

APRIMORAMENTO EM ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

TRABALHO FINAL

Olhares de uma aprimoranda inserida no CAPS infantil Espaço Criativo: a clínica do adolescente com abuso de substância e a intersectorialidade do cuidado

Maíra do Val Soares

Realizei minha prática do programa de aprimoramento no CAPS Infantil Espaço Criativo e, durante esse percurso, muito conhecimento, questões, angústias foram sendo desconstruídos e reconstruídos a partir da vivência cotidiana com as crianças, adolescentes, mães e profissionais do serviço. No CAPS Infantil, a multiplicidade de problemas relacionados à saúde mental é grande, fazendo com que o serviço/equipe e usuários tenham que lidar, cotidianamente, com a diversidade e o inusitado.

Minha proposta, neste trabalho, é refletir sobre a importância do CAPSi enquanto política pública para a atenção em saúde mental territorial a crianças e adolescentes, focando na clínica do adolescente com problemas relativos ao uso abusivo de substâncias psicoativas realizada no CAPSi Espaço Criativo. Percorrendo esta questão, gostaria de abordar algumas temáticas: a clínica da redução de danos na adolescência e a intersectorialidade que o cuidado dessa população requer.

Para início de conversa....

Para o início de tal discussão, é importante retomar, resumidamente, a construção do CAPS Infantil enquanto espaço em potencial para o cuidado de crianças e adolescentes em grave sofrimento psíquico. Historicamente, o Brasil apresenta um déficit assistencial para o cuidado dessa população, sendo as ações relacionadas a saúde mental delegadas aos setores educacional e de assistência social. Dessa forma, jovens com diversos tipos de transtornos eram asilados em abrigos, semelhantes aos hospitais psiquiátricos no que diz respeito à exclusão e aniquilação enquanto sujeito.

A saúde mental da infância e adolescência foi incluída como pauta apenas na III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), na qual foram determinadas diretrizes e políticas públicas, a partir dos princípios do SUS, que cuidassem desta população.

Os CAPSi foram propostos a partir do ano de 2002, enquanto serviços territoriais, financiados integralmente com recursos do SUS e com a função de promover atenção em saúde mental baseado na integralidade do cuidado. Estes equipamentos são responsáveis por atender os pacientes e suas famílias, através de recursos terapêuticos diversos, além do desenvolvimento de ações para o conhecimento e ordenação das diferentes demandas relacionadas à saúde mental no território sob sua responsabilidade.

No CAPSi Espaço Criativo, após o processo de acolhimento e o reconhecimento da demanda, é realizado, pela equipe de referência, um projeto terapêutico com o usuário. Neste ano, para a população adolescente estão disponíveis alguns dispositivos, como: ateliê, grupo trocando uma idéia, grupo motivacional, grupo mural, grupo de esportes, hip-hop, trampolim, oficina de estilo, grupo laboratório de experiências circulantes e oficina aberta de culinária. Aqueles que tem indicação de atendimento individual são acompanhados em terapia e casos que necessitem de medicação ou avaliação passam pela psiquiatria.

Boa parte dos adolescentes que fazem uso de substâncias, entretanto, realiza uma circulação diferenciada no serviço, que poderíamos chamar de sazonal. Visto que muitos deles encontram-se em circulação de rua devido a questões familiares diversas, estes jovens procuram o CAPSi em períodos em que querem “dar um tempo” em relação a droga e engordar. Em relação a esses adolescentes, o contato com o CAPSi é facilitado quando o estes procuram o Pernoite Protegido nesse período. Percebo que nesses casos, a construção de um PTS fica mais difícil; o adolescente é acolhido, escutado e lhe são proporcionadas atividades- principalmente oficinas abertas e ambiência- e a proposta, normalmente, é de intensividade no CAPS. Me parece que a entrada em grupos de caráter terapêutico fica em segundo plano.

Parte desses adolescentes faz passagens na Fundação Casa, e quando isto ocorre o CAPSi continua sendo seu serviço de referência. Nesse momento, torna-se possível a construção de um PTS bem delineado e uma entrada efetiva em grupos terapêuticos, terapia individual e administração de medicação, quando necessária. Nem todas as unidades da Fundação colaboram com o projeto pensado pela equipe, percebe-se uma valorização dos profissionais da Fundação Casa com relação ao atendimento em psiquiatria. Além disto, a intensividade do projeto terapêutico acaba sendo definida pela Fundação, visto que usualmente é inviável a vinda destes adolescentes mais do que uma vez na semana.

Estas situações, cotidianas no serviço, me despertam algumas questões: será que estamos tão naturalizados com essa “dinâmica” destes adolescentes que, quando

eles se vão (novamente) pouco é feito para resgatá-los? Será que quando eles chegam (voltam) conseguimos propor algo que faça realmente sentido? –os usuários devem se adaptar ao que é disponibilizado no CAPS ou o CAPS deve fornecer algo que faça sentido para o usuário? O que significa a clínica na perspectiva de redução de danos na adolescência? É papel do CAPSi ou da assistência social a busca ativa desses jovens em circulação de rua? Quem se responsabiliza? Estamos realmente conseguindo trabalhar de forma intersetorial, compartilhando cuidados e responsabilidades?

No trabalho com crianças e adolescentes a intersetorialidade se revela como imprescindível para a construção de um cuidado integral. Alguns autores¹ referem que a operacionalização destas ações, entretanto, não é tarefa fácil. Facilmente podemos cair na armadilha da acomodação, na qual nenhum campo de atuação toma para si a responsabilidade por articular intervenções ou ainda, como a questão da saúde mental com crianças e adolescentes é marcada por uma concepção ampliada de cuidados, há o perigo de dos serviços assumirem de forma centralizadora todo o agenciamento de ações, desresponsabilizando outros parceiros.

Acredito que um grande problema relacionado ao trabalho intersetorial relaciona-se com a clareza das especificidades das funções de cada equipamento: o que é próprio do CAPSi, o que é próprio da escola, da assistência social, da atenção básica e da justiça.

Presenciei algumas situações que ilustram bem essa questão: encaminhamentos de escolas com diagnósticos de crianças e adolescentes, equipamentos da assistência social que exigem a internação de adolescentes ou que não aceita o abrigo porque a criança ou adolescente não se encaixa no perfil (quem se encaixa?), a justiça quando determina o tratamento no CAPSi, o C.S ao se eximir do cuidado pelo fato de que a criança/adolescente já era atendido no CAPSi ou porque estava em regime de internação na Fundação Casa. Por outro lado, o CAPSi ao se eximir de buscas ativas de adolescentes em circulação de rua e tratando, algumas vezes com descrédito, estes parceiros.

¹ Couto, Maria Cristina V. & Delgado, Pedro Gabriel G; Oliveira, Raquel C

Situações para reflexão

O adolescente A., dezessete anos, frequenta o serviço já há alguns anos, ainda enquanto este funcionava como CRAISA (Centro de Referência Integral a Saúde do Adolescente). A. é um garoto de manejo difícil, e que claramente provoca reatividade na equipe. Ele demanda bastante atenção, gosta de falar em alto e bom som, pela ambiência, dos seus casos relacionados à “criminalidade”. A mãe de A. também tem uma entrada difícil no serviço: tem dificuldade em entender acordos, reclama do serviço realizado pelo CAPSi nos demais serviços da rede e cobra uma resolutividade quase mágica do caso. Essa mãe percebe A. como um menino que não dá conta de nada: diz para mim, no meio da ambiência, que ainda tem que limpá-lo após ele ir ao banheiro. A. Já fez algumas passagens pela Fundação Casa e também já foi abrigado algumas vezes. Atualmente está internado na Fundação Casa e devido a tentativa de fuga é o único garoto que fica algemado durante a permanência no CAPSi, o que gera desconforto na equipe, nos demais usuários e no próprio adolescente.

Foi realizada uma reunião com diversos serviços que acompanham A. para pensar sobre sua situação e as propostas sugeridas por técnicos que representavam a justiça e assistência social foram: internação no Pinel ou manicômio judiciário. Os técnicos do CAPSi mais envolvidos no caso entenderam que essas opções não iriam produzir transformações positivas no garoto, e se posicionaram contra, optando por continuar o acompanhamento de A. no serviço e recebê-lo mesmo algemado. Percebe-se aqui, um cansaço de todos aqueles envolvidos no cuidado de A., e um descrédito quanto ao seu empoderamento enquanto sujeito.

B. é outro adolescente que também está vinculado ao CAPSi desde o CRAISA. Atualmente com dezessete anos, relata circular pela rua desde os sete anos. Tive a oportunidade de conhecê-lo devido a uma encomenda, feita para mim, através de sua técnica de referência: no período de suas férias, eu ficaria referenciando B.. Esse período durou apenas um mês, porém foi o bastante para me angustiar: nunca havia visto B. e não conseguia encontrá-lo no Pernoite Protegido. Fiz algumas visitas a esta instituição, que recebe os meninos e meninas em circulação de rua, tentando encontrá-lo, e ligava para lá a sua procura periodicamente, pedindo para que, assim que B. aparecesse, me informassem ou tentassem trazê-lo ao CAPSi. Levei a discussão de B. para a mini-equipe, colocando a minha dificuldade em acessá-lo, e no geral, a resposta obtida foi que era este mesmo o movimento de B. há anos no serviço: ia e vinha, de acordo com as suas necessidades, passava bastante tempo

inacessível, circulando na rua e fazendo uso abusivo de crack e depois reaparecia, demandando algum cuidado.

Isso me trouxe um incômodo, passei a questionar até quando éramos nós, enquanto equipe de saúde mental que referenciava B., que deveríamos plantar nele uma demanda de cuidado, visto que sabíamos que ele estava exposto a situações de risco ou se nosso papel era estar ali, prontos quando B. chegasse com demanda de cuidado. Essa questão ainda me acompanha. Será que não seria papel do CAPSi, serviço com qual o adolescente tem um vínculo estabelecido, fazer uma busca ativa?...

Fica claro que trabalhar diretamente com essa população não é uma tarefa simples: gera angustias, sensação de impotência e mobiliza emoções. Temer (2005) ao relatar sua prática clínica em abrigos, diz:

“Receber no consultório a criança do abrigo é defrontar-se, muito de perto, por meio da relação paciente-analista, com a desigualdade social que às vezes, preferíamos esquecer; uma desigualdade que tem criado indivíduos cada vez mais desamparados e carentes de condições mínimas de sobrevivência física e psíquica. Receber estes pacientes é trazer “para dentro de casa” a notícia do jornal, o menino no farol, a miséria humana.”

Essa mesma autora destaca que, nesta clínica, corre-se o risco de reduzir o paciente a um problema social e perder de vista sua singularidade, atentando que ainda que a realidade social se inscreva de forma determinante na problemática psíquica do paciente, esta não deve sair de lugar de fundo. O foco deve manter-se no sujeito e no trabalho para que o paciente se constitua enquanto sujeito; e a atuação na realidade social deve ser entendida como parte do tratamento.

Depois de quase vinte dias, recebi uma ligação do Pernoite Protegido relatando que B. havia chegado ali na noite anterior, e estava bastante debilitado. Fui conhecê-lo: apresentei-me como sua referência temporária e conversamos um pouco. B. disse que gostaria de se cuidar por umas duas semanas, e aceitou o convite de ir ao CAPSi, combinei com ele que nos encontraríamos lá no dia seguinte. Assim, B. compareceu ao encontro, mas não deu conta de um limite que lhe foi colocado: na hora do lanche, ao querer comer o terceiro sanduíche, lhe foi dito que o combinado era dois por pessoa. B. ficou muito bravo, disse que não voltaria mais e saiu, apesar da insistência para que ficasse e conversássemos.

Esse exemplo provoca algumas reflexões: como estamos recebendo esses adolescentes? Teria valido a pena, nesta situação, flexibilizar uma regra entendendo a dinâmica de B. a fim de que ele se sentisse confortável e seguro naquele espaço ao ponto de poder se frustrar sem que isso acarretasse uma separação?

B. voltou ao serviço meses depois, acompanhado de uma conselheira tutelar, que pedia sua internação. A técnica de referência fez uma conversa com ela e B., a fim de verificar se essa medida seria a mais indicada no momento, e foi decidido que não, mesmo a contragosto da conselheira. Como contrapartida, foi oferecido a B. um PTS intensivo, acordado com B., a conselheira e o Pernoite Protegido. Foi proposto a B., ainda, o abrigo, mas este recusa, referindo falta de liberdade neste espaço.

B. passa a vir de forma freqüente ao CAPSi, participa das atividades propostas e se engaja no tratamento. No início, vinha acompanhado por algum profissional do Pernoite, depois vem sozinho ou com outros garotos. Freqüenta as oficinas abertas de culinárias às quintas-feiras e é um dos mais ativos nesta atividade. Aceita se envolver na feitura de um bolo de chocolate ainda que seja alérgico a este ingrediente, participa do processo de cozinhar, lavar a louça, servir os demais usuários e escolher a próxima receita, realiza a mediação do grupo algumas vezes: pede aos menores ficarem longe do fogo, lava uma parte da louça e pede para que outro lave a outra metade, etc.

Em um dos encontros da oficina, o grupo decidiu que faríamos bolinho de chuva. Fiquei um pouco reticente, pelo fato de que teríamos que fritá-los, atividade que já havia sido negada de ser feita no CAPSi em outra ocasião (a pedido de uma avó que queria fritar uns salgadinhos para uma festa de aniversário no CAPSi) por alguns profissionais da equipe, entendendo que poderia ser perigoso. Ponderei isso com o grupo, mas resolvemos ousar: acreditar que daríamos conta do recado e que, se a tarefa fosse feita de forma organizada, seria um sucesso. B. ficou responsável pela fritura, E. e T. pela massa e limpeza. Neste dia, no fim da tarde, a gestora do serviço, delicadamente, veio me falar do perigo da atividade realizada.

Parece-me que no tempo em que B. participou desta oficina, teve a oportunidade de gozar de um espaço protegido no qual pudesse experimentar novas possibilidades e descobrir habilidades, espaço onde pode exercitar a criatividade e produzir algo bom, algo seu, que pudesse oferecer ao outro.

Um dia, B. e outro adolescente, que também estava no Pernoite, chegaram juntos ao CAPS. Percebi que durante toda a tarde o colega chamava B. de "casquinha". No fim do período, perguntei a B. se ele não se incomodava com o apelido, ele não soube me responder e continuou atendendo o colega quando chamado dessa forma. Achei interessante quando fomos a uma festa no Tear das

Artes e apresentei B. a uma colega do aprimoramento e mais tarde ela veio me contar de um ocorrido: escutou o mesmo adolescente chamando B. por “casquinha” e ele rechaçando essa identidade naquele espaço- pediu a ele que não chamasse-o assim, tinham muitas criança e meninas!

Há algum tempo B. não vai ao CAPSi, voltou a circular pela rua depois de um problema ocorrido no Pernoite, de onde foi suspenso por três dias. Nesse período, ouvi alguns comentários de que B. “estava folgando”, sendo questionando como estava sendo seu uso do CAPSi. Percebo que é difícil, para a nós, a permanência intensiva de usuários como B.

C. é um garoto que tive contato pela ambiência, mas a proximidade veio quando fomos a uma festa no Centro de Convivência Tear das Artes. Devido a sua participação no grupo mural, ele estava encarregado pela cobertura do evento: tirar fotos dos convidados e filmar as apresentações. Nessa época, C. tinha uma boa freqüência no CAPSi: vinha de forma periódica aos grupos e dizia de um consumo de substância aos fins de semana, estava bastante magro e preocupado com a aparência. No fim do ano, C.vinha aparecendo no serviço após fumar maconha e sempre me perguntava se os seus olhos estavam muito vermelhos, em uma semana apareceu também com um desenho da planta na cabeça. Tudo isso criava uma boa abertura para que conversássemos sobre sua história. Uma tarde, quando eu o acompanhava fora do CAPS para que fumasse um cigarro, C. me disse que estava com maconha ali, e que iria fumar depois que saísse do CAPS. Retomei com ele os combinados de não levar droga nenhuma para o serviço e o porquê dele estar nesse espaço, conversamos e ele pareceu compreender muito bem os limites que lhe coloquei. Propus entrarmos e conversarmos com sua referência, nesse momento C. acendeu o cigarro de maconha na minha frente. Digo a ele, então, que naquele dia já não seria possível sua entrada no serviço, mas que no dia seguinte estaríamos esperando por ele.

Essa situação me faz pensar o que C. tinha a nos dizer ao fazer o uso na porta do CAPS...

Me parece que muitos desses garotos cresceram em um ambiente que lhe falhou ao colocar limites, o que lhes causa um vazio referencial. Sanches, Parentes e Moraes (2005) nos dizem que o limite é fundamental tanto no sentido de incluir a criança na cultura, dando-lhe um lugar específico e definido, quanto para dar-lhe a segurança de que há alguém que a protege em situações auto e heteroagressivas.

Gorgulho (2001) nos diz da importância do grupo social enquanto responsável pela entrada do adolescente no mundo adulto; é o grupo social que vai mostrar ao

jovem os comportamentos esperados, através das suas regras estabelecidas, ditando um novo código de conduta ao adolescente. O grupo social deve conferir um novo lugar a esse sujeito que está atravessando a fronteira entre a infância e a vida adulta, e toda iniciação pede uma orientação e uma expectativa clara: alguém só vai demonstrar interesse em se tornar adulto se souber o que dele é esperado, em termos de direitos e deveres, de uma pessoa dessa categoria.

Entretanto, essa autora nos revela uma crise: que tipo de propostas temos oferecido aos jovens hoje em dia? Quais as expectativas que eles podem alimentar no campo profissional e pessoal? Temos conseguido cumprir nossa missão, enquanto adultos, de ensinar o caminho dessa difícil travessia que é da aquisição de um novo papel social, uma nova identidade?

Nossa atual e recente reorganização social pede uma produção acentuada de bens- materiais ou não. Somos reconhecidos por aquilo que somos capazes de produzir. Gorgulho acredita que, nessa lógica, exigimos dos adolescentes uma performance de produção, descaracterizando-o como um ser complexo e interessando-nos apenas naquilo que poderiam nos dar de positivo, sem chance de que seus aspectos negativos, também constitutivos de sua personalidade, encontrem espaço de expressão. Os adultos, ainda, têm apresentado um despreparo para receber e compreender um tipo próprio de comunicação que os adolescentes venham a realizar.

Seguindo essa linha, Maria Rita Kehl (2009) nos diz que a economia de mercado substituiu a ditadura por uma forma mais eficiente de dominação. O jovem virou slogan, clichê publicitário e, ao mesmo tempo, a “juventude” se revelou um exército de consumidores, livres dos freios morais e religiosos que regulavam a relação do corpo com os prazeres, e desligados de qualquer discurso tradicional que pudesse fornecer critérios quanto ao valor e consistência de uma enxurrada de mercadorias tornadas essenciais para a felicidade.

Em tempos de “teenagização” da cultura ocidental, a vaga de adulto ficou desocupada. Os adolescentes contemporâneos estão desamparados: parecem viver em um mundo cujas regras são feitas por eles e para eles.

Encontramo-nos, então, com um jovem desamparado: as instituições que serviram de algum parâmetro na infância (Escola, Família, Estado) são enfraquecidas pelo “modelo de produção”- atualmente os adolescentes podem contar muito pouco com elas na orientação dos novos caminhos a seguir.

Kehl (2009) nos alerta que os jovens são a mais completa tradução do *estado das coisas*, entendendo que se há um “mal-estar da civilização” suas manifestações

mais mordazes se dão nessa população, que sofre sem saber disso e sem dispor de linguagem (a nossa linguagem?) pra expressar sua dor, em um mundo que os confinou no lugar do prazer e da alegria.

A adolescência é o porta-voz de mudanças. Se o mundo adulto tem falhado em oferecer vias seguras de soluções para os seus dilemas, eles criam modalidades de testagem e auto-conhecimento que poderão o aprovar para a entrada no mundo adulto. Eles estão em constante movimento e têm inventado suas próprias soluções, muitas vezes confusas.

Sendo assim, na nossa cultura a adolescência é a idade na qual se representam as formas imaginárias do mais-gozar e a o abuso de drogas vêm se transformando no sintoma emergente entre jovens de países industrializados.

A sensação é de que, em relação a boa parte dos jovens que fazem acompanhamento no CAPSi, o uso da droga se estabelece com o intuito de dar conta de um vazio insuportável, como se, em este comportamento compulsivo, fizessem uma tentativa de reparação frente a uma história de desenvolvimento marcada por falhas ambientais. Por suas histórias de vida, podemos supor que esses jovens, quando crianças, não tiveram o direito de fantasiar. Em relação a esse dado, Kehl (2009) realiza um questionamento: o que sobra a estas crianças fantasiar se a onipotência, motor da fantasia infantil, se realiza todos os dias onde vivem? Assim, na falta de espaço para outras fantasias, o desejo que emerge é de morte, projetado na droga, na licença para matar no poder dão terror sem lei.

Essa autora indica que para esses sujeitos a drogadicção, portanto, não se constitui enquanto problema, e sim como solução. Perante este dado, resta a nós, trabalhadores da saúde (e da educação, da assistência, da justiça....) oferecer a oportunidade de que esses garotos e garotas conheçam outros mundos, e nos indica o caminho: é preciso que o “nosso mundo” inclua a favela, a periferia, o gueto e introduza, na vida desses meninos outras perspectivas. Gorgulho nos indica um caminho aos adultos também “perdidos”: deve haver curiosidade suficiente para conhecer-los e capacidade para acompanhá-los. Assim, quem sabe, se estabelecerá uma forma mais harmoniosa de expressão, onde caberão os anseio, angustias e necessidades reais dos adolescentes.

Essa discussão me recorda uma adolescente “emblemática” do CAPSi. Essa garota mobiliza muito a equipe: sua história é realmente muito “desgraçada” como ela mesmo, em dias de tristeza e angustia profunda, nos diz. Sua vida é marcada por um vazio grande de recursos emocionais e sociais e a sensação é de que D., como bem me disse uma profissional da equipe, é toda “esburacada”. Durante esse ano,

incontáveis vezes, ela teve que ser contida (e pediu para ser contida!) seja química/fisicamente.

Me parece que D. desejaria ser drogadicta, mas não consegue. A sensação é de que, se conseguisse, D. “pelo menos” tamponaria, ainda que de um jeito torto, esse vazio gigante que sente dentro de si. Como se o consumo da droga funcionasse como um dispositivo que garantiria vida a esse corpo, e em última instância, essa função desencadeiaria a possibilidade de sentir-se viva no único registro que lhe é próprio-o corpo (Monteiro,XXX)

Creio que essa contra-transferência de D. com a equipe dificulta um pouco nosso trabalho. Uma tarde, o celular de uma funcionária foi roubado e boa parte da equipe suspeitava de D. devido a vários indícios que, na minha opinião, foram dados em uma conversa quase entre surdo e mudo: ela nos pedindo cuidado, limite e contenção (na sua linguagem) e nós fingindo que não duvidávamos de que era ela quem havia furtado o aparelho.

Winnicott (2005) pode nos servir de apoio para pensar esses tipos de situação. Esse autor estabelece uma ligação entre delinquência e privação da vida familiar: uma criança “normal”, se tem a confiança parental, usa de todos os meios possíveis para se impor, pondo a prova o seu poder de desintegrar, assustar, consumir e apropriar-se. Se o lar consegue suportar tudo isso que ela faz para desorganizá-lo ela sossega e vai brincar. Isso ocorre porque os estágios iniciais do desenvolvimento emocional estão repletos de conflito e desintegração, a relação com a realidade externa ainda não está bem enraizada e a personalidade não está bem integrada- o amor primitivo tem propósito destrutivo e a criança pequena ainda não aprendeu a tolerar seus instintos.

Se o lar faltar a criança antes dela ter adquirido um quadro de referência como parte de sua própria natureza ela deixa de sentir-se livre, torna-se angustiada e procura uma outra referência fora do lar. A criança anti-social recorre a sociedade, para que esta lhe forneça a estabilidade de que necessita a fim de transpor os primeiros e essenciais estágios de seu crescimento emocional.

Esse autor diz que quando uma criança rouba fora de casa ela está procurando a mãe, com um grande sentimento de frustração e necessitando cada vez mais encontrar, ao mesmo tempo, a autoridade paterna que pode pôr um limite ao efeito concreto de seu comportamento. A delinquência indica que alguma esperança subsiste- o comportamento desse tipo é um SOS pedindo o controle de pessoas fortes, amorosas e confiantes.

Algumas conclusões:

O ano de vivência garantido através do aprimoramento no CAPSi Espaço Criativo pode me permitir descobrir, além de como funciona esse serviço, as políticas públicas que o regem, o funcionamento da rede de saúde infanto-juvenil em Campinas e o funcionamento das redes intersetoriais para essa população; um pouco sobre quem sou eu, enquanto psicóloga, neste espaço: as minhas facilidades e dificuldades clínicas, o que me estimula e o que me desanima, aquilo que me sensibiliza...

A circulação desses garotos e garotas pelo CAPSi, desde o início do meu ingresso no serviço, me interessou. Como poderíamos tornar a vida dessas pessoas melhores? Como acessá-los se tantas vezes eles (e nós) tornam esse processo tão difícil?

É fato que muitos jovens, sobretudo aqueles que estão sob nossa abrangência territorial- visto a pobreza que se encontram- irão experimentar estados alterados de consciência através das drogas. Sabemos, entretanto, que poucos deles têm a capacidade interna de avaliarem os riscos envolvidos, já que o registro de limite raramente está estabelecido dentro de si e assim estas experimentações serão realizadas com algum tipo de ruptura.

A abordagem da redução de danos parece nos apresentar um bom caminho, pois parte da realidade imposta, sem tentar negá-la ou modificá-la por discursos impositivos, morais ou éticos. Nesse trabalho, o respeito ao indivíduo é essencial, e a nossa missão é oferecer meios acessíveis de melhorar sua qualidade de vida.

Entretanto, como torná-la efetiva com esses jovens que não cresceram em um meio que lhes propiciasse, a medida que iam crescendo, se importarem com as conseqüências de seus atos sobre si e sobre o mundo e com isso o desejo de se preservarem?

A redução de danos precisa ser muito bem contextualizada e talvez reformulada quando pensamos sobre essa população em específico: me parece que deixá-los ir se aproxima mais de uma repetição de abandono do que uma abordagem clínica. Dessa forma, na minha opinião, a busca ativa teria papel importante no “manejo” desses casos, que é da maternagem desses adolescentes.

Afinal, faz parte do nosso papel proporcionar experiências que o ambiente deficitário não lhes pode oferecer durante seu desenvolvimento, para que seja possível a expressão de um verdadeiro self e a emergência de novas experiências com o mundo e com o outro, estabelecendo relações em que se sintam seguros, espontâneos e confiantes; proporcionando-lhes um espaço simbólico que lhes

permitisse se reconhecessem como singulares e, ao mesmo tempo, pertencentes a uma coletividade.

Parece que a busca ativa revela-se ainda mais necessária com a mudança física de território do CAPSi Espaço Criativo, já a passagem desses jovens por ali ficou um pouco dificultosa. Se antes esse serviço funcionava em um local central e eles passavam muitas vezes para apenas tomar um lanche e podíamos dar “qualidade” a esse lanche, tornando esse momento um espaço de acolhimento e escuta; hoje precisamos, ainda mais contar com o apoio de parcerias, principalmente da assistência social.

Nos cabe, dessa forma, qualificar também essas parcerias, estabelecendo PTS de forma conjunta e com papéis delineados, somando forças e dividindo ações; ainda que cada campo tenha uma idéia diferente sobre o que é “sujeito” e quais seriam as melhores abordagens para tratá-lo, o sujeito, no concreto, é único e não pode ser compartimentado. Uma boa solução aos nossos impasses pode ser escutá-lo.

REFERENCIA MONTEIRO ARTIGO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Couto, Maria Cristina V.; Delgado, Pedro Gabriel G. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. IN: Lauridsen-Ribeiro, EL & Tanaka, OY. Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS. SP: Ed. Hucitec. 2010: 271-279

Couto, Maria Cristina V.; Duarte, Cristiane S; Delgado, Pedro Gabriel G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2008; 30(4): 390-8.

Gorgulho, Monica. Adolescência e toxicomania. São Paulo: Revista IMESC nº 3, 2001

Kehl, Maria Rita. A Fratria órfã: conversas sobre a juventude. São Paulo: Olho d'água, 2008. 216p.

Ministério da Saúde do Brasil. Caminhos para uma política de saúde mental infanto juvenil. Brasília, 2005.

Disponível : http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caminhos_infantojuv.pdf

Monteiro, Luis Felipe Campos. O uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes em situação de rua: uma leitura winnicottiana.

Niel, Marcelo; da Silveira, Dartiu Xavier. Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde/ Marcelo Niel & Dartiu Xavier da Silveiras (orgs).- São Paulo, 2008.96p.

Oliveira, Raquel C. A chegada de crianças e adolescentes para tratamento na rede pública de saúde mental. IN: Couto, MCV e Martinez, R.G. Saúde Mental e Saúde Pública. Questões para agenda da Reforma Psiquiátrica. NUPPSAM/IPUB/UFRJ. 2007: 25-50. Disponível em: www.nuppsam.org

Winnicott, Donald W. Privação e delinquência. 4ª edição- São Paulo: Martins Fontes, 2005.