-se antes do término.

Quinze dias depois aparece novamente Ninja no CAPS, passa pelo técnico de plantão, alegando que está prestes a conseguir um trabalho e pede para que alterem seu projeto. O projeto é alterado, participará do grupo aberto, grupo noturno destinado a usuários que tem limitações de horários, principalmente porque trabalham durante o dia.

Ao que parece Ninja resiste em manter uma frequência no CAPS como o estabelecido, ele não participa dos grupos, aparece esporadicamente. Ficando assim o seu atendimento a cargo do plantonista, e como cada dia tem um plantonista diferente, vão sendo estabelecidas condutas mais baseadas na fala de Ninja, do que provindas de um raciocínio terapêutico, levando em consideração sua história e seu quadro atual de desorganização. Percebe-se que Ninja transborda e escorrega por entre os buracos que vão aparecendo na organização do acolhimento do CAPS. Quem não mantém frequência no grupo de acolhimento acaba não tendo uma assistência mais “amarrada” ou continua.

Poucos dias depois passa por nova consulta psiquiátrica, mas desta vez traz seu pai. Um pouco mais de sua história é revelada. Conta que fazia uso de drogas desde os 18 anos, um pouco antes de ficar detido. Permaneceu encarcerado por dois anos (dos 18 aos 20 anos), aos 18 anos iniciou uso de cannabis e depois uso de cocaína, (uso esporádico de cocaína e mais frequente de cannabis). Na detenção fez uso diário de cannabis e fez também uso de LSD (Dietilamida do Ácido Lisérgico). Depois da saída da detenção manteve-se abstinente, usando apenas tabaco.

Participa da festa de final de ano no CAPS, uma vez mais do grupo noturno e volta a participar em Fevereiro do ano seguinte, mês que Mário inicia seu trabalho no CAPS. Durante a descrição do caso, o técnico Mário prende-se nos relatos do prontuário, justifica até então não ter propriedade do caso de Ninja, pois não fazia parte da equipe nesta época, os outros participantes do grupo também não se manifestam. Neste momento questiono se Ninja até então há quatro meses no serviço, não tinha técnico de referência, e a resposta do grupo foi que não, pois Mário só assumiu o caso como referência em abril. Questiono sobre como é feita a escolha do técnico de referência. Mário não se recorda, supõe que como ele

também era o técnico que realizava o grupo aberto (noturno) tinha contato com Ninja, dispôs-se assumir o caso.

Mas James explica:

“...o Ninja não tinha técnico devido a esses surtos, a gravidade do caso, queria pular subir a escada lá da frente, daí foi discutido esse caso na reunião, e aí foi onde entrou o Mário na história para referenciar ele, porque estava solto... aí o Mário assumiu a referência, neste dia ele foi internado, neste surto ele foi internado no Hospital... a gente levou em reunião... e o Mário pegou esta responsabilidade...” (James).

A equipe relata que normalmente o técnico de referencia é quem realiza a avaliação inicial do usuário, esta é agendada com o profissional pelos técnicos que realizam o grupo de acolhimento de acordo com o perfil do caso. Como Ninja escapou aos protocolos, permaneceu um longo tempo sem técnico e podemos dizer também sem norte ou estratégias terapêuticas de condução do caso. Percebe-se também que um dos motivos de seu caso ser levado em discussão na reunião geral, foi pelo fato de ter comparecido no CAPS em crise e/ou surto naquele dia, sendo que neste mesmo foi internado no setor da psiquiatria de um Hospital Geral.

O caso de Ninja começa a ganhar visibilidade e algumas intervenções técnicas começam a ser realizadas. A assistente social realiza uma visita domiciliar, não encontra a família em casa, mas solicita a uma prima que avise o pai de Ninja que ela esteve lá e que peça para que eles compareçam ao CAPS para falar com ela. Comparecem para atendimento social o pai e uma irmã de Ninja que é menor de idade, relatam que tem mais um irmão na casa que trabalha como autônomo, mas raramente auxilia financeiramente a família. O pai de Ninja, que é deficiente visual, cozinha com dificuldade, a filha auxilia pouco, pois tem pouca idade, a renda da família é proveniente de um Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/LOAS), do pai e do programa bolsa família, mas este encontra-se bloqueado. Mediante a situação de vulnerabilidade da família, faz encaminhamentos para o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

Após a saída da internação, Ninja comparece ao CAPS acompanhado pelo genitor, é atendido pelo plantonista. Plantonista refaz seu P.T.I., agenda atendimento individual psicológico, mas percebe que Ninja está agitado e convoca um enfermeiro para atendimento compartilhado, Ninja refere então que não gosta de tomar um dos medicamentos e é orientado sobre a medicação.

Ninja comparece ao grupo, mas encontra-se em surto e é encaminhado à enfermaria onde é medicado. O caso volta a ser discutido em reunião e então Mário diz que assumi a referencia do caso. Neste momento a pesquisadora fica confusa, retoma o fluxograma e indaga quando foi realmente que ele assumiu o caso como referência? Mário também parece confuso, contradiz a fala do seu colega que anteriormente havia dito que ele havia assumido a referência no dia da internação, ele explica que percebe pelos registros do prontuário que até aquele momento ele acompanhava o caso, mas assumir como referencia foi nesta reunião de equipe. Uma pausa. Neste circuito frenético passando por vários profissionais e um pensamento surge: porque é tão difícil se responsabilizar pelo cuidado? Sinto-me também sem referência.

Durante a discussão em equipe, surge a estratégia de colocar Ninja como “fracionado”, ou seja, que sua medicação seja administrada no CAPS pelos técnicos de enfermagem e para isto seu P.T.I. deve ser intensificado, deverá comparecer ao CAPS todos os dias. A estratégia não funciona, Ninja não comparece ao CAPS, insiste no discurso que precisa trabalhar.

Existe uma tendência a se valorizar mais a realização de procedimentos, ou seja, a sua quantificação ao invés de se investigar se o mesmo produziu ou não saúde, se houve realmente reabilitação, qual foi sua eficácia e se realmente atuou para minimizar o desconforto das pessoas.

Neste sentido, enfatiza-se que a defesa da vida é um componente obrigatório do campo de responsabilidades do profissional de saúde. É necessário um real enfrentamento desta situação, sendo necessária uma quebra deste padrão de subjetividade e práticas, que mais se importam com a técnica do que com o usuário (Campos, Campos, 2006).

Ninja reaparece no CAPS em crise, desorganizado. Não se consegue dialogo com Ninja. Novas hipóteses diagnósticas surgem. A psiquiatra do dia e a psicóloga plantonista pensam na possibilidade de Ninja permanecer em acolhimento noturno. Mas Ninja sobe no parapeito da escada, vai escalando, acreditando que pode voar, se coloca em risco. Mário é chamado para tranquilizar Ninja. A equipe avalia que não é possível que Ninja permaneça em acolhimento noturno, devido aos riscos. No dia seguinte, retorna ao CAPS do mesmo modo, dois psicólogos fazem sua contenção, e é levado para a médica psiquiatra do dia. Mário e ela conversam e decidem solicitar internação involuntária de longa permanência. A psiquiatra faz o

pedido da vaga à regulação da prefeitura. Mas este processo costuma demorar alguns dias.

Neste dia Mário passa o dia oferecendo continência ao usuário, percebe que tem bom vínculo com o usuário. Volta a participar de grupos, mas recusa-se a permanecer com projeto intensivo no CAPS e tomar as medicações. Ninja argumenta com Mário, dizendo que tem compromissos, responsabilidades, que o impossibilitam de estar ali, tais como lavar roupa, fazer comida para o pai e cuidar do cachorro que é um grande amigo dele. Pausa. Esta fala prende minha atenção, fica claro, é lógico! Esta fala denuncia as coisas que verdadeiramente são importantes para ele, que são elementos reais de seu cotidiano. Pode até ser que devido ao seu estado de confusão mental não consiga estar fazendo isto, mas o que é que importa? Há desejo real nesta fala de se comprometer com o cotidiano. Isto nos faz refletir se não recorremos a práticas iatrogênicas disfarçadas. Perigo. Esta fala me afeta, enquanto profissional coloco-me em alerta. Questiono. O que realmente faz sentido: permanecer no CAPS todo dia e tomar medicação, ou cuidar do meu dia-a-dia? É preciso fazer sentido.

Faz-se necessário estarmos atentos aos nossos modos de operar, para não incorremos a lógica manicomial. A lógica manicomial é passível de ser reproduzida em qualquer espaço. Ela não se detém ao espaço físico do manicômio. A lógica manicomial opera todas as vezes que nosso modo de agir colabora para a exclusão das pessoas, mesmo que a intenção seja de tratá-la (Kinoshita, 1996). Atenção! Ela pode sutilmente retornar ao nosso cotidiano, mesmo no cotidiano de profissionais de defendem o movimento antimanicomial. Cabe-nos diferenciar as formas de cuidar: as que são necessárias das que invalidam e sufocam a subjetividade de trabalhadores e usuários.

Ninja continua argumentando com Mário, diz que não tem condições financeiras para vir ao CAPS todos os dias, pois não havia recebido seu bilhete único especial, para ter acesso gratuito ao ônibus, mas compromete-se a fazer um teste e frequentar o CAPS diariamente assim que recebesse o bilhete.

Permaneceu por algum tempo vindo em atividades, cerca de cinco dias, aparece novamente no CAPS com um cabo de vassoura que ele acreditava ser a espada dele, a plantonista tenta intervir, mas encontra dificuldade, Ninja está muito arredio. O caso mobiliza todo o CAPS, os funcionários da recepção ficam assustados. Sai a vaga para a internação em um Hospital Psiquiátrico. Ninja

necessita ser contido, não queria ir. Após um mês e dez dias internado Ninja evade-se do hospital. Mário é avisado um dia depois, tenta contato telefônico e descobre que Ninja chegou em casa no mesmo dia que saiu do Hospital. Mário pergunta a Ninja se pode ir a casa dele fazer uma visita, ele permite, mas impõe como condição que Mário vá sozinho, sem enfermeiros. Mário percebe que o vínculo com o usuário ficou prejudicado. Vai à casa de Ninja, mas não encontra ninguém em casa.

Depois de alguns dias Ninja comparece ao CAPS, sozinho, passa por consulta médica, Mário lê o relato em prontuário:

“fugiu do Hospital, não está tomando medicação, relata que todos os sintomas que ele vinha apresentando eram simulação porque ele queria se aposentar, fala que o dia da internação foi muito traumático, conta detalhes, fica receoso que isto possa se repetir, portanto tem resistência em frequentar a unidade” (Mário).

Ninja retoma sua dinâmica, comparece ao CAPS em crise, encontra-se desorganizado, tinha feito uso de maconha. Mário intercede junto ao psiquiatra, um encaixe. Mário e o médico conversam e acordam que necessário implicar a família no tratamento e que se houvesse uma nova internação a família teria que pedir.

Mário agenda atendimento familiar e leva o caso para discussão na reunião de equipe. A equipe decide que sempre que o usuário estiver na unidade ele deverá ser comunicado para que ele pontue com Ninja as seguintes condutas: não poder entrar em locais restritos, arquivo, cozinha, mostrar para ele locais que ele não pode entrar. Tentar estabelecer certos limites, desconstruir a ideia de aposentadoria. Decidiram também que ele não participaria mais de grupos, pois em episódio de surto houve quase agressão a outro usuário, deverá ser atendido individualmente. Tentar novamente realizar uma visita domiciliar e sensibilizar a família em relação à medicação, e informar que ele só seria internado novamente se a família solicitasse.

“toda a mágoa dele foi que a gente internou ele sem precisar, que a família achava que não, a família estava querendo também só que não pediu” (Mário).

A equipe encontra-se um pouco assustada com os comportamentos de Ninja, e as intervenções são pensadas mais no âmbito de restringir o usuário de alguns espaços. Mário é solicitado a prestar esta continência.

Mário vai acompanhando o caso por contato telefônico, agenda atendimentos familiares, mas não há adesão. Ninja mantém a dinâmica de ir ao CAPS em crise e

ser medicado lá. Mario faz visita domiciliar, sem sucesso novamente. E no dia seguinte o pai faz contato telefônico para informar que Ninja tentou sufocar a irmã, menor de idade, foi necessário chamarem a polícia, foi contido e levado para um Hospital. O pai continua dizendo que ele fugiu do Hospital no mesmo dia, está na casa, ameaça à irmã, o pai solicita uma internação imediata. Mário orienta a família, para que a mesma tente retornar com Ninja ao Hospital Geral.

Mário leva o caso novamente em reunião de equipe e decidem solicitar nova internação em Hospital Psiquiátrico. Permanece internado por 70 dias, retorna ao CAPS. O psiquiatra percebe melhora, a estratégia dessa vez é fazer a medicação injetável. E até o momento tem aderido aos grupos, mantém frequência no CAPS.

6.2.3. Conexão 3: O fluxograma analisador fervilhando processos de autoanálise

A narrativa do caso surge concomitantemente à elaboração do fluxograma analisador. O percurso de Ninja no serviço ganha forma e contornos, vira desenho. Este exercício, o de colocar o caso em forma de fluxograma, foi essencial para o grupo durante os encontros, pois nos permitiu analisar as brechas, as pontas sem conexões. Possibilitou aos trabalhadores olharem para os processos de trabalho e visualizá-los concretamente, auxiliando também a pesquisadora juntamente com o grupo no processo de elaboração de uma análise crítica. Revelando-se certamente uma ferramenta de potência para pesquisas desta área. Vejamos o desenho:

Fluxograma1- Fluxograma analisador do caso Ninja

A equipe analisa seu desenho...

Olhando para o fluxograma construído no papel a equipe inicia discussões sobre o caso. Subitamente, uma dúvida aparece, a equipe questiona se os comportamentos de Ninja eram simulação ou não.

“eu vejo assim essa história toda que ele trouxe ai meio que ele fala que devido que ele queria uma aposentadoria, essa duvida que a gente ficou, até conversei com o Rodrigo será que é uma simulação mesmo ou será que o cannabis desenvolve isso que aconteceu com ele aqui porque ele tinha esses comportamentos, chegava dava risada ...até hoje eu me pergunto será que era uma simulação ou ele queria chamar a atenção colocava aquela luva na mão, vinha com aquela madeira nas costas dizendo que era espada...”(James)

“ele chegava nas assistentes sociais do CAPS querendo conversar para aposentar, foi levantada a hipótese de fazer uma visita domiciliar para entender melhor, mas no fim ficou do Mário mesmo acompanhar o caso.”(Kim)

Simulação ou não, pode ser discutida através do diagnóstico médico, mas será mesmo esta a questão? Psicótico simula? O desejo de receber a aposentadoria, não é diferente do de trabalhar, existe um notório querer ajudar a família.

Percebe-se que o caso de Ninja, marca a equipe pela intensidade de seus comportamentos quando estava em surto, chegava com uma arma de brinquedo e gritava: *“todo mundo pro chão”*, era um momento de tensão para a equipe.

O grupo começa a relembrar também fatos da história pregressa de Ninja.

“tem um dado importante é que ele não conhece, não tem contato com a mãe tanto que no registro dele, na certidão de nascimento não tem o nome da mãe, só o do pai...” (Joana).

“e isso dá problema em toda a internação em toda a coisa que ele tem jurídica e burocrática” (Mário).

“função materna que ele não teve” (Joana).

Mário relata que o pai de Ninja explica que em um dado momento da relação essa mãe vai embora, o deixa só com as crianças, ele sabe onde ela está vivendo, Ninja também, mas o contato é precário. E que o pai tem uma ligação muito afetiva com Ninja, ele chama Ninja de bebe, mas Ninja não o chama de pai, chama pelo

nome. A equipe percebe que a falta de uma história detalhada dificulta a compreensão do caso.

“eu fico pensando na história dele o que falta é de repente conseguir avaliar estas questões dessa intensidade... colher mesmo uma história da família, uma história dessa mãe... da infância... para pensar no caso hoje pra ver se tem alguma relação lá do passado... da história mesmo... se alguma coisa ajudou a desencadear... nós até tínhamos inicialmente pensado e foi na reunião, foi discutido, mas não foi tomado nenhuma ação de eu ir fazer visita domiciliar com o Mário, mas daí no final da reunião a gente achou que não, que só o Mário e o James mesmo iriam porque a intenção era de eu ir e poder trazer a família.” (Kim).

Mário por sua vez considera que a maior dificuldade com Ninja, é porque ele não aderiu, mas outro trabalhador da equipe argumenta e faz outra suposição:

“ele não adere ao tratamento mais ele se vinculou muito bem com a gente aqui no CAPS, acho que ele acaba usando este serviço como espaço de continência, quando ele ficava mal, os surtos dele sempre foi aqui o que fez a gente se questionar, será que é uma manipulação pra tentar esse benefício, mas quando ele fez isso em casa, a gente falou acho que não... eu acho assim ele aderiu ao CAPS no sentido de ter criado um vínculo com todo mundo, ele é muito afetuoso, mas acho que ele não tem crítica da situação, é onde ele não toma a medicação, não aceita as internações... não se percebe...” (Joana).

Cabe neste momento uma discussão sobre o que significa a adesão de um usuário ao tratamento proposto. Neste sentido, Reiners (et.al., 2008) realizaram uma análise crítica sobre a produção bibliográfica acerca da adesão/não-adesão de usuários com doenças crônicas aos tratamentos de saúde. Encontraram nas definições sobre adesão ideias como: o paciente deve ser submisso as recomendações dos profissionais de saúde e seu comportamento deve se adequar aos conselhos e indicações médicas. Ou seja, é recorrente a ideia de que se o paciente não segue as recomendações estabelecidas pelos profissionais é considerado como não aderente ao tratamento.

Isto se torna claro na compreensão do Caso do jovem Ninja, ao olharmos para o fluxograma construído veremos que a não “adesão”, ou seja, o não cumprimento das recomendações, como por exemplo, não tomar as medicações prescritas pelo médico, ou não participar frequentemente dos grupos, foram tomados como comportamentos que sugerem a sua não adesão.

Mas se pensarmos sobre a perspectiva do vínculo, como é citado pela profissional Joana, seria uma forma de rompimento deste padrão de entendimento?

Acreditamos que sim, uma vez que os sentidos e os determinantes da não - adesão não devem ser reduzidos somente aos comportamentos, eles são complexos. De vital importância seria se considerarmos as questões subjetivas dos pacientes, suas dificuldades e necessidades, mais do que se ele segue ou não as recomendações. Como conclusões do estudo, apontam também que a maior carga de responsabilização pela não - adesão ao tratamento/serviço fica a cargo do paciente, sendo que seria necessário que os profissionais do serviço fossem corresponsáveis deste processo (Reiners, et.al.,2008).

O fluxograma continua a auxiliar a equipe a pensar sobre o caso, começam a questionar sobre seus fluxos, o fato de Ninja ter solicitado tantas vezes alteração de seu P.T.I. no CAPS, o fato de ter permanecido por um tempo sem técnico de referência. Neste momento proponho que olhem para o fluxograma e pesem se algo diferente poderia ter sido feito.

“na minha concepção houveram três estratégias, avaliado medicação, não aderiu, fracionado, não aderiu, agora injetável é uma tentativa e a gente não sabe se vai funcionar ...”(Mário).

“ essas tentativas são no nível mais medicamentoso, médico assim, e talvez a gente devesse pensar essas intervenções... eu acho que essas questões medicamentosas são importantes para ele, importante para o quando dele...mas a ideia é ampliar ...a questão desses sonhos projetos e planos ou não né as vezes é uma coisa de discurso e tudo mais, mais de algum jeito trabalhar com ele nesse sentido pra ver se ele não volta nesse ciclo de ficar internando e de ficar no CAPS não aderindo, internando e não aderindo... seria importante agora que ele esta vindo pensar numa estratégia de ampliar essa coisa da intervenção medicamentosa”(Kim).

Neste momento percebo surgir algo de potente, começam a pensar para além das estratégias médicas. Percebo que diante da intensidade dos comportamentos de Ninja, a equipe se fechou, e só era possível ver a crise, estava difícil visualizar algo para além. A profissional Kim sugere que talvez o contato com os profissionais do núcleo de apoio a saúde da família, o NASF, fosse interessante para ajudá-lo na questão das medicações, pois é um equipamento que esta no território. Apontamento interessante, surge a primeira fala sobre o caso, pensando uma ação para fora do CAPS, extra-muros. Pois durante o encontro em que se deu a construção do fluxograma analisado, quando o caso de Ninja foi narrado, a observadora registra: *“profissionais “em si mesmados”, pensam ações sozinhos enquanto CAPS, não citam outros serviços.”*

Pensar a articulação do caso na rede é de vital importância, considerando as singularidades e complexidade dos casos. Há de se reconhecer que não há como trabalhar sozinho. O modelo de atenção à saúde mental colocava o CAPS como equipamento central e organizador da rede de cuidados, porém o que vigora hoje são as discussões em torno da efetivação do modelo atual, que é o de constituição de redes de cuidados, apoiado na portaria que institui a RAPS (Brasil, 2011). Nesta, o CAPS é tido como mais um dos elementos constituintes da rede de equipamentos para a atenção psicossocial em saúde mental, é um equipamento de extrema importância na rede, assim reconhecemos, porém é necessário nos atualizarmos em busca de melhorias para o cuidado dos usuários e na busca de uma integralidade, que em seu sentido ampliado é como uma construção coletiva do cuidado, manifestada através de diversos atores implicados na produção de cuidados em saúde.

O fluxograma permitiu que os olhares dos profissionais fossem aos poucos ampliando e neste sentido, trago a fala de duas trabalhadoras que perceberam ser necessário validar a fala de Ninja, utilizar seus desejos e vontades na construção de uma intervenção mais efetiva:

“inicialmente vimos na história que ele não adere... vai solicitando para refazer o projeto a todo o momento porque tem um ideal aí de trabalho, um ideal de que vai trabalhar de que vai conseguir de fato, ele não consegue, mas vai permeando é um ciclo não tem uma saída, mas referente a aderência dele era importante pontuar sobre estas questões do trabalho... porque eu acho que é uma questão que pegue ele de um jeito de que a gente enquanto profissional entender que demanda é essa que ele traz, o que ele pensa sobre isso pensar sobre isso e conseguir algum tipo de intervenção com ele”(Kim).

“...esse jovem tem objetivos que ele quer traçar e quer cumprir que é trabalhar, a gente pode pensar e trabalhar encima disso, alguma maneira que não seja um trabalho formal ou outras atividades culturais ou educacionais”(Joana).

Dentro deste contexto destaco a fala de Joana, que estabelece uma conexão entre o caso e nosso objeto de pesquisa, a juventude:

“tem essa questão de ser jovem também e os jovens têm objetivos ele tem um objetivo que é o trabalho e acaba colocando isso na frente de outras coisas e aí tem outro fator social também que é o estudo ele parou de estudar na quinta série, acredito que gere uma maior dificuldade de se conseguir um trabalho... acho que é essa condição social que é bem comum entre os jovens que a gente atende, e a questão não só de Ninja, mas de outras jovens também, que é a do transtorno

metal que dificulta ainda mais, e de ele não ter uma crítica sobre o seu uso de substância que lhe causa muito mal...” (Joana).

Esta fala corrobora com a questão de pensar além da crise, poder compreender o que Ninja estava querendo comunicar a equipe. Penso que talvez isto seja mais importante do que se ater a questão se os sintomas eram reais ou simulação. Outro fator muito importante destacado nesta fala é sobre a importância de se pensar sobre o jovem considerando não só sua patologia seja um jovem usuário de drogas ou portador de outros transtornos mentais, não que estejamos negando as dificuldades e os desafios que estas patologias nos impõem, mas ao pensarmos sobre o caso de um usuário devemos considerar os contextos históricos e sociais aos quais estão submetidos.

No caso, quando pensarmos sobre o caso de um jovem usuário inserido em serviço de saúde, é necessário pensarmos também sobre quais contextos a juventude se inscreve na sociedade hoje: de que jovem estamos falando? a que classe social ele pertence? onde ele mora? quais são os aspectos culturais do território por onde ele anda? O que lhe é exigido socialmente? E o que ele espera da vida, do futuro? Enfim, inúmeras questões poderiam ser aqui levantadas. Portanto cabe aos profissionais, dentro de suas equipes, analisando sua população e território identificar quais são os contextos, os modos de vida e as reais necessidades dos jovens de seu território.

Decorreu-se uma semana após a construção do fluxograma e no terceiro encontro a equipe comenta que fomentou algumas ações para o caso de Ninja:

Mário: “marcamos uma visita domiciliar para Ninja, para gente ver a questão social lá... eu gostei da sugestão de pensar a articulação com o NASF lá ...”

Kim: “e ontem eu fiquei lembrando deste caso... de pensar até nossas agendas ficam distantes né pra marcar a visita... pensando naquilo que a gerente fala de as vezes a gente ver aquilo que é prioridade sabe... talvez a gente está pensando que ele saiu de uma internação agora e precisa de um contorno melhor né tanto ajudar a família nesse processo de continência também de ajudar a pensar o caso estar mais próximo... e talvez ser mais perto para a gente marcar... porque a gente marcou dia 23 de outubro...”

Mário: “que era quando nós tínhamos agendas...”

Kim: “agendas compartilhadas...eu ia ter um horário e ele também ia ter...mas tava pensando Mário a gente talvez ir semana que vem...eu saio de um grupo ele sai de outro, outra pessoa fica...eu estava pensando na prioridade do caso né...”

Mário: “eu acho isso bom...”

Reflito com a equipe sobre os modelos de trabalho, o modelo médico-biológico e sobre o modelo da reabilitação psicossocial, pergunto se é um termo que eles conhecem:

Silêncio. Alguns trabalhadores sinalizam com a cabeça que desconhecem, até que dois trabalhadores tomam a palavra:

“é.. ((risos))...o CAPS é isso ...um espaço de reabilitação psicossocial ...(Kim).

“ele inclusive nessa demanda de trabalhar... ele falou que na verdade precisa estudar também e aí eu encaminhei ele para a clínica escola... circo escola... eu mostrei os cursos que tinha ele se interessou e aí eu passei a relação de documentos que precisa levar... eu preciso conversar com ele de novo ver se ele foi... ele ficou animado então pra mim entraria nesse contexto aí... porque o meu receio é que ele vá se institucionalizando, ele já saiu de uma detenção, em um ano, isso é uma fala dele ele teve cinco internações... entende... então pra mim... tá indo... tá indo contra essa corrente aí da reabilitação psicossocial” (Mário).

Silêncio.

Não conseguem me dizer o que significa o conceito reabilitação psicossocial, fazem algumas inferências, se intimidam, e o que prevalece é o silêncio. Não insisto. Considerei esta uma questão importante, pois as ações de saúde desenvolvidas em CAPS, especialmente os álcool e drogas consideram os princípios da redução de danos e consequentemente como componente de uma Rede de Atenção Psicossocial os princípios e as estratégias da reabilitação psicossocial como seus norteadores (BRASIL, 2011, 2012).

Dentro desta perspectiva encontramos o trabalho realizado por Pinho (et.al.,2009) que buscou identificar a concepção de profissionais de saúde de um Centro de Referência em álcool e drogas da Cidade de São Paulo, sobre o conceito da reabilitação psicossocial. Identificou-se que os trabalhadores trazem discursos alinhados com o preconizado pela Reabilitação Psicossocial, porém a prática é restrita, está localizada em ações dentro do serviço, como as oficinas. Portanto, entendendo que a Reabilitação Psicossocial é mais do que ações dentro do serviço, é poder contratual, de trocas com o meio externo, verificou-se que ainda é reproduzido o modelo psiquiátrico tradicional.

Enfatizamos esta questão, também devido a nossa observação do contingente de usuários de CAPS AD que apresentam transtornos mentais associados ao quadro de dependência química. À exemplo, o Caso Ninja discutido aqui. Isto tem se constituído uma demanda desafiadora aos trabalhadores do CAPS AD, por sua cronicidade e exigência de outras estratégias para seu enfrentamento, uma delas, acreditamos ser a reabilitação psicossocial, por considerar a reinserção social e a promoção de autonomia (Kinoshita, 1996).

Esta é uma questão que nos remete a pensar sobre a formação profissional do trabalhador em saúde. Sabemos que a formação dos profissionais de saúde tem sido orientada por um modelo biológico e fragmentado do ser humano. E esta se coloca como uma questão para as instituições de educação e para os serviços de saúde que recebem estes profissionais despreparados para o trabalho em saúde que exige mais do que conhecimentos fisiopatológicos, pois nos deparamos com o sofrimento humano que é biológico, psíquico e social. (Araujo, Gomes de Miranda, Brasil, 2014).

Esclareço que a meu questionamento é para que possamos refletir sobre as estratégias de reabilitação psicossocial e se cabem a sua utilização naquele serviço ou não. Neste momento, a trabalhadora Kim se manifesta e traz relatos sobre alguns impasses que ocorrem quando tentam viabilizar uma organização de trabalho levando em conta aspectos da reabilitação psicossocial e destaca que se faz necessário ampliar mais que restringir:

“ agora pensando a reabilitação psicossocial assim dentro do serviço que a gente está... o CAPS ... é aqui a gente tem muitos pacientes né... e pouco recursos humanos para pensar o quanto de fato seria o ideal para que a reabilitação psicossocial de fato acontecesse.. então.. aqui tem vários grupos, mas também tem muito atendimento individual ...tanto médico quanto técnico ...e aí as vezes eu fico pensando...nossa tanto atendimento individual ...será que todo mundo tem demanda psicológica? Todo mundo precisa passar com psicólogo? Ah... será que todo mundo precisa passar com psiquiatra? Isso vai afinando o olhar quando a gente está próximo num setting em que a gente consiga ficar mais próximo com o indivíduo sem estar ali só no atendimento individual de porta fechada mais numa ambiência, porque aqui a gente tem tentado a questão da ambiência ...mais ainda é difícil ...por conta de recursos humanos... deveria desfocar um pouco mais ainda, as nossas agendas aqui de técnico é isso né fazer uma visita só dia 23 mas se fosse hoje eu só tenho para novembro né... mas também como tentar planejar, pensar um espaço aonde a gente consiga promover mais discussões abertas do que menos fechadas porque essa é a intenção né ampliar mais do que restringir e eu acho que nesse sentido o que dificulta eu acho que é a falta de recursos humanos, se tivesse mais profissionais, teria uma leque maior para pensar, as vezes a gente pensa mais não dá pra fazer por conta da dinâmica aqui que está o serviço, você já chega já vai falando com um ...você já tem que descer já tem que resolver tal coisa e assim as vezes paciente te encontra e fala

você só anda correndo (risos) né porque não tem muito esse espaço assim da minha experiência de reabilitação psicossocial” (Kim).

Destaco as considerações de Scaduto e Barbieri (2009), de que o modelo psicossocial é paradoxal, pois a equipe vendo-se impossibilitada de dar conta das demandas sociais recorre ao modelo médico.

Refletindo sobre ampliar, questiono sobre como eles veem que o atendimento a juventude pode ser ampliado ali naquele CAPS e como eles elencam quais são as necessidades dos jovens naquele serviço. Mas eles não respondem, não sabem me dizer se fazem uma avaliação das metodologias utilizadas no grupo de adolescentes, ou uma pesquisa de opinião. Neste sentido o que a equipe discutiu é que o cuidado desta população fica muito restrito aos técnicos que realizam o grupo, isto não é compartilhado de forma constante com a equipe.

Aproveitando está maré inquieta, de análises e fluxos intensos de pensamentos, ela nos indica que já é hora de fazermos uma nova conexão, nesta nos conectaremos com os principais aspectos dificultadores no processo do cuidar dos jovens.

6.2.4. Conexão 4. Desafios-Dificuldades em relação aos processos de trabalho: território de controvérsias.

Com esta pesquisa lançamos luz ao cuidado de uma população específica atendida pelo CAPS, o que gerou nos profissionais certa angústia, pois no dia-a-dia as demandas são diversas e eles têm que lidar com a especificidade de cada população. Então fomos colocados de frente com a **heterogeneidade da demanda** no CAPS álcool e drogas.

De acordo com a portaria que regula seu funcionamento o CAPS AD deve atender a demanda de oito a oitenta anos, homens e mulheres, sem discriminação da condição social ou comorbidades, sendo o único fator comum, a dependência química. Ter que lidar com a diversidade torna-se um desafio para os profissionais, e questionamos se isto não afeta também a qualidade do atendimento prestado.

“eu acho que a gente já tem bastantes grupos lúdicos só que estes grupos a maioria das pessoas... dos participantes são mais velhos e eu acho que se a gente pensar do mesmo jeito que a gente separa o grupo de adolescentes de ter

dois ou três grupos voltados para jovens nessa faixa etária dos quinze aos vinte e nove, porque o que acontece a gente tem muito idoso, a gente trabalha com pacientes acima de quarenta anos bastante... então a gente tem a questão do álcool eu acho que as pessoas acabam incorporando mais o serviço quando já estão numa fase que já faz uso há muitos anos já tem vários prejuízos... os jovens que a gente tem são mais dependentes químicos... os alcoolistas são mais velhos que tem quarenta... cinquenta... sessenta anos e participam dos mesmos grupos e é difícil até para o terapeuta que coordenada aquele grupo propor uma atividade que seja interessante para o jovem e para o idoso e para adulto então eu acho que de repente os grupos voltados para os jovens para que eles possam em alguns horários mais específicos acho que não é ruim esta interação na convivência, na ambiência ficar todo mundo junto mas nos grupos na proposta terapêutica que seja uma coisa mais lúdica mesmo porque muitas vezes a gente resolve passar filme os jovens adoram as pessoas mais velhas não entendem nada não tem paciência dá meia hora de filme já quer levantar daí vai no banheiro né, não tem o hábito disso diferente de um jovem que as vezes então acaba focando mais mesmo num atendimento individual tem o grupo de adolescente individual né” (Joana).

E ao abordarmos o cuidado com a juventude, aparece nas falas que com a juventude o desafio é ainda maior, pois os profissionais reconhecem que eles necessitam de atividades específicas e um ambiente mais atrativo, mas ao mesmo tempo reconhecem as limitações do serviço. É fato de que proporcionalmente os jovens são minoria no serviço, mas como oferecer um atendimento adequado? Não distante da discussão sobre não-adesão realizada anteriormente, Peixoto (et.al.,2010), realiza um estudo comparativo sobre os perfis de pacientes que aderiram ou não aderiram ao tratamento em um CAPS AD de Campo Grande (MS).Concluíram que o perfil com maior dificuldade em aderir ao tratamento é o mais jovem, com idade média de 32 anos, usuário de drogas ilícitas e com menor estruturação familiar. Constataram também que a abordagem utilizada pelo CAPS AD de Campo Grande, se confirma com a encontrada nas falas dos trabalhadores trazidas aqui, pois contemplam quase que exclusivamente homens mais velhos, elitistas, oriundos de famílias com melhor estruturação da dinâmica familiar.

Desta forma, uma questão levantada é que um dos problemas encontrados no Brasil não seria a oferta de tratamento, mas sim a adequação das abordagens ofertadas, a fim de se promover uma maior “adesão” ou podemos considerar um maior alcance, em nosso caso do público juvenil. Afinal, como apontado nos registros das pesquisas atuais da área, a quantidade de jovens que fazem uso de substâncias psicoativas só tem aumentado, e causado inúmeros prejuízos na vida destes jovens, desta forma podemos considerar que falta demanda para o tratamento?

“É porque é que depende dos grupos... por exemplo... cada grupo tem já um perfil meio que estabelecido do grupo... a dificuldade maior é com esses jovens mesmo de... de pensar no ambiente saudável para eles também... de coisas diferenciadas... da gente pensar em coisas mais interessantes, porque para os mais jovens seria ter outros grupos... por mais que estas dinâmicas sejam interessantes elas têm que contemplar toda essa faixa etária que contempla muito mais dos trinta aos sessenta do que dos vinte e nove aos quinze...” (Joana).

Colocados diante de inúmeros questionamentos os profissionais iniciam uma análise crítica das formas de organização do trabalho e vão deparando-se com a escassez de atividades ofertadas aos jovens, reconhecendo alguns fatores que engessam o fazer cotidiano, gerando incômodo ao profissional que se vê impossibilitado de exercer todo o seu potencial de ação.

“como eu tinha falado no primeiro grupo, aqui só tem o grupo de adolescentes, e mesmo assim tem muitos adolescentes que a gente atende que não tem perfil para esse grupo e acaba sendo feito o atendimento individual e é muito ruim... para eu que faço vários atendimentos... você consegue fazer muito pouco... eu não tenho agenda. A gente chega, propõe, leva várias coisas do território para eles... não adianta... eu acho que é isso... é ir junto... os jovens que participam de mais coisas são aqueles que estão intensivos... eu acho que aqui em relação a jovens, principalmente os adolescentes, a gente não tem uma estrutura montada para isto, para atendê-los visando essa parte da reinserção social... por falta de recursos humanos, por falta de grupos, de sentar e a gente olhar para esta demanda, qual que é nossa demanda? é essa, então o que a gente pode fazer?... a gente tem casos de pessoas novas... de doze... treze... catorze anos até os de vinte e nove mesmo... e são casos graves que ficam meio que engessados aqui e não porque no território não tem, tem muita coisa... mas é porque a gente não consegue ser um facilitador para eles usarem disto, porque a gente não tem como sair daqui e fazer... e essa coisa da agenda, é uma coisa muito complicada... tem que pensar num horário de uma hora pra fazer isso... daí a gente fica muito engessado... ter que cumprir uma agenda de horas individuais, que pra mim essas horas seriam muito melhores em outro sentido... então eu acho que esse é o maior nó aqui” (Joana).

Diante desta queixa, percebemos que a organização parcelar do trabalho, ou seja, a fixação de um profissional em uma determinada etapa do projeto terapêutico produz a alienação deste profissional. Esta organização por etapas pode ocasionar a perda do potencial criativo, podendo até mesmo gerar a não responsabilização deste profissional pelo objetivo final que é a reabilitação, é necessário que o profissional sinta-se sujeito ativo neste processo (Mororó, 2010).

Isto se relaciona com os processos de subjetivação do profissional. A subjetividade é entendida como uma dobra na tessitura das linhas que compõe nossas relações. Pois somos o tempo todo atravessados por linhas, que podem ser de segmentaridade dura ou maleável, ou ainda linhas de fuga. As linhas de

segmentaridade dura são linhas de controle, de normatização, pretender manter o que é instituído, já as de segmentaridade maleável, apresentam maior fluidez, tem um funcionamento rizomático, permitem escapar ao instituído. E a linha de fuga, promove ruptura, mudança, é ativa e imprevisível e na maior parte precisam ser inventadas (Cassiano, Furlan, 2013).

É necessário entender, que não existe um segmento bom ou ruim, os processos são compostos pelos dois. O tempo todo existe a interferência destas três linhas atuando sobre o nosso funcionamento. O interessante é notar que posto à frente de seus problemas a equipe vai tentando esboçar alguns pensamentos e ideias no sentido de formar uma linha de fuga, provocar uma mudança na organização do cuidado dos jovens. Surgi uma ideia no sentido de ampliar o cuidado, que é tornar o grupo de adolescentes interdisciplinar.

“quem faz o grupo de adolescentes... são dois psicólogos, é um grupo pontual, na quinta-feira à tarde né, acabou ali... os casos só são discutidos na reunião de equipe quando estão em um estágio grave, senão a gente nem fica sabendo, não tem esse outro olhar quando tem é em atendimento individual, fica difícil facilitar qualquer acesso... qualquer interação... a maioria me pede, me ajuda a atender esse paciente porque ele não consegue se dar bem em grupo, mas eu vou atender ele individualmente, pra quê? Mais ao mesmo tempo, em quais grupos inseri-los aqui? uma hora ele aceita a participar do CECCO que é futebol e quem tá lá é o educador físico e só o educador físico, então continua com um olhar só de uma área”(Joana).

“até porque o grupo é feito por dois profissionais da mesma área né... que é uma coisa a se pensar na próxima grade... colocar um psicólogo e uma assistente social.” (Mario).

Neste estágio, o aprofundamento do grupo em suas questões, propicia a entrada em um movimento de indignação - desabafo, misturado com cansaço do trabalho. Mas a questão da prioridade volta a aparecer e uma profissional fala sobre o jovem só ter prioridade durante o acolhimento e depois a prioridade acaba, pois não vê um investimento real técnico-terapêutico nesta população.

“é um grupo para três profissionais... um psicólogo, uma assistente social e uma T.O, pensando que o jovem tem prioridade, porque assim, enquanto acolhimento aqui o jovem, o adolescente é prioridade total, só nesse momento depois acaba a prioridade, depois não é visto por mais ninguém a não ser esses dois psicólogos no grupo, ou um outro individual, então fica muito contraditório isso... é prioridade na entrada, depois ele já se perde não é mais prioridade, porque é um grupo para ter três profissionais, quatro... é um grupo que tem que ser prioridade na quantidade de técnicos, por exemplo se tem quatro técnicos nesse horário, duas

saem para poder fazer outras coisas né... e ainda o grupo continua com a continência de mais dois... mais não é visto assim...” (Joana).

Observamos pelo discurso que os profissionais sentem que tem potencial para fazer mais. Mas algo ainda permanece estático. Existe no discurso um certo saber-fazer, mas ele não se conecta a prática, não faz emergir fluxos que agenciem o novo. Ao mesmo tempo em que acreditava que iriam emergir rupturas, ideias, linhas de fuga, a equipe se enrijeceu, voltou a posição confortável, se fechou em si. Para Cassiano e Furlan (2013) o efeito de ser atravessado pelas linhas pode durar muito tempo ou apenas alguns instantes, e foi assim que percebemos, a equipe teve a oportunidade de estabelecer linhas de fugas, mas durou apenas instantes. Neste sentido, Deleuze e Guattari definiram a subjetividade como processos de subjetivação-dessubjetivação. Sendo assim, pode o homem se construir e se desconstruir ao se enveredar por linhas de fuga. Os autores complementam:

“Nossas relações são, pois, atravessamentos de linhas, e cada uma delas nos agita de forma mais ou menos intensa e (im)perceptível. As linhas são carregadas de intensidades que produzem efeitos no corpo a cada encontro, e o risco se dá pela exacerbação de vibrações que podem nos decompor, caso não suportemos o atravessamento das linhas de fuga, ou, ao contrário, através da pressão excessiva mediante o atravessamento das linhas duras”(CASSIANO;FURLAN, 2013).

E assim continuamos a seguir o movimento de atravessamento das linhas duras, seguindo na direção das lógicas de funcionamento do serviço. Os profissionais apontam falhas no sistema, constata-se que o sistema é opressor, afirmam que o sistema está tão engessado que é capaz de forçar o usuário adaptar-se a ele, quando na verdade deveria ser o contrário. O que vai de encontro com o caso de Ninja que foi escorrendo pelos vãos do fluxo de atendimento, demorando assim para ser “visto”.

“de duas semanas pra cá a gente está com um caso aí um caso meu que era da Fundação... saiu da Fundação... foi para uma internação e agora está voltando, e aí ele está numa demanda de crack... tem dezenove anos... acabou de fazer dezenove anos... era uma demanda só de cocaína agora é de crack... crack abusivo... trinta e cinco pedras por dia... então tem que fazer saidinha para fazer o uso... o consumo... e aí no início eu tipo como eu vou fazer o projeto dele aqui? ele já tá na rua... um mês e pouquinho e ele já tá se aventurando na rua por conta desta questão do uso e aí foi uma coisa que eu fui dizendo assim para a família... olha pode ser que você vai trazer ele de manhã e que ele fique só em uma atividade e que ele vá embora e que depois ele volte e que no outro dia tudo bem ele voltar... ele tem que voltar mesmo e aí ele vai ficar em duas atividades e vai se sentir de saco cheio, fissura e vai embora, tudo bem ele ir embora e depois ele vai

voltar... pra gente ir construindo isso não tem como a gente ouve “ mas esse menino tá ai e não vai adiantar de nada tá indo embora”... tá adiantando...tem um objetivo...é a dinâmica que ele está agora ele está na rua não tem para onde ir quando da para ele ficar e ele ficar vai ficar nem tratamento né... é entender a dinâmica... como o CAPS se adapta a esses casos por que as vezes não é o paciente que tem que se adaptar ao CAPS... as vezes a gente também tem que se adaptar a população que a gente atende e as vezes fica difícil porque dependendo do olhar do profissional... fala “ah não...o cara é folgado ele que tem que se adaptar ele que está precisando de ajuda”... e na verdade não... a gente está prestando um serviço justamente para pessoas que tem essa dificuldade de adaptação aos espaços...” (Kim).

E mais dificuldades e limitadores no cuidado dos jovens vão sendo apontadas, que vai nos direcionando para a falta. Falta de espaços, falta profissionais, falta parar para pensar no cuidado dos jovens.

Uma cena...

A falta de tempo para pensar me remete a um dos dias em que estava fazendo observação na sala de equipe e o técnico Mário interrompe uma pesquisadora que estava comigo, dizendo que não conseguiria escuta-la e preencher os prontuários ao mesmo tempo, porque era como se ele não tivesse consciência do que estava registrando nos prontuários naquele momento, utilizou o termo “psicografando”.

Durante o tempo em que estive nos espaços observando, percebi o ambiente muito “corrido”, as pessoas com quem conversava diziam estar muito sobrecarregadas, que a quantidade de paciente havia aumentado consideravelmente, e toda a rotina do CAPS havia sido recentemente alterada para dar conta desta demanda. Por exemplo, foram colocados dois profissionais para realizar o plantão, devido o aumento da demanda de usuários novos.

A carga de trabalho tem papel de destaque nas discussões sobre saúde do trabalhador. As condições de adoecimento estão diretamente ligadas as variações da carga resultante das modificações nas condições físicas e organizacionais do trabalho. A carga de trabalho é produto de uma tensão, de um desequilíbrio do funcionamento entre as exigências do trabalho e as capacidades biológicas e psicológicas do trabalhador. O que nos indica então a sobrecarga? Indica que as exigências estão acima do que os trabalhadores conseguem cumprir. A manifestação da sobrecarga pode gerar fadiga, absenteísmo, transtornos mentais e comportamentais, entre outros (Frutuoso, Cruz, 2005). Em nosso caso, a sobrecarga

do trabalhador de saúde pode influenciar também o cuidado prestado ao usuário. Logicamente que nos interessa e muito a saúde do trabalhador, mas todos os aspectos envolvidos devem ser considerados. Pois quando o trabalhador realiza seu trabalho e obtém sucesso fica satisfeito, e isto colabora como um movimento para sua saúde, todos ganham, usuários e trabalhadores.

A equipe continua a explicitar mais desafios-dificuldades no manejo do jovem dentro do serviço. Joana fala:

“entender que para um jovem de dezenove anos ficar aqui... não tem ninguém que ele se identifique aqui também... ele entra nos grupos, não que os grupos não sejam interessantes... as pessoas que estão frequentando... ele olha para aquele grupo e não se identifica com ninguém... o grupo que eu fiz quarta-feira tinha dezesseis pacientes e tinha um jovem de dezoito anos, ele ficava o tempo todo olhando... e só no final falou...e o que ele trazia era destoante de todo o resto do grupo... o interessante de grupos terapêuticos é você se identificar com o outro e ele não se identificava com ninguém... ele ficava perdido e não acho que ele venha na quarta que vem, por mais que eu tente... eu estava prestando atenção esses dias... os jovens que eu atendo... eles vem muito mais para os atendimentos do que outras pessoas, eu acho que isso é muito a parte da identificação... por eu ser jovem... por ter no mínimo isso... uma identificação com o terapeuta ali... coisa que ele não tem em casa... pois só mora ele a mãe e o pai, e o único amigo é o vizinho que também é mais velho... então a única pessoa que ele se identifica é comigo porque sou jovem, então falta isso aqui ter um espaço onde eles possam se identificar com outras coisas... as vezes não com outros pacientes mais com coisas do cotidiano deles... que também não tem...os grupos são mais verbais e as vezes os grupos que tem dinâmicas, são dinâmicas mais voltadas para o uso... para o cotidiano... para o trabalho...e eles nem terminaram os estudos ...e vai ficar falando de trabalho...então eu acho que é issofalta esse espaço” (Joana).

A busca de identidade, a identificação com o outro e com grupos, é uma das características que marcam a juventude. As questões colocadas pela profissional são de extrema importância e estão em consonância com os pressupostos da Secretaria da Juventude, onde orienta que a educação por pares deve ser considerada pelos serviços de saúde, privilegiado assim, a abordagem de jovens por outros jovens. (Brasil, 2006)

Temos aqui também pistas do que podemos considerar serem fatores de permanência dos jovens no serviço, para nos confrontar com a questão colocada anteriormente, de que os jovens são uma população minoritária no serviço. Mas este dado se deve em razão não haver jovens usuários de drogas necessitando de tratamento, ou a baixa adesão do mesmo no serviço. O que nos remete novamente

a questão da atratividade do serviço e a falta de componentes que permitam esta “adesão” ou frequência do jovem no serviço, os quais podemos citar: a identificação por pares, uma linguagem mais próxima e atual, ou seja, uma “linguagem jovem” e as atividades e/ou grupos específicos.

Como ponto positivo na organização do trabalho ressaltamos a supervisão clínico - institucional. A equipe relata existir um espaço para reflexão acerca dos processos de trabalho durante as reuniões de equipe, e que acontecem principalmente nas supervisões institucionais, aonde vem um supervisor externo, auxiliar a equipe neste processo.

“sim inclusive a supervisão que estava tendo até sexta-feira passada foram três supervisões que aconteceram seguidas sobre adolescência a gente estudou vários textos com toda a equipe [...] então é discutir bastante porque os casos que nós temos aqui de adolescentes são sempre muito graves por conta justamente disso dessa vulnerabilidade se for menina por conta disto se for menino por conta de tráfico da criminalidade deles se colocarem em risco sempre” (Joana).

Neste momento recordo-me de ter questionado comigo mesma a escolha da equipe pelo caso de Ninja, uma vez que o pedido feito a eles era que escolhesse um caso típico para discussão e para minha surpresa, à medida que o caso foi se revelando a questão da comorbidade do usuário, foi a questão de maior mobilização da equipe, mas do que o uso de drogas. Faz sentido, porque o que se vê é que o perfil de usuário que adere ao modelo CAPS, em sua maioria são os alcoolistas e os psicóticos, já usuários com um perfil de situação de rua e usuários de crack, tem dificuldade em lidar com as regras estabelecidas no ambiente.

Outro aspecto que não foi utilizado no caso de Ninja, mas que depois na discussão com o grupo veio à tona foi o do trabalho em rede. Foi levantada pelo grupo a possibilidade de ter compartilhado o caso de Ninja com o CAPS adulto, ou até mesmo de ter sido feito contato com a equipe de estratégia de saúde da família para auxiliar na medicação e obter mais informações sobre o caso, o que nos leva a outra conexão, desta vez, para discutirmos sobre a tessitura da rede.

6.2.5. Conexão 5. Tecendo a rede

A tessitura de uma rede de cuidados tem ganhado destaque nas discussões contemporâneas em saúde mental, uma vez que nenhum serviço pode ser considerado autossuficiente na produção de cuidados (Quinderé, Jorge, Franco, 2014).

Temos a emergência de uma portaria específica a que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como testemunha disto, principalmente pensando no cuidado infanto-juvenil a articulação entre diversos serviços é de extrema importância, pois o adolescente circula em diversos contextos em casa, na escola, na comunidade (Brasil, 2011).

Sobre a rede e articulação com os diversos serviços, os profissionais relatam muitas dificuldades, a principal relacionada a escassez de serviços, a falta de tempo de ir até o território conhecer, tecer a rede e a limitação de tempo também para acompanhar e auxiliar os jovens a explorar o território.

“Eu estou aqui há seis meses só... quando eu entrei eu comecei a atender esses jovens só no individual e não tinha acho que nenhuma rede... eu já fui com a assistente social conhecer alguns serviços né... tem a casa do Cristo mais a gente foi lá para conhecer pra vê e são mais para pacientes mais graves, com uma deficiência cognitiva bem grave... que não é o caso desses adolescentes no caso acho que falta muito isso, que é uma coisa que a gente sempre traz... é... enquanto espaço de convivência para os adolescentes não tem, tem grupo de adolescentes e tem o CECCO que é futebol e só... todos os outros grupos só têm adultos então a gente evita até colocar esses adolescentes... porque são muito jovens participam de grupos mais lúdicos mais os adolescentes menores de vinte anos e a gente tem essa dificuldade dentro do CAPS e a gente tenta ir para o território para a rede, mas tem essa dificuldade mesmo deles aderirem de ter que ir com eles até o lugar também que é outra questão que falta também de tempo... tempo hábil porque tem que deixar outras atividades para poder acompanhá-los e aí tá num momento que a assistente social que entrou que é nova ela entrou em contato com o CRAS e a gente tem algumas reuniões marcadas para gente ir lá e tentar fazer essa rede ser uma coisa mais estabelecida mais concreta mesmo a gente ter parcerias e a gente ter algum técnico lá algum técnico que vai estar encaminhando” (Joana).

A profissional destaca duas principais dificuldades na tessitura da rede. A primeira se deve aos poucos equipamentos no território que possam ser espaços de convivência para os jovens e outra é a dificuldade do profissional sair do CAPS e conseguir ir até os locais, se apresentar e fazer parcerias. Assim, como a dificuldade do profissional de sair do CAPS, afeta também, segundo ela, a adesão do jovem a estes outros serviços, uma vez que só por um encaminhamento ele não vai sozinho, ela vê a necessidade de acompanhá-lo até os locais para que haja a formação de

um vínculo.

Entretanto, pode-se observar que no grupo de adolescentes existe um grande número de frequentadores provenientes de abrigos. Isto se dá pela boa relação do serviço com os abrigos e também com uma parceria estabelecida com a Vara da Infância da região. Segundo relatos da gerência, o juiz responsável na região, tem como metodologia realizar audiências coletivas, onde convoca toda a rede a pensar sobre aquele caso. Tornando assim um facilitador de comunicação e integração das ações, que já saem de lá bem “amarradas”. Mostra-se também como vontade da gerência ampliar o atendimento ao jovem e adolescente, e tem seriamente pensado em destinar um profissional do serviço social para atender as demandas dos adolescentes que se encontram abrigados.

O cuidado compartilhado com o CAPS infantil

Nas portarias que discorrem sobre o funcionamento dos CAPS não estabelecem a um único serviço o cuidado dos adolescentes usuários de drogas, sendo assim fica entendido que o mesmo pode receber tratamento tanto no CAPS infantil quanto no CAPS álcool e drogas, ficando a sua escolha (Brasil, 2009).

Na prática observamos que há então um compartilhamento do cuidado de alguns casos entre os dois CAPS*. Em realidade, percebemos que a falta de uma diretriz pública mais assertiva para esta população acaba deixando a cargo dos próprios serviços dizerem se querem ou não acolher aquele adolescente. Com isso o adolescente acaba por entrar num “jogo de empurra” entre os serviços, não há espaço para ele.

*Rodas de Conversas sobre a saúde mental de crianças e adolescentes, estão acontecendo em cada região da cidade, é uma iniciativa da secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, onde se discutem o cuidado de crianças e adolescentes usuárias de drogas, até o momento o que tem se discutido é que o cuidado destes fique a cargo do CAPS infantil.

“ na minha visão quando eu entrei aqui eu achei que o tratamento era feito no CAPS infantil e aí a gente daria o apoio e não assim é adolescente doze anos, usuário? vai para o CAPS AD... e é bem isso que acontece aqui... tem um caso que assim que eu peguei...avalei...para comecei a atender individual eu vi não é caso... está abstinente há muito tempo e aqui a gente não tem... ele precisa estar inserido em outros grupos... e aí eu fui discutir... na reunião... se era caso de encaminhar de volta para o CAPS infantil... falaram que não... por ter esse consumo... pelos prejuízos que ele teve... mesmo há dois anos atrás... era a gente que tinha que dar conta disto... isso é muito ruim... porque a gente não tem espaço... e contra esse argumento... o CAPS infantil não é o espaço de convivência... então a gente tem que pensar em outras coisas...”(Joana).

“...mas ele ainda está doente...ele precisa de tratamento também...não que ele não possa fazer outras coisas em outros espaços...tanto assim...que esse é um fluxo aqui...que é isso a gente não tem ainda...talvez pela falta de estrutura...a regulação...enfim...é...esses grupos...esse espaço de tratamento para adolescentes...eu acho que até os dezesseis anos pelo menos que eles ficassem sendo tratados no CAPSi...porque ah tem autista...tem isso...tem aquilo...e tem dependente químico que faz parte desse rol de doenças da infância e da adolescência...”(Joana).

A equipe do CAPS AD parece concordar que talvez o CAPS infantil fosse mesmo o local de cuidado para os adolescentes, ou que pelo menos esta população tivesse um melhor acolhimento no CAPS infantil, sem discriminações, pois acontece com frequência do adolescente ser encaminhado para o CAPS AD só porque fez uso por algumas vezes de álcool ou drogas, mas o contexto, ele como ser integral não é avaliado.

“até alguns que a gente vê de adolescentes que... fico pensando assim... espaço, por exemplo, de ambiência... aqui é um espaço de ambiência mais para adultos mesmo... não tem um campo de futebol... um espaço mais lúdico... não é criança... adolescente não é criança... mais ainda está que... só no concreto... e o da infância eu tive uma experiência em fevereiro... fiquei o mês inteiro no CAPSi de Guaianazes... que tem uma estrutura excelente... é ótima a estrutura de lá... da infância é bem legal... meio que não atendia álcool e drogas... e eu falei “ué... porque né não atende álcool e droga né ?”... e é uma coisa pra gente pensar mesmo... lá até tinha atendimentos compartilhados com o ad de guaianazes... porque entendia que o adolescente precisava daquele espaço de ambiência que não vai ter no ad... no ad vai ter outro lugar, ficar com a questão específica do álcool e drogas... mais outras questões ainda estão no campo da infância e da juventude...” (Kim).

“a gente recebe muita demanda que não é de dependência química e é de uso esporádico... por exemplo... a adolescência é uma fase de descobertas e aí ele chega no CAPS infantil e perguntam “você já consumiu álcool?”... e às vezes não é um uso nocivo... não é crônico... e não só o CAPS infantil... o CAPS adulto também... eu fiquei sabendo também que estão surgindo... só um em São Paulo o adi... eu acho que é válido... tem a história da fragmentação... mais eu acho que é válido compartilhar... até existe a possibilidade de pedir cópia de prontuário... pedir informações enfim...”(Mario).

Para além do compartilhamento dos casos, levantam a hipótese de que seria possível o CAPS AD matricular o CAPS infantil.

“mais até podia pensar em matricular... tipo... se o infantil acha que não tem capacidade para atender aquele jovem... aquele adolescente... a gente do ad pudesse matricular o infantil... sei lá... de pensar em reuniões para discutir casos... a gente estar ali junto para ajudar a matricular... que talvez seria uma alternativa...e que estaria dentro do espaço do infantil e não estaria para o ad né...”(Kim).

Diversas ideias e sugestões foram levantadas pela equipe, alternativas para um cuidado compartilhado. Em meio a tantos questionamentos, nos perguntamos: Dentro da Rede de Atenção Psicossocial, qual seria o local ideal para o tratamento dos jovens e adolescentes usuários de drogas? O CAPS infantil? O CAPS AD ? ou a pergunta inicial deveria ser: existe um local ideal para o tratamento de jovens e adolescentes usuários de drogas?

Vamos percebendo ao longo desta narrativa - rizoma vários fios das conexões por vezes se desterritorializam e viram nós. Campos de contradições, contravenções, tensões... que vai atravessando nosso corpo, nos afetando, produzindo sentimentos e pulsações. Afinal, somos um corpo que vibra e pede vazão a próxima conexão...

6.2.6. Conexão 6 . Sentimentos, diversos fluxos e intensidades no cuidar...

Para nós esta conexão é um desafio - tentativa de captura da dimensão subjetiva durante a produção do cuidado no cotidiano. Capturar uma dimensão singular. Falar em processos de subjetivação é falar em algo movente, posto que não esteja pronto e sim em processo, e durante o processo constrói e desconstrói os seus fluxos. Assim os profissionais no dia a dia do trabalho constroem e desconstroem territórios existenciais, e ao produzir o cuidado, vão se produzindo a si mesmo enquanto sujeitos.

Embora a vertente subjetividade tendo atravessado todo o conteúdo de análise trazido até agora, gostaríamos de colocá-la em lugar de destaque, uma vez que emergiram conteúdos de grande intensidade da fala dos profissionais, vamos trazer a tona essas linhas de enunciação, que nem sempre tem passagem no cotidiano institucional.

A palavra mais utilizada para descrever o processo vivenciado na relação trabalhador-usuário jovem é “difícil”. Os comportamentos do jovem, que se apresenta por rebeldia, indisciplina e contestação, são até esperado para a fase, mas muitas vezes não compreendidos pelos profissionais de saúde, e por vezes torna-se cansativo lidar com eles:

“é difícil ...”(Aline).

“às vezes a gerente ou alguém pede para mim... vai jogar uma bola com eles ...eu acho assim uma das dificuldades que eu percebo é que tipo assim eles sempre estão certos ...eu já sei disso daí e tal porque sabe sempre tô certo ...sempre sei...”(Jackson).

A principal dificuldade encontrada é no cumprimento das regras do CAPS, principalmente quando estão juntos, em grupo.

“eu sinto... pra mim ali fora é um pouquinho difícil que nem, por exemplo, as meninas querem ficar conversando ali na esquina e já não pode descer... aí às vezes um quer ficar fumando bem aqui no portão ..aí tá aqui dentro jogando gritando e tem uma atividade acontecendo aqui ...aí tem que estar o tempo todo pontuando as vezes você acabou de falar e está falando de novo...e você vai ali e conversa ...quando você tem um vínculo ali é mais fácil de chegar... trocar uma ideia...”(Jackson).

Em alguns momentos também tem dificuldades no manejo da transgressão à regra, o momento de advertir o usuário, utilizam suspensão, redução dos dias de atividade ou advertência verbal, é um momento de tensão, pois cada caso deve ser avaliado de acordo com sua singularidade:

“aí dependendo...se você sai fora do... em atividade você sai fora do Caps daí tem que passar no plantão pra poder conversar com o plantonista do dia aí tem ...não sei como se fala... as regras né...punição”(Aline).

“...às vezes é uma redução de projeto”(Jackson).

“não é punição... é que está no contrato né que se ele sai e volta ...daí a gente conversa e eles estão dispensado da atividade do dia ...e aí são casos mais graves né e aí tem um projeto de três dias aí não é mais suspensão e sim redução de projeto terapêutico e aí reduz dois ou três dias depende de cada paciente e de quais regras foram descumpridas depende de cada paciente também né tem pacientes que não tem crítica mesmo...então e não faz sentido nenhum então vai pode ficar um mês em casa que não vai entender e vai ser até pior ...mas do dia eles são todos dispensados ...”(Joana).

Os comportamentos transgressores dos jovens acabam por incomodar não somente no manejo com eles no cotidiano do CAPS, mas também se choca com os valores e questões pessoais de cada profissional. Suscitando sentimentos

controversos, ora aparecem falas de incomodo, ora de indignação contra os comportamentos, ora aparece à vontade de acolher o sofrimento deste jovem, como que na tentativa de poder acolher como uma mãe. O que não difere da fala das famílias em tratamento no CAPS.

“é difícil porque tem uns que chega que nem eu sou mãe dai eu fico pensando me ponho no lugar de uma mãe que vem ai é bem relativo porque tem mãe que vem desesperada não sabe o que faz mais porque ele está pegando as coisas dentro de casa, esta agressivo então a gente acaba se pondo no lugar da mãe ou da pessoa que cuida do adolescente é bem difícil as vezes mexe um pouco com o emocional da gente as vezes a gente queira ter um cuidado maior com essa pessoa devido a situação devido a história dela”(Aline).

“eu vi o pessoal comentando ai na reunião que tem um paciente que agride a mãe dele varias vezes poxa isso daí revolta porque a formação que eu tive minha mãe falava eu abaixava a cabeça ameaçasse levantar a voz então pra mim isso mexe muito coma cabeça o cara batendo na mãe no pai” (Jackson).

“e é tipo um adolescente de 15 anos... então só porque tipo está maior que a mãe hoje em dia não tem mais respeito, o respeito acabou, não tem mais assim pai... mãe... filho... não tem mais afeto está se acabando” (Aline).

“a mãe vai chama para o grupo, ele fala cala a boca ” (Jackson).

“ e as mães nunca desistem independente da condição do filho estão ali sempre lutando pra reverter a situação... é bem difícil” (Aline).

“...eu não sou mãe... mas eu acho que é isso que desperta essa função maternal... uma vontade de... as vezes impotência... esse menino que eu estava acompanhando agora eu queria pegar ele pra mim e levar ele para casa e me doe muito ver ele voltando para Fundação então eu acho assim que mexe muito mais trabalhar com adolescentes do que com adultos ...”(Joana).

Nesta direção Campos e Campos (2006), nos alerta sobre os perigos de certa tendência dos sujeitos em congelarem uma significação, uma determinada forma de representação do outro. Esta cristalização colabora para o processo de alienação, pois ao se estabelecer estereótipos fixos perde-se a possibilidade de singularizarão, de distinguir nuances entre os casos, operando também para uma desvitalização das intervenções clínicas.

Entretanto destacamos uma identificação projetiva, com os usuários e com os familiares, perigosa ao mesmo tempo inevitável quando entendemos que os trabalhadores também são pessoas, que carregam uma história, sofrimentos e angústias, que entram em contato com as mesmas dimensões dos usuários, e que sem a existência delas seria impossível reconhecê-las no outro. Cada encontro entre

pessoas é único e tem poder transformador na vida de quem se deixa tocar. A relação é a principal ferramenta do trabalho em saúde mental.

Não há como negar que o trabalho em saúde se dá no encontro, o encontro entre o trabalhador e o usuário. Sempre há um outro implicado, há cruzamento de subjetividades, a atuação de um corpo sobre o outro. Este encontro que para Merhy (1997) se produz no que ele denomina de espaço intercessor, onde se sustentam as tecnologias do trabalho.

Questiono também sobre os sentimentos que surgem quando olham para o caso de Ninja.

“vem o sentimento de ficar próximo, no sentido de querer entender mais as coisas... querer ampliar algumas coisas....”(Kim)

“ é um caso complexo e quando a gente olha para tudo não é só o Ninja tem essa família, tem essa história, a não relação com a mãe, são varias outras coisas, o fato de ele ser jovem, ele é muito inteligente apesar dele não ter critica da situação dele, tanto que os conteúdos que ele trazia quando ele estava em delírio, são os drones coisas do governo e fazia muito sentido então para ele ter aquele conhecimento ele tinha que ter estudado sobre aquilo ele assiste muitos filmes então ele traz muito conteúdo então as vezes dá um sentimento de impotência ... aqueles casos que são complexos de todas as maneira... mas é bom ver ele bem...ver o Ninja em surto e ver ele agora.”(Joana)

“nosso trabalho não é um trabalho fácil é o que eu falo com a minha equipe tem que gostar... não é porque apareceu uma vaga... aqui tem que gostar são pacientes diferenciados... eu fico contente de ver ele bem é um trabalho difícil mas as vezes um reconhecimento... vem quer falar comigo... a gente tem que dar esse apoio nessa dificuldade neste momento que ele está passando... fico contente com o caso do Laerte vi assim uma melhora de 30 %... é difícil o trabalho a gente tem 400 pacientes pra ver... muitos que não estão vindo, tem que fazer busca ativa, espero que ele continue... é nosso serviço...” (James).

Devemos considerar as dimensões subjetivas não só dos usuários, mas também as dos trabalhadores, para que ao serem atravessados pelas diversas linhas deste rizoma de cuidados, permitam-se fazer deslocamentos de seus territórios existenciais para estar em relação com o outro. Desta forma dando vazão as linhas de fuga, que permitem esta desterritorialização compondo processos de subjetivação.

Ao mudarmos o foco da trajetória de Ninja, onde deixamos de lado a narrativa como uma somatória de procedimentos/intervenções pelos quais ele passou e colocamos o foco sua história, ou em seus desejos, adentramos seu território existencial, a partir daí a equipe percebe que Ninja não é mais um CID, ou um caso difícil a ser levado em reunião, existe muito mais ali a ser explorado.

A tentativa de conceber quem é um indivíduo, é uma difícil tarefa, já que cada ser se expressa enquanto multiplicidade. Ninja se expressa como usuário de drogas, como jovem preocupado com o trabalho, como filho, como amigo. Existem muitos Ninjas em um só. Da mesma forma a construção de seu Projeto Terapêutico Singular e exige a mesma complexidade, pois exige o manejo dessas variadas facetas que se manifestam em um jovem.

Olhar para a dimensão da produção de subjetividade, é acreditar no rompimento de estruturas do modelo biomédico “do processo produtivo centrado no ato prescrito” e organizar processos de trabalho mais relacionais. Todos os fluxos e intensidades aqui apresentados atuam na construção da realidade social (Franco, 2012).

Onde a aposta é no sentido de ampliar coeficientes de vínculo, modificar padrões de relação profissional-usuário e seguirmos na busca de estar na real dimensão cuidadora.

7. CONEXÕES FINAIS

“Fica evidente ao analisar os modos de produção de cuidado, que surgem contradições e que o trabalho vivo é facilmente capturado pelo trabalho morto, como se disputassem um território.”

Emerson Merhy

É chegado o momento de realizarmos as conexões finais, final para esta escrita, mas infindável na vida. Já que o modelo adotado foi o de Rizoma e o rizoma é destituído de pontos de chegada ou partida, ele possibilita uma continua ligação e religação dos elementos.

Destacamos a importância desta pesquisa, pois se pretendeu analisar os processos cuidadores com os trabalhadores, destacando os processos subjetivos que o permeiam e por vezes o determinam. De acordo com Franco e Merhy (2012), é de vital importância que os serviços de saúde admitam que a dimensão subjetiva faz parte do modo de produção do cuidado em saúde. Ora, quando o trabalhador está em uma situação de trabalho, no exato momento da relação trabalhador - usuário é ele quem define como o cuidado será prestado, sendo que propostas e diretrizes advindas de níveis gestores são tomadas pelos trabalhadores de forma singular, cada trabalhador tem autonomia para interpretar e por em prática o que mais lhe aprouver.

Nosso compromisso nesta dissertação foi se revelando sempre no sentido de investigar- produzir subjetividades, linhas de fuga e processos inventivos visando colaborar com reflexões para melhorias no cotidiano de cuidados. De modo algum queremos prescrever um modo de cuidar ou colocar aos profissionais do CAPS AD o cuidado com os jovens, como mais uma coisa para “dar conta”. Com esta pesquisa não esperávamos desvendar saberes ocultos e/ou trazer aqui técnicas prontas sobre como é cuidar dos jovens, até porque não existe um saber único e absoluto, e se assim pensássemos estaríamos indo contra o que acreditamos, a saber não existe o uno e sim multiplicidades, teoria que fundamentou Deleuze na perspectiva do Rizoma.

A organização do trabalho evidenciada expressa “processos de subjetivação” marcados pela tensão entre modelos de atenção manicomial em detrimento ao modelo psicossocial. Lidar com o sofrimento, por vezes anestesia, mas é necessário que se faça uma diferenciação do que é cuidado necessário e do que é uma tutela invalidante de subjetividade. Pois os procedimentos nos protegem, o manicômio nos protege. É neste sentido que queremos caminhar? Cuidado! para não sermos aprisionados pela normatividade e nem para que haja um borramento da nossa visão do “olho vibrátil”(Franco, 2012).

Neste trabalho, assim como em tantos outros, a questão da não-adesão dos adolescentes-jovens ganha destaque e coloca-se como um problema-desafio para as equipes de saúde. Se por um lado algumas das características da juventude, como a rebeldia e certa resistência em aceitar auxílio e falar sobre seus problemas justifica a não adesão ao serviço, de outro temos a dificuldade dos serviços de saúde em se adequarem a esta população, oferecendo abordagens mais atrativas, ou mesmo os profissionais de saúde em se colocar disponíveis ao atendimento desta demanda.

Quando nos referimos a estar disponível, não nos referimos à existência de vagas, horários e grupos, mas sim à uma postura interna ética de acolhimento, disponível para a aceitação do jovem, assim como ele é, respeitando as diferenças entre as juventudes, ou seja, a forma como cada jovem se coloca no mundo. Como podemos alcançar esse objetivo? Acreditamos que um bom começo seria o de fazermos o simples exercício de nos colocarmos no lugar do outro. Acreditamos não ser tão difícil uma vez que os profissionais de saúde, ou até mesmo você leitor deva ser jovem ou já passou pela juventude um dia. Como você se sentia? Quais eram seus sonhos e/ou necessidades na época? O saber para o cuidado, se mostra presente a todo o momento, está presente na literatura, mas principalmente nos profissionais, nos familiares e nos jovens, que com certeza tem muito a dizer.

Neste contexto destacamos a discussão atual sobre o atendimento ao adolescente usuário de drogas, se este será realizado no CAPS infantil ou no CAPS álcool e drogas, que tem gerado polêmicas e muitas incertezas entre os trabalhadores, usuários e familiares.

Diante disto podemos pensar que o que define o cuidado não é somente o local físico onde ele é realizado. O cuidado se inscreve é no território existencial do trabalhador, no sua postura ético-política, que ele carregará por onde for. (Franco,

2012). Deste modo, cabe se pensar no investimento que tem sido feito, ou a ser feito no cuidado com o trabalhador, na sua capacitação teórica-técnica, assim como incluir cuidados à sua saúde física e mental.

Para além das discussões de espaços, se o cuidado do jovem usuários de drogas cabe ali ou acolá. Pensar no cuidado de jovens, é pensar em trabalho em rede, não há como negar o cuidado compartilhado, e não me refiro somente entre os serviços de saúde, mas entre as diversas áreas, destacando principalmente a importância da área social e a da educação neste cuidado. É essencial que essas áreas se conversem, pois o jovem necessita deste olhar, deste cuidado em relação ao momento que vive. Pois, pensar em promoção a saúde do jovem, é pensar no presente e no futuro também.

Dentro desta pesquisa elegemos um local para análise da produção de cuidados aos jovens usuários de drogas em um serviço técnico especializado, o CAPS AD, mas nós questionamos sobre este cuidado ser realizado somente em local especializado. Perguntamos-nos como são cuidados os jovens usuários na Atenção Básica? E em outros espaços, como a escola. Como os professores lidam com esta questão? O jovem é cuidado? A questão do uso de drogas é abordada? Deixamos registrada nossa proposição para trabalhos futuros, na esperança de continuidade e ampliação do cuidado à juventude brasileira.

O profissional de saúde foi alvo de destaque em nosso trabalho e gostaríamos de colocar ênfase em seu processo de formação e também quanto a sua subjetividade. Observa-se a necessidade de ampliar o conhecimento dos profissionais acerca da temática da juventude e suas especificidades. Pois de acordo com Merhy (2002), quanto maior for à caixa de ferramentas, ou seja, o conjunto de saberes e tecnologias dos profissionais utilizados no fazer-cuidado, maior será a possibilidade de compreender o problema a ser enfrentado.

E durante este percurso, sempre nos perguntávamos: Porque Ninja transborda e escorrega entre os vãos do serviço? Uma produção de cuidados que está centrada em procedimentos fragmenta, desta forma obtivemos apenas fragmentos da passagem de Ninja pelo serviço, que se unificou pela somatória, mas quem é este jovem dentro deste devir Ninja? Quais são seus outros devires, desejos, sonhos e história? Neste sentido, Merhy (2002, p.138) fala que também enquanto profissionais da saúde estamos implicados neste processo:

“Todos nós, que de uma forma ou de outra somos trabalhadores de saúde ou mesmo usuários, sabemos que, quando somos “objeto” daquele percurso produtivo, há sempre algo que falta nas relações entre os usuários e os trabalhadores, pois como usuários temos a nítida vivência de que a produção de procedimentos vale mais do que nós mesmos.”

Faz-se necessário um movimento em prol de mudança, de ruptura, movimentos de desterritorialização do velho e reterritorialização para o novo, novo este que pode se constituir em novos arranjos existenciais dos profissionais. O novo pode trazer incomodo dor, conflito e até medo. É como chegar a um país diferente, onde você terá que aprender uma nova língua e conviver com novos costumes e hábitos. Mas é preciso para adentrar este novo mundo, fazer um luto do velho outro, ver se diante da morte de si para buscar outro território, como novos referenciais de vida e produção (Franco, 2012).

Reconhecemos a questão da heterogeneidade da demanda que frequenta os CAPS AD, assim como a quantidade de pessoas que ele atende, que hoje no CAPS onde realizamos o estudo se encontra bem acima da média prevista, e é um exemplo dentro tantos outros equipamentos de saúde que experimentam a mesma realidade. Assim gerando contextos de sobrecarga de trabalho o qual o profissional e sua subjetividade se veem inseridos.

Mas a nossa in-tensão é de defendermos um lugar para a juventude. Não podemos continuar a lhe negar este lugar, pois não há espaço para ela nas políticas públicas, nem sociais e nem de saúde. Ela permanece estando no limbo dos serviços, não há um direcionamento específico, ela vai se ajustando, vai cabendo aonde dá. Nossa hipótese é de certa forma que este jovem que não cabe e não consegue se ajustar neste lugar estreito, vai encontrando refúgio e acolhimento nas drogas e na criminalidade, e que estes espaços tem se tornado mais atrativos e democráticos. Triste realidade, porém olhar para o sofrimento psíquico-social da juventude serve como importante instrumento diagnóstico das contradições da sociedade contemporânea.

Espera-se que os achados trazidos neste estudo ampliem os entendimentos sobre as necessidades de saúde dos jovens usuários de drogas e colaborem na elaboração de intervenções terapêuticas mais eficazes e condizentes com a demanda do público juvenil.

Esta dissertação-análise-narrativa, mais que análise teve mais a pretensão de ser provocativa, a fim de nos convocar para o conflito, conflito este que quem sabe

possa servir como um antídoto para o nosso enrijecimento-endurecimento das práticas e formas de atuação. Confirmando esta fala, Merhy (2002) diz que qualquer tentativa de receita para a gestão em saúde enfrentará tensões, pois elas são o que constituem os territórios políticos e os processos de trabalho. O cuidar é um território em construção, polissêmico e por essência conflituoso.

8. REFERÊNCIAS

- Abramo HW. O uso das noções de adolescência e juventude no contexto brasileiro. In: Freitas MV, organizadora. *Juventude e Adolescência no Brasil: referências conceituais*. São Paulo: Ação Educativa; 2005. p. 9- 18.
- Almeida MM, Oliveira MA, Pinho PH. O tratamento de adolescentes usuários de álcool e outras drogas: uma questão a ser debatida com os adolescentes? *Rev. Psiqu. Clín.* 2008;35(1):76-81.
- Alvarez J, Passos E. Cartografar é habitar um território existencial. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2012. p.131-49.
- Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(11):2309-19.
- Amarante AGM, Soares CBS. Políticas públicas de saúde voltadas à adolescência e à juventude no Brasil. In: Borges ALV, Fujimori E, organizadoras. *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica*. Barueri: Manole; 2009. v. 1.p. 42-60.
- Andrade MT. Reflexões sobre políticas de Drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4665-74.
- Araujo NB, Marcon SR, Silva NG, Oliveira JRT. Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT. *J Bras Psiquiatr*. 2012;61(4):227-34.
- Araujo D, Gomes de Miranda MC, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2014;31(1):20-31.
- Backes SD, Colomé SJ, Erdmann HR, Lunardi LV. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde*. 2011.35(4):438-442.
- Barembliitt FG. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari; 2002.
- Barros LMR, Barros MEB. O problema da análise em pesquisa cartográfica. *Fractal Rev Psicol*. 2013;25(2):373-90.
- Barros PL, Kastrup V. Cartografar é acompanhar processos. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2012. p. 52-75.
- Brasil. *Política Nacional da Juventude: diretrizes e perspectivas*. Novaes RCR, Cara DT, Silva DM, Papa FC, organizadores. São Paulo: Conselho Nacional de Juventude, Fundação Friedrich Ebert; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília;2011.

Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Bastos FI, Bertoni N. Estimativa de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país. FIOCRUZ/SENAD/Ministério da Saúde/Ministério da Justiça; 2013.

Brasil. Congresso Federal. Lei Federal nº 12.852, de 05 de Agosto de 2013. Dispõe sobre o Estatuto da Juventude. Secretaria Nacional de Juventude. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Presidência da República; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral à usuário de álcool e outras drogas. Brasília; 2003.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Andrade AG, Duarte PCAV, Oliveira LG. (Org). I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. GRE/IPQ-HC/FMUSP. Brasília: SENAD; 2010.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras em 2003. São Paulo: CEBRID; 2004.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 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 – 2010. São Paulo: CEBRID/UNIFESP/SENAD; 2010.

Brasil. Congresso Federal. Lei Federal nº8.069, de 13 de Julho 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Presidência da República; 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral à usuário de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Brasil. Política Nacional sobre drogas. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. Brasília; 2005.

Brasil. Conselho Federal de Psicologia. Relatório da “4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Brasília; 2011.

Brasil. Programa Crack é possível vencer. Brasília [Internet]; 2011. [citado 2014 Jan.19]. Disponível em: <http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/home>

Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Fórum Nacional de saúde mental infanto-juvenil. Documento Síntese da VIII Reunião Ordinária. Brasília; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº 130, de 26 de Janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília;

2012.[citado 2014 jan.19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html

Brito MR. Escrita como abertura vital: por entre linhas deleuzianas [Internet]. ALEGRAR.2014.13 – (Jun). [citado 2014 dez.19]. Disponível em: http://www.alegrar.com.br/revista13/pdf/escrita_como_abertura_brito_alegrar13.pdf

Caçapava JR. A produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica à Saúde: um olhar dos trabalhadores sobre o acolhimento [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Campos MTA, SILVA RC. Porque precisamos definir uma adolescência? In: Lyra J, Medrado B, Oliveira AR, Sobrinho A, organizadores. Juventude, mobilização social e saúde: Interlocações com políticas públicas. Recife: Instituto PAPAI/MAB/Canto Jovem; 2010. p.13-20.

Campos RTO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 669-88.

Cassiano M, Furlan R. O processo de subjetivação segundo a esquizoanálise. Psicologia & Sociedade. 2013;25(2):373-78.

Chizzotti AA Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais: Evolução e Desafio. Revista Portuguesa de Educação. 2003;16(2):221-236.

Colvero LA. Fragmentos de uma rede de lugares e movimento: o cuidado em saúde mental na atenção básica [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;2010.

Conte M. Desafios na juventude: drogas, consumismo e violência. Educação & Realidade, Porto Alegre. 2008;33(2):131-46.

Dayrell J. O jovem como sujeito social. Revista Brasileira de Educação. 2003;(24) p.40-52.

Deleuze G, Guattari F. Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia. Trad. de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de janeiro: Ed. 34, v. 1, 1999. 94 p.

Dias CA. Grupo Focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. Revista Informação & Sociedade. 2000;10(2) p. 1-12.

Escóssia L, Kastrup V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. Psicologia em Estudo. 2005;10(2): 295-304.

Espinheira G. Os tempos e os espaços das drogas. In: Toxicomania: incidência clínicas e socioantropicas. EDUFBA;2009.

Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1982.

Franco TB. Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos em Apoio ao Planejamento: o caso de Luz (MG). In: Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.

Franco TB, Merhy EE. O Reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado [Internet]. 2012. [citado 2015 jan 05]. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>.

Frutuoso JT, Cruz RM. Mensuração da carga de trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador. Rev. Bras. Med.Trab, 2005.3(1):29-36.

Garcia MLT, Leal FX, Abreu CC. A Política Antidrogas Brasileira: velhos dilemas. Psicologia & Sociedade. 2008;20(2):257-66.

Gonçales CAV. Cotidiano de cuidados à pessoa com depressão na pós-modernidade: uma cartografia [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Gondar J. A clínica como prática política. Lugar Comum: Estudos de Mídia, Cultura e Democracia. 2004;(19):125-34.

Haesbaert R, Bruce G. A Desterritorialização na Obra de Deleuze e Guattari. GEOgraphia. 2009;4(7):7-22.

Horta NC, Sena RR. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2010;20(2):475-95.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira [Internet]. Brasília; 2010. [citado 2015. jan 18]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsois2010/SIS_2010.pdf

Junior GB, Vilas J. Aprenda 10 lições sobre Itaquera, o bairro que vai receber o estádio do Corinthians. Folha de S. Paulo [Internet]. 2010 nov.15 [citado 2015. jan 18]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/saopaulo/830368-aprenda-10-licoes-sobre-itaquera-o-bairro-que-vai-receber-o-estadio-do-corinthians.shtml>.

Kastrup V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2012. p.32-51.

Kastrup V, Barros RB. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2012. p.76-91.

Kastrup V, Passos E. Cartografar é traçar um plano comum. Fractal: Revista de Psicologia. 2013;25(2):263-280.

Kerbaui MTM. Políticas de Juventude: Políticas Públicas ou políticas governamentais?. Estudos de Sociologia, Araraquara (18/19). 2005:193-203.

Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta AMF. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 55-9. (SaúdeLoucura, 10)

Leal BMML. Movimentos do cuidado em saúde mental na estratégia da saúde da família [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

León OD. Adolescência e juventude: das noções às abordagens. In: Freitas MV, organizador. Juventude e Adolescência no Brasil: Referências Conceituais. São Paulo: Ação Educativa; 2005. p. 9- 18.

Lopez SB, Moreira MCN. Quando uma proposição não se converte em política? O caso da Política Nacional da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ. Ciência & Saúde Coletiva. 2013;18(4):1179-1186.

Lopes RE, Adorno RCF, Malfitano APS, Takeiti BA, Silva CR, Borba PLO. Juventude pobre, violência e cidadania. Saúde Soc. 2008;17(3):63-76.

Machado AR, Miranda PSC. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 2007;14(3): 801-821.

Martines WRV. O cotidiano da produção de cuidados em saúde mental e a produção de prazer: uma cartografia [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011,

Martines WRV, Machado A, Colvero LA. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2013;7(2): 203-211.

Melo ML. Internação compulsória de crianças usuárias de crack: só 25% de êxito. Jornal do Brasil [Internet]. 2013 mar. 17 [citado 15 jun. 2014]. Disponível em: <http://www.jb.com.br/rio/noticias/2013/03/17/internacao-compulsoria-de-criancas-usuarias-de-crack-so-25-de-exito/>

Melucci A. O jovem como modelo cultural. Revista Brasileira de Educação. ANPED - Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação, 1997. p. 5–14.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002. Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde; p. 115-33.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002. Apostando em Projetos Terapêuticos Cuidadores: desafios para a mudança da escola médica (e dos serviços de saúde); p. 135-47.

Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. Leituras de novas tecnologias e saúde. Bahia: Editora UFS; 2009.p. 29-56.

Merhy EE. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em Saúde. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.

Mororó MEML. Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projetos terapêuticos em Centros de Atenção Psicossocial – CAPS III [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Nunes DC, Santos LMDB, Fischer MFB, Guntzel P. Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. In: Santos LMB, organizador. Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (CRPRS) – Porto Alegre: Ideograf; 2010. p.15-16.

Observatório Cidadão Nossa São Paulo [internet]. São Paulo; 2006. [atualizado em 2015; citado 2015 fev.22]. Disponível em: <http://www.nossasaopaulo.org.br/observatorio/index.php>.

Oliveira AR, Lyra J. Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e as políticas públicas de saúde: desafios à Atenção Básica. In: Lyra J, Medrado B, Oliveira AR, Sobrinho A, organizadores. Juventude, mobilização social e saúde: Interlocuções com políticas públicas. Recife: Instituto PAPAI/MAB/Canto Jovem; 2010. p. 49-74.

Oliveira JF, Nascimento EM, Paiva MS. Especificidades de usuários (as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. Esc Anna Nery RevEnferm.v. 2007;11(4):694-8.

Oliveira LG, Nappo SA. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. Revista de Psiquiatria Clínica [Internet]. 2008 [cited 2014 Jun. 16];35(6):212-218. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000600002>.

Oliveira MS, Szupszynski KDR, DiClemente C. Estudo dos estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas. Psico., Porto Alegre. 2010.;41(1):40-46.

Passos E, Barros RBA Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2012. p.17-31.

Paulilo MA, Jeolás LS. Jovens, drogas, risco e vulnerabilidade. Serviço Social em revista. 2000;03(1):39-59.

Paulon SM. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. Psicologia e Sociedade. 2005;17(3):18-25.

Paulon SM, Romagnoli RC. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. Estudos e Pesquisas em Psicologia Social. 2010;10(1):85-102.

Peixoto C. et al . Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). J. bras. psiquiatr. 2010;59(4):317-321.

Peralva AT. O jovem como modelo cultural. Revista Brasileira de Educação. ANPED - Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação, 1997. p. 15–24.

Pratta EMM, Santos MA. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2009;25(2):203-211.

Petuco DRS. Redução de Danos. In: Álcool e Outras Drogas/Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. São Paulo: CRPSP; 2011. p. 127-137

Pinho PH. et al. Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. *Rev esc enferm USP*. 2009;43(2):1261-66.

Quinderá PHD, Jorge MSB, Franco TB. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. *Physis (Rio J.)*.2014;24(1):253-271.

Raupp LM, Milnitsky-Sapiro C. Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo. *Estud. Psicol*. 2009;26(4):445-454.

Raupp LM, Milnitsky-Sapiro C. A “reeducação” de adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o Tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2008;42(3): 362-368.

Reis MV, David HMSL. O Fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. *Rev. APS*. 2010. 13(1):118-125.

Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008;13Supl2: 2299-2306.

Rocha ML, Aguiar KF. Pesquisa - intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2003;23(4):64-73.

Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre:Sulina;2011.

Romagnoli R. A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociedade*.2009;21(2):166-73.

Romera L. Drogas e mídia: influência no lazer da juventude. *Licere (Online) [Internet]*.2009[cited 2014 Jun. 16];12(3):1-18.Disponível em: <http://www.anima.eefd.ufjf.br/licere/pdf/licereV12N03_ar4.pdf

Scaduto AA, Barbieri V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009;14(2):605-614.

Scisleski ACC, Maraschin C. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicol Estud.*. 2008;13(3):457-65.

Scisleski ACC, Maraschin C, Silva RN. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2008 [citado 2013 Jun 15];24(2):342-352. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/12.pdf>

Soares CB. Juventude e saúde: concepções e políticas públicas. In: Dayrell J, Moreira MIC, Stengel M, organizadores. *Juventudes contemporâneas: um mosaico de possibilidade*. Belo Horizonte: Ed. PUC. Minas;2011. p. 361-378.

Souza DR. Redução de Danos (RD): análise das concepções dos profissionais de um centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas (Capsad) [tese]. São Paulo:Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;2013.

Turato RE. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública. 2005;39(3):507-14.

Vasters P, Pillon SC. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. Rev. Latino-am. Enfermagem. 2011;19(2):317-324.

Vergara AJS, Justos JS. Juventude, Drogas e Biopolítica. R. Inter. Interdisc. INTERthesis.2011;8(1):87-119.

Williams AV, Meyer E, Pechansky F. Desenvolvimento de um jogo terapêutico para prevenção da recaída e motivação para mudança em jovens usuários de drogas. Psicol. Teoria e Pesquisa. 2007;23(4):407-413.

APÊNDICE: QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Idade:

Sexo: M () F ()

Escolaridade: _____

Se for graduado, há quanto tempo? _____

Função que exerce dentro da instituição: _____

Possue pós-graduação ou outros cursos relevantes na área? Se sim, cite-os.

Há quanto tempo trabalha em serviço público?

Há quanto tempo trabalha neste Caps ad? Trabalha em outro local?

Teve experiência anterior na área da dependência química?

Porque escolheu trabalhar com álcool e drogas? Como começou a trabalhar neste serviço?

Porque permanece?

Gosta de trabalhar nesta área? Sente reconhecimento de seu trabalho, pela equipe? Pelo gestor?

O que você considera como maior desafio nesta área de atuação?

ANEXO I: ROTEIRO - GRUPOS FOCAIS COM OS PROFISSIONAIS DO CAPS AD.

Encontro1. Apresentação:

- Apresentação da pesquisa e da pesquisadora (entrega do Termo de Consentimento).
- Distribuição dos questionários de caracterização da equipe.
- Pedir-se para que os trabalhadores também se apresentem. (refletir com eles como é a experiência de se trabalhar com álcool e drogas)
- Discutir sobre a temática da juventude, explorando o conhecimento prévio, porém apresentando novos olhares de acordo com o referencial teórico da pesquisa.
- Pedir para que eles apresentem o serviço (sobre a organização e funcionamento do serviço, mas também conhecer como é o serviço pela ótica deles).

Encontro 2. Construção do fluxograma analisador:

- Construção coletiva de um fluxograma a partir de um caso típico. (de acordo com critérios estabelecidos pela pesquisa)

Encontro 3. Discussão/reflexão e fechamento:

- Neste momento espera-se que o fluxograma analisador já tenha contribuído no sentido de emergir algumas questões, deixando aparente os possíveis nós críticos.
- Ao realizar a análise do fluxograma iremos refletindo sobre como é construído o cuidado do jovem dentro daquele serviço. Existem espaços específicos? Atividades dirigidas especialmente para aquele público?
- Discussão/reflexão sobre os processos de trabalho no Caps, com ênfase no caso discutido.
- Discutir sobre as suas principais dificuldades no cuidado com o jovem. Ao mesmo tempo levando a equipe a refletir a respeito das concepções acerca da juventude, sua relação com a droga, apresentando e problematizando as teorias atuais sobre o tema.

ANEXO II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais de saúde

(TCLE - [Resolução 466/2012](#))

Eu, Michele Gomes Baylon Silva, portadora do RG. 41.634.530-x, terapeuta ocupacional, aluna da pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou desenvolvendo a pesquisa, com título provisório “*Desafios no cuidado ao jovem usuário de substâncias psicoativas*”, sob a orientação da ProfªDrª. Luciana de Almeida Colvero.

O objetivo desta pesquisa é compreender e analisar os modos de produção de cuidado ao jovem usuário de substâncias psicoativas de um serviço especializado em álcool e drogas Caps ad. Para tal, iremos observar o cotidiano de trabalho, será necessário preencher um questionário para conhecermos melhor você e sua experiência profissional, e realizaremos 03 grupos de discussão sobre o atendimento aos jovens. Os encontros serão coordenados pela pesquisadora e contará com a presença de um observador. O conteúdo será gravado e transcrito para posterior análise. Sua identidade não será revelada, garantindo a confidencialidade, sigilo e privacidade.

A participação nesta pesquisa é voluntária, sua recusa não trará nenhum prejuízo, você também poderá desistir a qualquer momento e retirar seu consentimento não acarretando prejuízos pessoais ou a sua vida profissional. Não haverá compensação financeira pela participação no estudo. Os dados produzidos ficarão guardados sob responsabilidade da pesquisadora e os resultados do estudo serão apresentados / divulgados em periódicos e eventos científicos.

Obs: Este documento deverá ser assinado em duas vias, ficando uma com o(a) senhor(a) e outra com a pesquisadora.

Eu, _____ declaro ter sido satisfatoriamente informado sobre os objetivos desta pesquisa, forma de participação e a utilização das informações e concordo em participar.

São Paulo, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Pesquisadora: Michele Gomes Baylon Silva

Endereço: Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 419

Telefone para contato com a pesquisadora: (11) 980608580

Email: michelebaylon@hotmail.com

Comitê de ética em Pesquisa da EEUSP: edipesq@usp.br (11)3061-7548

Contato do CEP/SMS: smscep@gmail.com / 11-33972464 (para o esclarecimento de dúvidas e denúncias quanto à questões éticas)

ANEXO III: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O USUÁRIO OU FAMILIAR.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o usuário ou familiar

(TCLE - [Resolução 466/2012](#))

Convido você à colaborar com a pesquisa chamada: *“Desafios no cuidado ao jovem usuário de substâncias psicoativas”*, esta é uma pesquisa realizada pela pesquisadora Michele Gomes Baylon Silva, portadora do RG. 41.634.530-x, que é aluna da pós-graduação da Escola de Enfermagem da USP.

O objetivo desta pesquisa é entender como é feito o tratamento dos jovens usuários de drogas no Caps ad III de Itaquera. Para isto será necessário consultar alguns dados contidos no seu prontuário ou prontuário de seu familiar.

Os dados coletados no prontuário serão os sócio-demográficos, ou seja, sexo, idade, gênero, etc. Também sua história e evolução ao longo do tratamento e tipos de atendimento ou intervenção você ou seu familiar foi submetido no serviço (consultas, atendimentos individuais, acolhimento noturno etc.). Esclareço que seu nome ou o nome de seu familiar não aparecerá em nenhum momento durante a redação e/ou publicação da pesquisa.

A participação nesta pesquisa é voluntária, sua recusa não trará nenhum prejuízo, você também poderá desistir a qualquer momento e retirar seu consentimento não acarretando prejuízo pessoal ou ao seu atendimento no Caps. Não haverá compensação financeira (pagamento) pela colaboração no estudo. Os dados produzidos ficarão guardados sob responsabilidade da pesquisadora e os resultados do estudo serão apresentados / divulgados em periódicos e eventos científicos.

Reforço que pesquisa não trará nenhum risco ou prejuízo à você ou seu familiar, nem interferirá no tratamento realizado no CAPS. Sua colaboração será muito importante, pois a partir desse estudo poderemos conhecer os fatores que facilitam e dificultam o tratamento, esperamos contribuir para a melhora no atendimento ao jovens.

Eu, _____ declaro ter sido satisfatoriamente informado sobre os objetivos desta pesquisa, forma de participação e a utilização das informações e concordo em participar.

São Paulo, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Obs: Este documento deverá ser assinado em duas vias, ficando uma com o(a) senhor(a) e outra com a pesquisadora.

Contato:

Pesquisadora: Michele Gomes Baylon Silva

Endereço: Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 419

Telefone para contato com a pesquisadora: (11) 980608580

Email: michelebaylon@hotmail.com

Comitê de ética em Pesquisa da EEUSP: edipesq@usp.br (11)3061-7548

Contato do CEP/SMS: smscep@gmail.com / 11-33972464 (para o esclarecimento de dúvidas e denúncias quanto à questões éticas)

ANEXO III: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO/SP.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Os Desafios no cuidado ao jovem usuário de substâncias psicoativas

Pesquisador: Michele Gomes Baylon Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32531414.7.3001.0086

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 751.084

Data da Relatoria: 07/08/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa qualitativa, realizada por aluna de pós graduação da Faculdade de Enfermagem da USP que utilizará o método cartográfico (pesquisa e intervenção), para analisar, compreender o processo de trabalho adotado no atendimento de jovens usuários de álcool e drogas, no CAPS ad III. Para a coleta de dados, a pesquisadora observará o trabalho de atendimento realizado pelos profissionais de saúde, aos usuários, fará grupo focal e aplicará questionário aos 12 profissionais da saúde envolvidos no atendimento, participantes da pesquisa. Também fará consulta ao prontuário de um dos usuários atendidos. Os dados serão analisados pela técnica de análise de discurso.

A pesquisadora justifica a importância da pesquisa afirmando que apesar do avanço das abordagens da saúde mental de modo geral, o atendimento aos usuários de drogas psicoativas ainda é permeado de preconceitos, desconsiderando a complexidade das situações e as necessidades específicas dos jovens usuários de drogas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos

- Compreender os modos de produção de cuidado ao jovem usuário de substâncias psicoativas de um serviço especializado em álcool e drogas Caps ad III.
- Analisar os processos de subjetivação e produção do cuidado ao jovem usuário de substâncias

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 751.084

psicoativas de um serviço especializado em álcool e drogas Caps ad III.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Há grande risco de desconforto dos participantes que terão seu trabalho sendo observado para os usuários pelo assunto abordado pelo projeto.

Os benefícios que podem advir superam os riscos, uma vez que o diálogo, a troca de ideias, a reflexão sobre a prática, podem trazer mudanças benéficas tanto para o trabalhador de saúde quanto para os usuários, participantes do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto com bom embasamento teórico e que sugere, a partir de afirmações contidas nos primeiros parágrafos da introdução do projeto, que a pesquisadora tenha se inspirado no desconforto sentido em vivências prévias em serviços que oferecem atendimento aos jovens usuários de substâncias psicoativas. A metodologia está adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi apresentada. Cronograma e Orçamento foram apresentados; os custos do projeto estarão a cargo do pesquisador.

O TCLE foi considerado adequado após retificações.

Recomendações:

Enviar um adendo ao CEP da instituição proponente a fim de que sejam informadas as alterações feitas ao projeto ora aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 751.084

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e). De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 14 de Agosto de 2014

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com