



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

GUSTAVO EMANUEL CERQUEIRA MENEZES JUNIOR

**CUIDADO COMPARTILHADO INTERSETORIALMENTE A
ADOLESCENTES QUE FAZEM USO DE DROGAS: É PRECISO DEIXAR
ABERTAS AS PORTAS DO CORAÇÃO**



SALVADOR

2018

GUSTAVO EMANUEL CERQUEIRA MENEZES JUNIOR

**CUIDADO COMPARTILHADO INTERSETORIALMENTE A
ADOLESCENTES QUE FAZEM USO DE DROGAS: É PRECISO DEIXAR
ABERTAS AS PORTAS DO CORAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde Comunitária.

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté

Coorientador: Prof.^o Dr.^o Theo da Rocha Barreto

SALVADOR

2018

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Menezes Junior, Gustavo Emanuel Cerqueira
Cuidado compartilhado intersetorialmente a
adolescentes que fazem uso de drogas: é preciso
deixar abertas as portas do coração / Gustavo Emanuel
Cerqueira Menezes Junior. -- Salvador, 2018.
99 f. : il

Orientador: Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.
Coorientador: Theo da Rocha Barreto.
Dissertação (Mestrado - Mestrado em Saúde
Comunitária) -- Universidade Federal da Bahia,
Instituto de Saúde Coletiva - UFBA, 2018.

1. Saúde Mental. 2. Integralidade. 3. Crise
Psicossocial. 4. Cuidado Compartilhado. I. Nunes de
Torrenté, Mônica de Oliveira. II. Barreto, Theo da
Rocha. III. Título.



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

GUSTAVO EMANUEL CERQUEIRA MENEZES JUNIOR

Cuidado compartilhado intersetorialmente a adolescentes que fazem uso de drogas: é preciso deixar abertas as portas do coração.

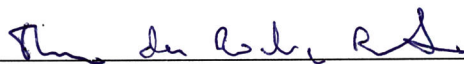
A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 13 de junho de 2018

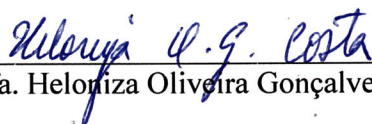
Banca Examinadora:



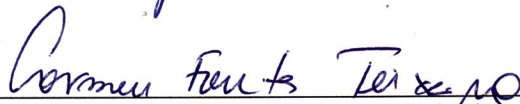
Prof. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté – Orientadora – ISC/UFBA



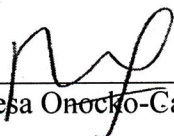
Prof. Theo da Rocha Barreto – IFBA



Prof. Heloniza Oliveira Gonçalves Costa – EEUFBA



Prof. Carmen Fontes de Souza Teixeira – IHAC/UFBA



Prof. Rosana Teresa Onocko-Campos – FCM/UNICAMP

Salvador
2018



*Aos meninos e meninas
que me ensinam a arte de resistir,
dedico, além deste texto,
o meu compromisso na
Luta por Justiça Social.*

AGRADECIMENTOS

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares. É tempo da travessia: e se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”. Fernando Pessoa.

É tempo de travessia e transgressões.

E neste tempo de necessárias transgressões, no percurso das variadas travessias, expresso a minha mais profunda gratidão a quem me ensina a lidar com as adversidades da vida e, numa sinfonia coletiva, a caminhar na direção de uma utopia possível, de um mundo diferente, colorido, diverso e amplo em seus horizontes de cabimento.

Com a certeza de que não são poucas as pessoas que contribuíram para a construção deste trabalho, inicio agradecendo às que não serão diretamente citadas aqui.

No entanto, mesmo com o curto tempo que tive para esboçar estes agradecimentos, não deixarei de citar algumas pessoas que me inspiram, por suas práticas firmes, por suas posições políticas e expressões de cuidado.

Às companheiras e companheiros da labuta cotidiana, que constroem o Núcleo de Infância e Adolescência da rede ad e desenham com afinco a concretude deste trabalho.

À equipe do CAPS ad Gregório de Matos pelos ensinamentos de resistência e construção de uma clínica política, que, mesmo com as adversidades impostas por um cenário político desfavorável, marca suas perspectivas inovadoras no cuidado às pessoas que atende e nas ações de ressignificação de um território densamente contraditório.

Às amigas Catarina Sakai e Lua Dultra que ajudaram a aquecer os questionamentos neste percurso de produção acadêmica.

Agradeço à minha orientadora, Mônica Nunes, que, na sua maneira doidinha de ser, se envolve, se implica, se coloca à disposição e poeticamente conduz os processos pedagógicos que me permitem compreender que a ciência pode sim partir de um lugar implicado.

Ao amigo e coorientador, Theo Barreto, pela sustentação dos ideais e pela presença constante neste e em outros processos de aprendizado.

Às professoras Carmen Teixeira, Heloniza Costa e Rosana Onocko-Campos, exímias

defensoras do Sistema Único de Saúde, que gentilmente aceitaram compor a banca de qualificação do meu projeto e também avaliar este texto que apresento.

Agradeço às amigas Milena Marinho e Julyana Quintino pelo compartilhar de percepções ancestrais, num percurso de descobertas e sensações diversas onde percebi que “[...] olhamos o passado e o futuro nos olha”.

Pelo cuidado, regado com risos frouxos e análises profundas, que me tranquilizou nos momentos finais desta construção, agradeço às amigas Mariana Pires, Candice Souza e Carolina Pinheiro.

À minha família, em especial Isabela Seifarth, que presenteou-me com seus traços de arte, marcados por nossas peripécias infantis na terrinha encantada.

E, por falar da terrinha encantada, às ressignificações possíveis, marcadas pela possibilidade de acesso a minha história, minha memória ancestral que me permitem ampliar a autopercepção e compreender que sou o que sou porque outros foram e fizeram antes de mim.

Que venha um novo ciclo!

POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS!

POR JUSTIÇA SOCIAL!

Se quero o outro comigo,
Fraco, cansado ou louco,
Tenho que deixar sempre abertas
As portas do meu coração

Cem vezes terei que ampará-lo
Quando, repentinamente
Fraquejar o ritmo de suas pernas.
Mil vezes terei que parar
Para que ele possa descansar

O que nos testa no amor
Não é o grau de dificuldade,
Mas sim, a sua repetição

Marcus Matraga

MENEZES JUNIOR, GEC. Cuidado compartilhado intersetorialmente a adolescentes que fazem uso de drogas: é preciso deixar abertas as portas do coração. Salvador: [Dissertação de Mestrado] Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, UFBA, 2018.

RESUMO

É recente a transformação do modelo assistencial e das abordagens práticas em Saúde Mental, onde os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos apresentam papel estratégico de articulação com o território e desenvolvem ações inovadoras de ampliação conceitual e tecnológica para manejar cuidados diante das complexas situações de saúde, sugerindo a inclusão dos movimentos territoriais e suas singularidades. Ao considerar esta perspectiva ampliada, a Atenção Psicossocial passa a demandar intervenções dos distintos setores. A partir deste novo lugar, diferente, que se constitui com o surgimento de serviços que vivem o território, as práticas levam em consideração a integralidade do cuidado, imprimindo, a partir de intervenções multiprofissionais dialogadas entre si, articulações interdisciplinares e intersetoriais. Neste estudo, de inspiração etnográfica, partimos dos construtos políticos, legais e teóricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, da articulação entre clínica e política, e da necessidade de transformação das realidades que operam na construção e/ou intensificação do sofrimento social para sugerir o termo crise psicossocial e observar as intervenções da Rede de Atenção à Saúde direcionadas ao cuidado compartilhado de adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social que fazem uso de drogas e encontram-se em momentos de crise psicossocial no território do Centro Histórico. Temos o objetivo de descrever as articulações intersetoriais em torno do cuidado a estes. Tomamos como campo de observação o Núcleo de Infância e Adolescência da rede ad, um espaço de promoção de articulação continuada proposto pelo CAPS ad Gregório de Matos. Foi realizada participação observante e entrevistas abertas a dez trabalhadoras e trabalhadores que compõem tal arranjo tecnológico. As reuniões acontecem semanalmente com o objetivo de discutir os casos, compartilhar o cuidado e produzir estratégias de acompanhamento do desenvolvimento dos projetos terapêuticos singulares que levam em conta a configuração das relações culturais e sanitárias do território. Constatamos a conformação de uma rede socioassistencial sensível às necessidades sociais de saúde dos sujeitos acompanhados e comprometida com a garantia de seus direitos de cidadania, onde é evidente a integração de políticas setoriais na perspectiva da articulação entre cuidados em saúde e cuidados sociais. Os entendimentos sobre crise psicossocial apontam movimentos de organização da atenção dispostos em três dimensões: institucional, social e singular. Na costura destas dimensões, destaca-se importantes movimentos clínicos, a intensificação de cuidados e as intervenções no território. Apesar de avançar na construção de articulações intersetoriais, este arranjo tecnológico encontra barreiras no que diz respeito a incorporação deste modo de organização intersetorial por parte da macroestrutura, uma vez que a política enrijecida da gestão municipal além de não investir em políticas de proteção social, não abre possibilidades para o estabelecimento de intersecções entre os setores da assistência social, saúde e educação.

Palavras chave: Saúde Mental; Integralidade; Crise Psicossocial; Cuidado Compartilhado.

MENEZES JUNIOR, GEC. Cuidado compartido intersectorialmente a adolescentes que hacen uso de drogas: hay que dejar abiertas las puertas del corazón. Salvador: [Tesis de Maestría] Instituto de Salud Colectiva - Universidad Federal de Bahía, UFBA, 2018.

RESUMEN

Es reciente la transformación del modelo asistencial y de los enfoques prácticos en Salud Mental, donde los servicios sustitutivos a los hospitales psiquiátricos presentan un papel estratégico de articulación con el territorio y desarrollan acciones innovadoras de ampliación conceptual y tecnológica para manejar cuidados ante las complejas situaciones de salud, sugestionando la inclusión de los movimientos territoriales y sus singularidades. Al considerar esta perspectiva ampliada, la Atención Psicosocial empieza demandar intervenciones de los distintos sectores. A partir de este nuevo sitio, diferente, que se constituye con el surgimiento de servicios que viven el territorio, las prácticas llevan en consideración la integralidad del cuidado, imprimiendo, a partir de intervenciones multiprofesionales en dialogo entre sí, articulaciones interdisciplinarias e intersectoriales. En este estudio, de inspiración etnográfica, partimos de los constructos políticos, legales y teóricos de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, la articulación entre clínica y política, y de la necesidad de transformación de las realidades que operan en la construcción y/o intensificación del sufrimiento social para sugerir el término “crisis psicosocial” y observar las intervenciones de la Red de Atención a la Salud dirigidas al cuidado compartido a adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad social que hacen uso de drogas y se encuentran en momentos de crisis psicosociales en el territorio del Centro Histórico. Los objetivos son describir las articulaciones intersectoriales en torno al cuidado a adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad social que hacen uso de drogas. Tomamos como campo de observación el Núcleo de Infancia y Adolescencia de la red ad, un espacio de promoción de articulación continuada propuesto por el CAPS ad Gregório de Matos. Se realizó una participación observante y entrevistas abiertas a diez trabajadoras y trabajadores que componen tal arreglo. Las reuniones se realizan semanalmente con el objetivo de discutir los casos, compartir el cuidado y producir estrategias de acompañamiento del desarrollo de los proyectos terapéuticos singulares que tienen en cuenta la configuración de las relaciones culturales y sanitarias del territorio. Constatamos la conformación de una red socio asistencial sensible a las necesidades sociales de salud de los sujetos acompañados y comprometida con la garantía de sus derechos de ciudadanía, donde es evidente la integración de políticas sectoriales en la perspectiva de la articulación entre cuidados en salud y cuidados sociales. Las comprensiones sobre crisis psicosociales apuntan movimientos de organización de la atención dispuestos en tres dimensiones: institucional, social y singular. En la costura de estas dimensiones, se destaca un importante movimiento clínico, la intensificación de cuidados. No obstante de los avances en la construcción de articulaciones intersectoriales, el arreglo tecnológico encuentra barreras en lo que se refiere a la incorporación de este modo de organización intersectorial por parte de la macroestructura, una vez que la política enriquecida de la gestión municipal además de no invertir en políticas de protección social, no se abre posibilidades para el establecimiento de intersecciones entre los sectores de la asistencia social, salud y educación.

Palabras clave: Salud mental; Integridad; Crisis Psicosocial; Cuidado Compartido

MENEZES JUNIOR, GEC. Shared care intersectorally to teenagers who use drugs: the doors of the heart must be left open. Salvador: [Master's dissertation] Collective's Health Institute - Federal University of Bahia, UFBA, 2018.

ABSTRACT

The transformation of the care model and the practical approaches in Mental Health is recent, where substitutive services to psychiatric hospitals present a strategic role of articulation with the territory and develop innovative actions of conceptual and technological extension to handle care in the face of complex health situations, suggesting the inclusion of territorial movements and their singularities. To consider this expanded perspective, Psychosocial Care starts to demand interventions from different sectors. Starting this new, different place, which is constituted with the emergence of services that live the territory, the practices take into consideration the integrality of the care, generating, from multi-professional interventions dialogued among themselves, interdisciplinary and intersectoral articulations. In this study, of ethnographic's inspiration, we start with the political, legal and theoretical constructs of the Brazilian Psychiatric Reform, the articulation between clinical and political, and the need for transformation of the realities that operate in the construction and/or intensification of social suffering to suggest the term "crisis psychosocial" and to observe the interventions of the Network of Attention to Health directed to the shared care of adolescents in situation of risk and social vulnerability who make use of drugs and are in moments of psychosocial crisis in the territory of the Historic Center. We aim to describe the intersectoral articulations around the care of adolescents at risk and social vulnerability who make use of drugs. We take as an observation field the Childhood and Adolescent Nucleus of ad network, a space for the promotion of continuous articulation proposed by CAPS ad Gregório de Matos. Was realized Observant participation and open interviews to ten workers that make up this arrangement. The meetings are held weekly to discuss cases, share care and produce strategies to follow the development of unique therapeutic projects that take into account the configuration of the cultural and sanitary relations of the territory. We verify the conformation of a network socio-welfare sensitive to the social health needs to individuals followed and engaged to guaranteeing their citizenship rights, where it is evident the integration of sectoral policies in the perspective of the articulation between health care and social care. Understandings about psychosocial crisis point to the organization of care arranged in three dimensions: institutional, social and singular. In the sewing of these dimensions, there is an important clinical movement, the intensification of care. In spite of progress in the construction of intersectoral articulations, the technological arrangement encounters barriers regarding the incorporation of this mode of intersectoral organization by the macrostructure, since the politics of municipal management, while not investing in social protection policies, does not open possibilities for establishing intersections between the social assistance, health and education sectors.

Keywords: Mental Health; Integrality; Psychosocial Crisis; Shared Care.

ILUSTRAÇÕES

| | | |
|---------------|---|------|
| Ilustração 1 | Dança / Isabela Seifarth (2017) | Capa |
| Ilustração 2 | Dom Quixote / Pablo Picasso (1955) | 04 |
| Ilustração 3 | Desenho no chão / Isabela Seifarth (2017) | 22 |
| Ilustração 4 | Baba / Isabela Seifarth (2017) | 31 |
| Ilustração 5 | Estrelinha / Isabela Seifarth (2017) | 41 |
| Ilustração 6 | Pablo I / Isabela Seifarth (2018) | 69 |
| Ilustração 7 | Pablo II / Isabela Seifarth (2018) | 70 |
| Ilustração 8 | Pablo III / Isabela Seifarth (2018) | 71 |
| Ilustração 9 | Pipa / Isabela Seifarth (2017) | 87 |
| Ilustração 10 | Bicicleta / Isabela Seifarth (2017) | 99 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | | |
|-----------|---|----|
| Gráfico 1 | Articulações intersetoriais realizadas pelo CAPS ad Gregório de Matos (2012-2017) | 59 |
|-----------|---|----|

LISTA DE TABELAS

| | | |
|----------|---|----|
| Tabela 1 | Articulações voltadas ao cuidado integral de adolescentes realizadas pelo CAPS ad Gregório de Matos com dispositivos que compõem a RAPS (2012-2017) | 56 |
| Tabela 2 | Gênero dos adolescentes acompanhados pelo CAPS ad Gregório de Matos (2012-2017) | 60 |
| Tabela 3 | Raça/cor, autodeclarada, dos adolescentes acompanhados pelo CAPS ad Gregório de Matos (2012-2017) | 61 |
| Tabela 4 | No momento do acolhimento o adolescente está em situação de rua? | 62 |
| Tabela 5 | Idade, no momento do acolhimento, dos adolescentes acompanhados pelo CAPS ad Gregório de Matos (2012-2017) | 62 |
| Tabela 6 | Ano de acolhimento dos adolescentes acompanhados pelo CAPS ad Gregório de Matos (2012-2017) | 63 |
| Tabela 7 | Drogas em uso, no momento do acolhimento, dos adolescentes acompanhados pelo CAPS ad Gregório de Matos (2012-2017) | 64 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|------------|--|
| APAC | Autorização de Procedimento Ambulatorial |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAPS ad GM | Centro de Atenção Psicossocial ad Gregório de Matos |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| CEDAP | Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa |
| CENTROPOP | Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua |
| CETAD | Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas |
| CnR | Consultório na Rua |
| CR | Consultório de Rua |
| CRAS | Centro de Referência de Assistência Social |
| CREAS | Centro de Referência Especializado da Assistência Social |
| DAI | Delegacia do Menor Infrator |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| DELTUR | Delegacia de Proteção ao Turista |
| DPE | Defensoria Pública do Estado |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| FCM | Fundação Cidade Mãe |
| FUNDAC | Fundação da Criança e do Adolescente |
| NIA ad | Núcleo de Infância e Adolescência da rede ad |
| NISAM | Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde Mental |
| PE | Ponto de Encontro |
| PPCAM | Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| SAE | Serviço de Atenção Especializada |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |

| | |
|--------|---|
| SESAB | Secretaria de Saúde do Estado da Bahia |
| SEMPs | Secretaria Municipal de Promoção Social, Esporte e Combate à Pobreza |
| SJDHDS | Secretaria Estadual de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social |
| SUPRAD | Superintendência de Prevenção e Acolhimento aos usuários de Drogas e Apoio Familiar |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| RPB | Reforma Psiquiátrica Brasileira |
| TR | Técnica de Referência |
| UA ij | Unidade de Acolhimento Infantojuvenil |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFBA | Universidade Federal da Bahia |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| APRESENTAÇÃO | 17 |
| 1. INTRODUÇÃO | 23 |
| 2. CLÍNICA E POLÍTICA: INTERSECÇÕES NECESSÁRIAS NA CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIAS DE CUIDADO NA PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL E DA INTEGRALIDADE | 32 |
| 3. TESSITURA INTERSETORIAL DE CUIDADO COMPARTILHADO: O NÚCLEO DE INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DA REDE ad | 42 |
| 3.1 Entre motivações, direitos, negações e transgressões: os desafios do cuidado a adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social no Centro Histórico de Salvador | 43 |
| 3.2 Caminhos de resistência e aproximações: resgate histórico de ações do cuidado em saúde ao público infantojuvenil no Centro Histórico | 47 |
| 3.3 Afinal, o que é o Núcleo de Infância e Adolescência da rede ad? | 52 |
| 3.4 O NIA ad e a construção do cuidado compartilhado intersetorialmente | 55 |
| 3.5 Elementos sobre o perfil dos adolescentes acompanhados pelo CAPS ad Gregório de Matos | 60 |
| 3.6 Pablo e seus percursos nas entrelinhas do cuidado compartilhado intersetorialmente | 66 |
| 4. NO CENTRO DA PRÓPRIA ENGRENAGEM, A CONTRA-MOLA QUE RESISTE: ENTENDIMENTOS E INTERVENÇÕES EM SITUAÇÕES DE CRISE PSICOSSOCIAL | 72 |
| 4.1 Entendimentos sobre crise psicossocial | 75 |
| 4.2 Organização da atenção às situações de crise psicossocial | 77 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 83 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 89 |
| ANEXO 1 – Guia de entrevista | 95 |
| ANEXO 2 - Tabela descritiva dos serviços dos distintos setores acessados pelo CAPS ad Gregório de Matos para ações de cuidado compartilhado aos adolescentes acompanhados | 98 |

APRESENTAÇÃO

Apesar de se tratar de uma dissertação que a princípio aponta a conclusão de um trabalho, destaco que o texto a seguir está longe de ser conclusivo. Este estudo propõe aberturas e, portanto, se distancia de qualquer possibilidade de fechamentos. Ao longo do mesmo, desde a escolha pelo objeto de estudo, passando pela definição metodológica até chegar à decisão do campo de pesquisa, expresse inquietações surgidas nos variados percursos da minha trajetória no mundo do trabalho.

Acho válido pontuar **de onde parto** e explicitar as minhas posições políticas e técnicas, para, então, expor **minhas intenções** acerca do objeto sobre o qual me debrucei ao longo destes dois anos. Não faço isso por mera formalidade, mas por compreender que a análise deste estudo pode se tornar mais efetiva e completa ao passo que me exponho enquanto sujeito político e evidencio pistas sobre a maneira como observo o mundo ao meu redor.

Nasci em Cachoeira, filho de mãe considerada branca e pai negro. Cresci observando, nas entranhas da minha família, as contradições geradas pela desigualdade racial e posso afirmar que este foi um grande aprendizado que tive ao longo da minha infância. Me tornei enfermeiro por conta da Saúde Mental, digo isso pois a decisão pela conclusão da graduação somente se consolidou no momento em que tive acesso aos construtos teóricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), sendo possível perceber que, a partir desta expressão paradigmática, poderia exercer a prática da Enfermagem numa perspectiva diferenciada, mais ampla e dialogada com outros campos de conhecimento que possibilitam a inclusão, com uma maior efetividade, do saber dos sujeitos a quem dirijo minha criação, meu trabalho, meu cuidado.

No percurso coletivo da luta pelo fortalecimento do SUS, transversal em minha trajetória, aprendi que é na luta que a transformação se faz. E nesta luta, seguindo os aprendizados de Florestan Fernandes, identifiquei-me com o destino do meu povo e me coloco num *front* de batalha onde, ao lado de muitas pessoas, construo histórias, que fortalecem a estrutura de uma outra proposta de sociabilidade. Esta é a minha utopia, é o que me faz caminhar.

Em 2012 concluí a graduação em enfermagem e ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde com área de concentração em Saúde Mental, onde exerci práticas inovadoras e compreendi com maior robustez os desafios deste campo. Foi também quando me

aproximei do CAPS ad Gregório de Matos, num momento onde o serviço criava as bases para a construção do Núcleo de Infância e Adolescência da rede de álcool e outras drogas – NIA ad.

Após a conclusão da Residência, tive a grata experiência de vivenciar a implantação dos Pontos de Cidadania¹, “dispositivos disparadores de cuidado” que se vincularam a territórios de profundas vulnerabilidades e objetivava responder às necessidades prementes de melhoria das condições de vida das pessoas em situação de rua, através da oferta de um espaço de acolhimento, apoio psicossocial e articulação da rede de cuidados para o público assistido.

Foram dois anos de trabalho em um desses dispositivos, em que precisei me abrir aos mais variados encontros, num contêiner de 20m², instalado numa das principais cenas de uso de crack do município de Salvador. Lá apliquei conhecimentos e criei horizontes. Foi onde, pela primeira vez, precisei assumir o lugar de técnico de referência. Onde me vi na linha de frente de processos de intensificação de cuidados que me tiravam do lugar de conforto e me colocavam no centro de uma engrenagem que oprime e massacra sujeitos, me fazendo tomar decisões éticas e políticas, decisões de humanidade e enfrentamento.

Além disso, compus a equipe do CAPS ad Gregório de Matos, serviço docente-assistencial situado no prédio histórico da Faculdade de Medicina da Bahia localizado no Centro Histórico do município de Salvador. Lá compreendi que o cuidado em saúde mental exige intensas articulações com o território e a incorporação de complexas ferramentas que possibilitem o manejo de contradições sociais historicamente construídas que reforçam exclusões e engendram sofrimentos.

Neste caleidoscópio de vivências e questionamentos, muito me marcou uma reflexão apresentada por Manuel Desviat, em 2014, na conferência “Da Desinstitucionalização à Saúde Mental Coletiva”, organizada pelo Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde Mental (NISAM) no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, sobre o desafio de ressignificar a psicopatologia a partir deste novo lugar, diferente, que se constitui com o surgimento de

1 O Ponto de Cidadania, funcionou entre maio de 2014 e junho de 2017, foi idealizado por Jane Montes, Patrícia Von Flach e Antônio Nery Filho, vinculado ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) e financiado pela Superintendência de Prevenção e Acolhimento aos usuários de Drogas e Apoio Familiar (SUPRAD), da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SJDHDS), do Governo do Estado da Bahia.

serviços que vivem o território e estabelecem práticas que habitualmente levam em consideração a integralidade do cuidado.

A decisão pela seleção do mestrado em Saúde Coletiva se deu em meio a um intenso processo subjetivo no que diz respeito ao meu lugar sociopolítico e técnico. As experiências vivenciadas na realidade do trabalho em Saúde Mental me fizeram perceber, na prática, que a clínica psicossocial é uma clínica política, em todos os sentidos. A todo o momento me via convocado a assumir a condição de ator político e a desenvolver habilidades para atuar numa arena de múltiplos interesses. E o que percebia em muitos dos espaços de cuidado, que deveriam acolher os sujeitos, era o contrário.

Era novembro de 2015 e o Brasil já apresentava sinais de uma crise política que se aprofundou ao longo dos últimos anos. Um golpe parlamentar-jurídico-midiático se forjava e junto a ele a desestruturação de direitos sociais arduamente conquistados, em lutas, pela classe que vive do trabalho. No bojo desta avalanche haviam propostas corrosivas que visavam ao esfacelamento da Seguridade Social, do Sistema Único de Saúde (SUS) e da RPB.

Destaco aqui que, assim como em outras experiências internacionais, movimentos de contra-reforma se fortaleciam no cenário brasileiro, colocando em xeque os avanços obtidos pela RPB. Estávamos em um momento crucial, onde se explicitava a necessidade de avanços numa **dimensão político-técnico-assistencial**, no entanto, o que se estabelecia como horizonte provável, principalmente no campo da política, era o esfacelamento do arcabouço organizativo, proposto através de portarias e regulamentações, construído democraticamente desde a implementação da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001.

É importante assinalar que, frente aos movimentos de contra-reforma, é necessário escutar e entender o que este processo tem a ensinar: é imprescindível apontar o caráter antimanicomial da RPB e radicalizar os processos, compreendendo que não servem quaisquer reformas, senão as que superem o manicômio, e não somente os físicos, disciplinares, mas também os subjetivos, presentes na forma pactuada socialmente de modulação do desejo. Trata-se de não retroceder na dimensão político-técnico-assistencial, e ainda mais, avançar numa **dimensão ético-estético-cultural**.

Os primeiros rascunhos do projeto de Mestrado foram elaborados com a contribuição da amiga Priscila Coimbra durante a Audiência Pública realizada em novembro de 2015 pelo

Projeto Saúde Mental, Integração e Dignidade, do Ministério Público do Estado da Bahia, para discussão da problemática: “Saúde em Salvador – em busca de soluções”. A ideia de estudar a “Atenção à crise como analisador do processo de Reforma Psiquiátrica em Salvador” se consolidou no seminário “Impasses na RAPS: atos administrativo-disciplinares são aplicáveis aos usuários da RAPS? São legais? São legítimos? São necessários?”, organizado pelo professor Marcus Vinícius de Oliveira, com o objetivo de problematizar a utilização de atos disciplinares direcionados aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Salvador.

Em 2016, já cursando o Mestrado, fui convocado para assumir uma vaga de concurso realizado pela Secretaria Municipal de Saúde. Nesse momento, estando com um vínculo profissional de natureza mais duradoura, passei a compor a equipe técnica da RAPS de Salvador, ocupando a função de Apoio Institucional em Saúde Mental do Distrito Sanitário do Centro Histórico. Na perspectiva da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, essa equipe, com a minha colaboração, atuou na reformulação do modelo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Tínhamos como finalidade potencializar percepções coletivas de valores, saberes e fazeres que criariam e mudariam práticas, o que por vezes gerava e revelava tensionamentos multilaterais, desafios constantes, no entanto, necessários para o fortalecimento da cogestão dos processos de trabalho em saúde.²

O fazer enquanto Apoiador Institucional em Saúde Mental me colocou numa posição estratégica no que diz respeito às possibilidades de intervenções junto à realidade de saúde do Centro Histórico de Salvador. Este é um território repleto de contradições sociais que expõe explicitamente, em seu espaço geográfico, de um lado, o glamour vendido pela indústria do turismo, prédios históricos que abrigam lojas de grife, hotéis luxuosos entre outros estabelecimentos em que parte significativa das pessoas que por lá vivem e circulam não acessam, pessoas estas que compõem um outro lado deste paradoxal território.

Este fazer, portanto, abria caminho para uma inserção nas engrenagens sociais a partir de um lugar privilegiado para a formulação de ações de gestão da Política de Saúde, lugar este que demanda posição ética. A posição que tomei e continuo a tomar é a da defesa de uma sociedade sem manicômios. Enquanto apoiador me aproximei de ações no campo das articulações para o

2 Barreto e colaboradoras (2017).

fortalecimento da RAPS de Salvador, compreendendo os intensos desafios em torno da incorporação dos movimentos territoriais, em suas singularidades diversas, por parte das formulações políticas que organizam o SUS.

Neste contexto, onde já havia sido criado um dispositivo composto por atores sociais advindos de diversos setores e organizados com a participação de um Apoio Institucional, ao qual voltaremos em maior profundidade adiante, surgia as motivações deste estudo. E anteriormente, trago estas propostas e os aspectos que a contextualizam, inclusive da minha própria trajetória pessoal e profissional, para, num exercício de reflexividade, apresentar as minhas afetações e implicações com o tema que estudo. Para tanto, de saída, parto de um lugar de defesa do cuidado em liberdade, de ativismo social no campo da luta antimanicomial. Além disso, apoio-me numa percepção prática de que o processo de cuidado em liberdade e o envolvimento deste cuidado com os territórios existenciais dos sujeitos ampliam as possibilidades de intervenções e manejos adequados às transformações que podem ser disparadas nos delicados momentos de rupturas.

Ao me referir às implicações tomo por base o que Mônica problematiza ao discorrer sobre a implicação na antropologia³, apontando que a trajetória deste campo serve como exemplo paradigmático dos movimentos de uma área que se interroga sobre suas fronteiras no seu próprio interior e para fora dele. E destaca que a desconstrução de realidades naturalizadas a partir da revelação das dinâmicas e tramas sociais e políticas que as engendram, nos permitem um exercício de reflexividade. Além disso, partindo deste exemplo sugere ser “necessário aliar uma posição de revelação e de denúncia a uma outra de engajamento e ação”.

3 Nunes (2014, p.417)



1. INTRODUÇÃO

As transformações impulsionadas pelo processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, a partir da mudança do modelo assistencial em saúde mental, abriram horizonte para a visibilização e ampliação de perspectivas de cuidado que se aproximam dos variados contextos territoriais.

Trata-se um processo civilizador que no encontro cotidiano com o sofrimento inventa dispositivos diferentes de cuidado, tece redes com o território, cria novas formas de sociabilidade, produz valor social e constrói uma ética que insiste em sonhar com um outro mundo possível (YASUI, 2010, p. 22).

Amarante (2011, p. 63) aponta a RPB como um processo social complexo que, em seu caminhar, abre possibilidades para o surgimento de novos elementos, novas situações que pressupõem a existência de novos atores e atrizes sociais que, segundo ele, apresentam novos – e certamente conflitantes – interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, étnicas e de pertencimento de classe. Essa nova perspectiva se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas (teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural) que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos e tensões.

O modelo psicossocial apresenta um organograma institucional que se orienta pela lógica da horizontalidade, subvertendo o anterior fluxo onde as decisões eram estabelecidas do ápice para a base. Esta subversão imprime uma horizontalização das relações de poder, tanto no seio dos trabalhadores, quanto entre estes e os usuários. Nesse sentido, a implicação subjetiva e sociocultural e a singularização compõem a ética das práticas neste modelo. (COSTA-ROSA, 2012)

Vasconcelos (2008) afirma que o processo de trabalho na atenção psicossocial tem, entre suas características, o fato de que é hegemonicamente do tipo trabalho-intensivo e é majoritariamente sustentado por tecnologias leves. A utilização deste tipo de tecnologias possibilita a criação de espaços de cooperação e partilha de saberes entre os diferentes profissionais da saúde, permitindo o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar, articulado e coletivo dentro da própria equipe, objetivando, sobretudo, a partilha de

conhecimentos e experiências de cada indivíduo envolvido no processo de assistência à saúde da população.

Neste estudo nos debruçamos sobre uma estratégia institucional desenvolvida pelo CAPS ad Gregório de Matos para a promoção de articulação continuada e estabelecimento de ações de cuidado compartilhado entre serviços que prestam assistência a adolescentes que fazem uso de drogas e encontram-se em situação de risco e vulnerabilidade social.

De acordo com o que define Macerata, vulnerabilidade é entendida como uma qualificação que denota múltiplas condições, circunstâncias e determinantes que influenciariam negativamente a saúde, a condição social e econômica de determinada pessoa ou grupo populacional.

Uma situação de vulnerabilidade diz respeito aos múltiplos condicionantes, não sendo algo inerente a uma pessoa ou grupo, mas a determinadas condições e circunstâncias que poderiam ser revertidas. Por isso, tal noção tem sua importância nas políticas públicas: a diminuição dos níveis de vulnerabilidade social pode se dar a partir do fortalecimento dos sujeitos através do acesso a bens, serviços e direitos que as políticas públicas têm a função de ofertar. (MACERATA, 2014, p.170)

Sandra Carvalho, ao analisar o acesso à saúde da população que vive em situação de risco e vulnerabilidade social no Centro Histórico, partindo da observação das ações desenvolvidas em uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um Serviço de Atenção Especializada (SAE), afirma que, apesar dos avanços políticos recentes, esse acesso não se efetiva de forma universalizada, especialmente por não serem consideradas as diferenças civis, culturais, econômicas e sociais deste grupo. Destaca, então, que é necessária, para que isso ocorra, a efetivação de princípios fundamentais do SUS como a equidade e a integralidade. (CARVALHO, 2014)

O CAPS ad Gregório de Matos responsabiliza-se sanitariamente pelas ações de cuidado referentes ao Distrito Sanitário Centro Histórico que, em 2015, apresentou população total de 78.461 habitantes, sendo 13,17% pertencente à faixa etária entre 10 e 19 anos. Além disso, neste mesmo ano, segundo dados do Plano Municipal de Saúde, as mortes violentas neste Distrito Sanitário superam as doenças cardiovasculares como causas de morte. A taxa de mortalidade por causas externas é de 94,31 por 100.000 hab., e destaca-se a concentração nas faixas etárias mais jovens (SALVADOR, 2017).

Segundo Nobre (2001, p. 159), os primeiros estudos sobre o Centro Histórico revelam que, desde o início do processo de ocupação territorial, havia uma população mista em relação às origens econômicas, étnicas e sociais. A heterogeneidade, segundo ela, constituía sua principal característica, resultante da combinação dos traços tradicionais de sua arquitetura, da convivência das diferenças sociais e da utilização variada do espaço, que de modo reduzido ainda coexistem, resistindo às bruscas mudanças.

O Pelourinho é vasto e múltiplo, nele espera-se que caibam todas as dimensões das atividades humanas, todas as expressões sociais, sem exclusão, para que permaneça como expressão da Bahia, a síntese da cidade de Salvador, e não um cenário morto para uma obra tragicômica sobre histórias de um povo que deixou o seu modo de ser, a sua cultura, o seu encantamento (ESPINHEIRA, 1989 apud NOBRE, 2001)

Após intervenções sociais realizadas na década de 90, as feições do Centro Histórico foram radicalmente alteradas. Nobre (2001) aponta ainda que este foi o início do processo de gentrificação⁴ do território, onde destacam-se alterações significativas de piora nas condições de trabalho, de vida e de moradia, devido aos impactos destas intervenções e consequente transformação do Centro Histórico em centro de consumo cultural, o que impulsionou a expulsão dos moradores e privilegiou o comércio.

As contradições que moldaram o Pelourinho como patrimônio mundial, as mudanças na ideia de patrimônio que ajudaram a constituir boa parte dos eventos de 1990, a transformação das práticas do Estado voltado a este sítio urbano, bem como o consequente aumento do controle e vigilância da sua população nos ajuda a compreender a configuração atual deste espaço urbano (MALHEIRO, 2018, p.71-72).

Luana Malheiro afirma que o olhar que se direciona para os espaços ocupados por pessoas que fazem uso de drogas no Centro Histórico é atravessado pelas lentes de compreensão do processo de contínua colonização de determinados corpos e lugares. Com inspiração nas problematizações postas por Frantz Fanon⁵ em “os condenados da terra”⁶, aponta que o processo de colonização guarda consigo o caráter extremamente violento e ancestral que atravessa os anos e se mantém firme. (MALHEIRO, 2018)

4 Gentrificação é um processo de transformação de centros urbanos através da mudança dos grupos sociais ali existentes, onde sai a comunidade de baixa renda e entram moradores das camadas mais ricas.

5 Psiquiatra e filósofo martiniquense, foi um influente pensador do século XX sobre os temas do racismo, da descolonização e da psicopatologia da colonização.

6 Fanon (2005).

Para Malheiro (2018), a cidade do colonizado, considerando o Centro Histórico, são os espaços ocupados para a execução de uma atividade ilícita e demonizada pela sociedade. São, sobretudo, espaços de resistência do projeto político de expulsão da população deste território.

Ressaltamos que o primeiro, e único, Centro de Convivência em saúde mental da Bahia, o Ponto de Encontro (PE), implantado em 2010 no Centro Histórico, que tinha o objetivo de orientar e encaminhar, através de ações intersetoriais, as demandas da população em situação de vulnerabilidade social e que, por vezes, encontram na droga um recurso para assegurar certa condição de manutenção da vida na tentativa de enfrentamento às intempéries da existência, foi reconfigurado em 2013 pelo governo do estado. Tal reconfiguração foi mediada pelas perversas críticas de um grupo de moradores e comerciantes da região que afirmavam um aumento no número de assaltos e queda na procura pelos serviços de hotelaria após a implantação do serviço.

Com a investida da comunidade em fechar o serviço dada a presença incômoda para os moradores locais de pessoas em situação de rua, fizemos um grande movimento social que cumpriu o importante papel de unir a militância antiproibicionista com a militância antimanicomial, gerando ainda o fortalecimento da organização política de usuários de drogas que frequentavam o casarão (MALHEIRO, 2018).

O Ponto de Encontro passou a ser gerido por uma instituição religiosa que alterou abruptamente a perspectiva clínica do serviço, instalando câmeras, utilizando seguranças para a mediação de conflitos e implementando ações técnicas de controle e vigilância. Num ato político de contestação ao novo modelo clínico implantado, cinco trabalhadoras encaminharam carta manifesto ao então Secretário Estadual de Saúde onde afirmam que

os ‘excluídos’ têm pois, nas condutas em questão, reforçado seu lugar de marginalizados e perigosos pela instituição que sempre se colocou em defesa dos seus direitos e em oposição aos preconceitos. O enrijecimento do PE e a falta de direção técnica – a partir das implementações a que nos referimos – suscitou o consequente aumento da violência entre os usuários e destes para com a equipe. Cinco vidraças quebradas, dois extintores violados, um bebedouro arremessado ao chão; tentativas de agressão aos profissionais – tudo isto nos últimos dez dias. E não estamos mediante uma crise isolada: nos últimos quatro meses, período de coordenação da atual gestão, o serviço foi fechado duas vezes por questões similares. Temos vivenciado cotidianamente episódios de violência que, tememos, podem resultar em algo mais grave. Cabe ressaltarmos que a resposta dada pelos usuários à violação dos seus direitos pela via da violência é, por vezes, o único recurso que estes dispõem para se defenderem, recursos estes aprendidos com as intempéries da dureza da vida nas ruas. É nosso dever, no Encontro, viabilizar novos recursos de sociabilidade, apontar para um caminho de uma inserção social menos perversa – tarefa impossibilitada nos termos atuais da convivência, cuja vigilância é o cerne da questão (TRABALHADORAS DO PONTO DE ENCONTRO, 2013).

Gey Espinheira afirmava que estes comportamentos transgressores e por vezes criminosos não são decorrentes da natureza das pessoas, mas condicionados por um modo de vida em que estão envolvidas por razões diversas (ESPINHEIRA, 1999).

Estas questões nos permitem lançar mão do que o sociólogo Jessé Souza, no intuito de chamar atenção para o abandono social de uma classe de excluídos, para denunciar as iniquidades geradas por este principal “traço social singular brasileiro”, sugere com a criação da categoria “ralé brasileira”. Souza (2016, p.35) considera que algumas classes são literalmente condicionadas à marginalidade e, segundo ele, a esmagadora maioria dos usuários autodestrutivos de drogas, em especial o crack, é constituída socialmente pelo seu abandono secular e pela experiência de humilhação cotidiana que ele implica.

Nesta mesma direção, Sawaia (2008, p.98), ao discutir a dialética exclusão/inclusão sob o prisma do sofrimento, aponta que nas entranhas da exclusão não se deve perder de vista que é o indivíduo quem sofre, porém esse sofrimento, em sua maior parte, não tem a gênese em questões psicológicas singulares, e sim em intersubjetividades delineadas socialmente.

A sociedade exclui para incluir e esta transmutação é condição da ordem social desigual, o que implica o caráter ilusório da inclusão. Todos estamos inseridos de algum modo, nem sempre decente e digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a grande maioria da humanidade inserida através da insuficiência e das privações, que se desdobram para fora do econômico (SAWAIA, 2008, p.8).

O processo de exclusão social, vivenciado por milhares de famílias brasileiras, determina a situação de vulnerabilidade e risco social presente no cotidiano de muitas crianças e adolescentes. Neste contexto de abandono, miséria e violência extremos é refletida uma das faces mais cruéis do processo de exclusão social vivenciado pela população brasileira. De acordo com Gontijo e Medeiros (2007), as crianças e adolescentes caracterizam-se como o grupo mais vulnerável aos efeitos da pobreza e da exclusão social, suscitando a implementação de políticas de assistência.

No que diz respeito aos meninos e meninas que vivem na rua, Gey Espinheira (1999) afirma que estes

buscam cotidianamente o viver, a satisfação, o prazer, a felicidade. Esta é a grande busca do ser humano e a grandeza dele, pois mesmo em situações diversas e adversas é sempre possível “sonhar o devaneio”, o sonho que se sonha acordado e desejar saber como é a “chama da vela depois de apagada” (p.38).

Considerando, portanto, o desafio de sistematizar experiências inventivas e inovadoras em torno do cuidado no campo psicossocial, a partir de ações desenvolvidas no território, inspirando-nos no desafio de ressignificar a psicopatologia (DESVIAT, 2014). Numa proposta de construção de uma outra psicopatologia, que se adapte aos princípios clínicos, éticos e assistenciais da saúde mental coletiva, decidimos observar as ações desenvolvidas em torno do cuidado compartilhado intersetorialmente.

Nesse sentido, partindo da percepção de que a clínica psicossocial se articula fortemente com os elementos da Política e por considerar o desafio apontado por Manuel Desviat, decidimos tomar o **Núcleo de Infância e Adolescência da rede de álcool e outras drogas (NIA ad)**⁷, como campo de pesquisa. Esta escolha nos aproximou de amplas possibilidades de compreensão dos fenômenos de sofrimento a partir da observação de uma estratégia intersetorial, que considera os constructos políticos, teóricos e éticos da RPB, e imprime, na prática, inventividades e inovações em torno do cuidado a adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social.

Sendo assim, definimos como questão deste estudo: **Como se dão as intervenções da Rede de Atenção à Saúde direcionadas ao cuidado compartilhado de adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social que fazem uso de drogas e encontram-se em momentos de crise psicossocial no território do Centro Histórico?** Para responder a esta questão foi apresentado o **objetivo geral** de descrever as articulações intersetoriais em torno do cuidado a adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social que fazem uso de drogas e os **objetivos específicos**: 1) analisar as estratégias de cuidado compartilhado estabelecidas entre as instituições no campo da atenção à saúde mental a adolescentes que fazem uso de drogas; 2) descrever casos que materializam essas articulações em nível intersetorial; e 3) identificar os entendimentos de crise que fundamentam as intervenções intersetoriais no campo da atenção à saúde mental de adolescentes que fazem uso de drogas.

Diante da exposição acima, considerando os objetivos do estudo, decidimos propor uma **metodologia de inspiração etnográfica** que me permitisse assumir uma implicação pessoal na observação das articulações realizadas pelo NIA ad.

7 Um arranjo tecnológico sugerido pelo CAPS ad Gregório de Matos, descrito em seus detalhes no tópico 2 desta dissertação.

O fato de atuar como trabalhador no campo escolhido por nós para a realização do estudo abriu possibilidades para que me incluísse enquanto “objeto” e sujeito da observação na descrição do fenômeno observado. Nesse sentido, considerando as formulações do sociólogo Loïc Wacquant, invertemos a lógica tradicional da “observação participante” e tomamos como método a “**participação observante**”. Consequentemente me permiti, enquanto observador, às experimentações que possibilitaram um movimento cotidiano, dialógico e reflexivo, acerca da questão deste estudo. (WACQUANT, 2002).

Além disso, como já trazia elementos de vivências anteriores à definição dos horizontes da pesquisa, foi possível incorporar posições e percepções, individuais e coletivas tanto no momento das definições destes horizontes quanto nos momentos posteriores, como na aplicação do método e na análise dos resultados, o que, ao nosso ver, amplia a abrangência deste estudo. Portanto, o fato de já estar inserido no campo foi fundamental para a construção das questões de pesquisa, principalmente para a construção de reflexões que ressoaram no contexto investigado.

A principal fonte de dados para a elaboração desta dissertação foi o diário de campo produzido a partir de uma observação sistemática e implicada, como já dissemos. Os registros eram feitos sistematicamente a cada semana, após participação nas reuniões do NIA ad. Nestes registros descrevia o cotidiano das reuniões, o processo de construção das articulações em torno do cuidado compartilhado, as percepções das equipes sobre o processo de trabalho entre outros elementos que me chamavam atenção e que dialogavam com os objetivos de investigação.

Considerando a importância de tornar ainda mais explícita a construção coletiva dos dados que viriam a subsidiar os elementos do processo descritivo, decidimos incluir no método a realização de entrevistas. Foram realizadas, numa perspectiva de diálogo aberto, entrevistas com 10 (dez) profissionais dos diversos serviços que compõem o NIA ad. Sobre a escolha pela realização das entrevistas, destacamos que

o sociólogo não pode ignorar que é próprio do seu ponto de vista ser um ponto de vista sobre um ponto de vista. Ele não pode re-produzir o ponto de vista de seu objeto, e construí-lo como tal, resituando-o no espaço social, senão a partir deste ponto de vista muito singular (e, num sentido, muito privilegiado) onde deve se colocar para estar pronto a assumir (em pensamento) todos os pontos de vista possíveis. E é somente à medida que ele é capaz de se objetivar a si mesmo que pode, ficando no lugar que lhe é inexoravelmente destinado no mundo social, transportar-se em pensamento ao lugar onde se encontra seu objeto (que é também, ao mesmo em uma certa medida, um *alter ego*) e tomar assim seu ponto de vista, isto é, compreender que se estivesse, como se

diz, no seu lugar, ele seria e pensaria, sem dúvida, como ele. (BOURDIEU, 2011, p.713)

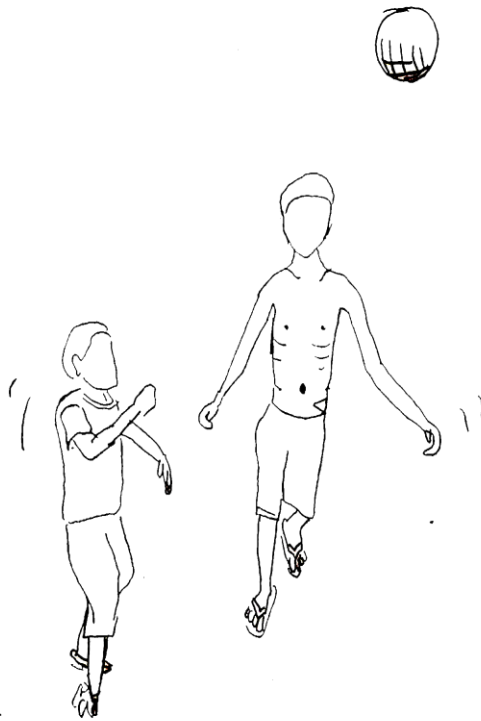
Tendo como base disparadora a rememoração das articulações construídas para o cuidado compartilhado de um caso emblemático escolhido pela equipe da pesquisa, as entrevistas, em sintonia com as categorias analíticas previamente estabelecidas, além de um momento onde as interlocutoras descreviam o arranjo tecnológico, abordavam dois campos de problematização: 1) Concepção de crise em Saúde Mental; 2) Organização da atenção à crise. (ver anexo 1)

O processo de escolha do caso emblemático se deu a partir da observação dos prontuários de adolescentes acompanhados pelo CAPS ad Gregório de Matos entre os anos de 2012 e 2017, sendo levado em consideração, para fins desta escolha, a quantidade de articulações que o acompanhamento demandou. Foram observados um total de 90 prontuários. Além desta observação, sistematizamos dados referentes às articulações com outros componentes da RAPS (ver tabela 1) e outros setores (ver gráfico 1 e anexo 2).

Para a produção dos resultados desta dissertação, consideramos, na etapa da análise dos dados, a intersecção entre o que fora destacado como relevante, para abordar os objetivos do estudo, tanto no diário de campo quanto nas entrevistas realizadas. Para a análise dos resultados, utilizamos como referência a antropologia reflexiva. Portanto, a análise desta pesquisa não é neutra. No entanto, me exigiu critérios de cientificidade como a reflexividade, a triangulação e a discussão do material produzido com as pessoas envolvidas com a mesma.

Após a sistematização dos resultados, o material foi apresentado ao grupo de interlocutoras, em reunião do NIA ad, com o objetivo de fortalecer a sua cientificidade a partir da validação do mesmo.

O texto está organizado em três partes. Uma primeira, onde apresentamos problematizações acerca das necessárias intersecções entre clínica e política para a construção de tecnologias de cuidado na perspectiva psicossocial e localizamos teoricamente os elementos que sustentam o princípio da integralidade do cuidado. Na segunda parte, apresentamos a descrição do Núcleo de Infância e Adolescência da rede ad e suas ações em torno da construção do cuidado compartilhado intersetorialmente. Por último, discorreremos sobre os entendimentos e intervenções em situações de crise psicossocial.



2. CLÍNICA E POLÍTICA: INTERSECÇÕES NECESSÁRIAS NA CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIAS DE CUIDADO NA PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL E DA INTEGRALIDADE

A clínica psicossocial é uma clínica política e, para que ela aconteça, é necessário que os trabalhadores assumam suas condições de atores políticos e desenvolvam habilidades para atuar numa arena de múltiplos interesses. Para tanto é necessária uma organização que reconheça as variadas expressões culturais⁸ e que produza uma política comum na diversidade. Marcus Vinicius chamou nossa atenção, neste lugar de trabalhadores, portanto, de atores políticos, sobre a necessidade de estabelecermos estratégias e táticas, pois

[...] fazemos política, seguiremos fazendo política e a nossa política se regra, se dirige a partir de ideias, de conceitos, de valores e de ideologias. Somos ideológicos. Inexoravelmente ideológicos. Não suportamos a ideia de que alguns, porque não se autogovernam ao modo da maioria, sejam colocados para fora da sociedade. (SILVA, 2007a, p.121)

Política perpassa fundamentalmente as relações sociais e diz respeito a todo e qualquer indivíduo. Hannah Arendt enfatiza que política se baseia na pluralidade de homens e mulheres, surgindo no espaço das relações, sendo a liberdade o seu mais importante sentido. A política precisa organizar e regular o convívio de diferentes, não de iguais. (ARENDR, 2009)

Ao se estabelecerem como atores políticos, o movimento de Reforma Psiquiátrica assim como o movimento de Reforma Sanitária, impregnados ética e ideologicamente e vinculando-se à luta pela transformação social, imprimiram rupturas paradigmáticas que impulsionaram importantes reconfigurações no campo da Atenção à Saúde (PAIM, 2008; YASUI, 2010).

Inscrita nessa utopia de transformação, destacamos que a Clínica Psicossocial parte do pressuposto de uma necessária articulação entre os elementos que compõem uma **dimensão macroestrutural**, definidora de horizontes estratégicos gerais, e as especificidades singulares, oriundas de uma **dimensão clínica** que se realiza na relação com os sujeitos nas suas vidas

8 Se todas as “populações” humanas possuem a mesma carga genética, elas se diferenciam por suas escolhas culturais, cada uma inventando soluções originais para os problemas que lhe são colocados. No entanto, estas diferenças não são irreduzíveis umas às outras. A noção de cultura se revela então o instrumento adequado para acabar com as explicações naturalizantes dos comportamentos humanos. O uso da noção de cultura leva diretamente à ordem simbólica, ao que se refere ao sentido. (CUCHE, 2002, p.10-12)

concretas. Essa articulação amplia as possibilidades para o desenvolvimento de intervenções que promovam o cuidado em liberdade e que observem a participação popular como condição para a transformação das condições adversas de vida, com o reconhecimento da autonomia individual e coletiva como elementos criadores de novas alternativas e, portanto transformadores da dinâmica social e da sociedade (TENÓRIO, 2002; ZIONE, 2007).

As transformações no modelo assistencial em Saúde Mental, por sua vez, sugerem a inclusão dos movimentos territoriais e suas singularidades no arcabouço das práticas profissionais desenvolvidas neste campo, onde é necessária uma atuação que parta do reconhecimento da diversidade cultural presente nos contextos interativos do cuidado (NUNES, 2009). Além disso, o ponto de partida do processo de trabalho, a partir de tais transformações, deixa de ser a doença, enquanto objeto cristalizado, e passa a evidenciar o sujeito, em suas complexas relações sociais, bem como as suas articulações na produção do sofrimento psíquico.

No entanto, é possível perceber históricas dificuldades que geram entraves no desenvolvimento de ações mais singulares no campo da política. Onocko-Campos e Campos (2015, p.737), ao discutirem este dilema, destacam que temos de interrogar os graus de produção de saúde e de autonomia que são efetivamente impulsionados pelas nossas práticas. Temos de sair da dicotomia clínica-saúde coletiva, e colocar-nos no intermediário, no entre, que é a posição que nos estimula a entrar em contato. Temos de adentrar na lógica do paradoxo. A este respeito, Ayres (2009, p.21), ao discutir sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde, afirma que a concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário não está em sintonia com os principais valores e pressupostos que o orientam hegemonicamente na atualidade.

Esta problematização, abordada por Ayres, abre horizonte para uma necessária discussão sobre as articulações entre o microcontexto, macrocontexto, micropolítica e macropolítica, construindo a integração desde a ação do profissional até as propostas de organização do sistema de saúde. Levando em consideração outras perspectivas de se pensar a clínica, Onocko-Campos (2001) afirmava, já no início da implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, haver uma declarada necessidade de reformulação da clínica nos serviços, o que valeria para os equipamentos substitutivos que estavam começando a surgir, sugerindo a sua ampliação, caso contrário,

[...] ainda que involuntariamente, ou por omissão, continuaremos trabalhando a favor da proposta hegemônica: a degradação da clínica, a criação de serviços pobres para

pobres, e a inviabilidade do SUS em termos dos custos crescentes derivados do alto consumo de técnicas diagnósticas e terapêuticas que acabam sendo caras, ineficazes, e, às vezes, até iatrogênicas. (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p.110)

Clínica aqui não é compreendida como aquela realizada no espaço restrito do consultório, ou do serviço de saúde mental, onde há o risco de se exercer um poder técnico que submete sujeitos a um enquadre formatado para atender a necessidades de uma estrutura de controle sanitário. A clínica que se articula com a política, como estamos propondo, pode ser também chamada, pelos termos de Lobosque (2003, p. 21), de *clínica em movimento*: “uma clínica que não caminha para si mesma, mas se combina e se articula com tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre [as pessoas]”. Ou, ainda, de *clínica peripatética*, como sugere Lancetti (2014, p.20-21) quando define a “clínica praticada em movimento, fora do consultório, no dentro-fora dos consultórios, nos espaços e tempos traçados, transbordando a psiquiatria, a psicanálise e as instituições de saúde mental”.

Todas essas ideias podem ser sustentadas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica que, ao apontar para a necessidade de uma transformação crítica do papel hegemônico e centralizador que o hospital psiquiátrico desempenhava na assistência, desenhou um modelo direcionado a outro foco, com ênfase em uma abordagem ampliada, que se aproxima da realidade social dos usuários, ou seja, que parte das complexas dinâmicas do cotidiano dos territórios onde vivem as pessoas (AMARANTE, 2008; YASUI, 2010).

Sendo assim, o processo de trabalho no campo da Saúde Mental demanda um intenso diálogo com os territórios onde vivem as pessoas que utilizam os serviços. Território é entendido aqui como processo, como relação. Segundo Santos (2006, p.114), “[o] território tanto quanto o lugar são esquizofrênicos, porque, de um lado, acolhem os vetores da globalização, que neles se instalam para impor sua nova ordem, e, de outro lado, neles se produz uma contraordem, porque há uma produção acelerada de pobres, excluídos, marginalizados”. Yasui (2010) se refere ainda ao conceito de território que diz respeito a construções e transformações que se dão entre os cenários naturais e a história social que homens e mulheres inscrevem e produzem.

O território não é somente permanência, perenidade, não é apenas tradição cultural. É também mutação, produção e modificação intensa, norteadas pela lógica do capitalismo globalizado que intervém dissipando e desintegrando as fronteiras entre o local e o global, modificando relações, gerando modos conformados e consumistas de existir. É no território que se exerce o controle das subjetividades. É nele que se instala

o olho vigilante do poder disciplinar que se ramifica e adere às rotinas cotidianas, transmutando-as ao sabor das conveniências do mercado. E o que se vende com as mercadorias são modos de ser, novos mundos e novas formas coletivas de conceber a vida e a existência. Subjetividades capturadas e ansiosas pelo consumo. (YASUI, 2010, p.127-128)

Portanto, a inversão do modelo de atenção à saúde mental não significa uma simples rearticulação da estrutura organizacional dos serviços, mas sim uma estratégia para que o cuidado se aproxime do território onde o sofrimento é produzido, de maneira a incorporar em seu arcabouço ferramentas que possibilitem a construção do acolhimento e ressignificação deste sofrimento produzido. A este respeito Santos e Nunes (2011, p.716) afirmam

que a maneira como o conceito de território é adotada no âmbito dos CAPS possui implicações práticas na forma como estes podem se articular (ou não) em termos de promover a desinstitucionalização (como desconstrução epistêmica dos saberes sobre a loucura) dos usuários e a sua concomitante inclusão em espaços diversificados da vida social, ambos pressupostos contidos na Reforma Psiquiátrica.

Esse modo de fazer imprime uma radical ruptura com o modelo asilar predominante, por meio, não só de um questionamento de seus conceitos, fundamentos e de suas práticas moldadas em uma questionável racionalidade científica, mas, principalmente, por meio da construção de um novo paradigma científico, ético e político. Inspirado nas formulações de Thomas Kuhn, Sílvio Yasui utiliza-se do conceito de *transição paradigmática*, evidenciando que a RPB abre horizontes para uma revolução científica que descortina um novo paradigma ao sugerir uma concepção que busca superar as dicotomias saúde/doença, individual/social (YASUI, 2010, p.110).

Nesta mesma direção, Costa-Rosa (2012) apresenta o Modo Psicossocial como um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar, que, buscando a superação destas dicotomias, passam a considerar os fatores políticos e o ambiente sociocultural como determinantes, sendo decisiva a importância que se atribui ao sujeito como participante principal do tratamento. E ainda, ao considerar que a loucura não é um fenômeno exclusivamente individual, mas social, supõe que as práticas devem envolver a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas. Portanto as práticas nos serviços de saúde mental, por lidarem com um contexto de complexidades, conformam um campo transdisciplinar onde se observa a atuação de diversos atores assumindo o papel de cuidadores, numa perspectiva interdisciplinar.

Neste contexto de rupturas e transformações, com a aprovação da Lei n. 10.216, que dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001), é impulsionado o processo de criação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, com progressiva redução dos leitos psiquiátricos. Sendo que, para dar conta do desafio de por em prática este novo modelo assistencial, o Ministério da Saúde (MS) passa a articular um conjunto de instrumentos políticos onde os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se constituem como dispositivos estratégicos.

Um modelo de atenção à saúde, segundo Jairnilson Paim, consiste em:

[...] uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos e trabalho em saúde. Aponta como melhor combinar os meios técnico-científicos existentes para resolver problemas de saúde individuais e/ou coletivos. Corresponde à dimensão técnica das práticas de saúde. Incorpora uma “lógica” que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde (modelo de intervenção em saúde) (PAIM, 2001, p.7-8).

Yasui (2010), ao abordar tal questão, afirma que a implementação dos serviços substitutivos e o estabelecimento de estratégias para a implantação de um novo modelo assistencial não significam automaticamente uma adesão aos princípios, às diretrizes e aos novos paradigmas propostos pelo movimento de Reforma Psiquiátrica. Posto isto, destacamos que, além do aspecto estrutural propriamente dito da implantação dos serviços, deve-se atentar para questões como o modo de funcionamento destas novas instituições e para o real formato de rede assumido, sendo inúmeros os desafios colocados para a implementação deste novo modelo de atenção (NUNES *et al*, 2008).

Aprofundando o desafio de operar com a complexidade do objeto loucura e manejar um conjunto de recursos territoriais que extrapolam os limites disciplinares, acadêmicos e corporativos, em um movimento de aproximação das complexidades clínicas esboçadas pela integralidade do cuidado, em 2011, o MS lança a portaria n° 3088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta propõe um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que buscam garantir a integralidade do cuidado numa perspectiva substitutiva ao hospital psiquiátrico. A RAPS tem, entre seus objetivos, a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral e a garantia da articulação e

integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).⁹

Para Mendes (2011), as redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações. Partindo de uma análise da literatura internacional, Ouverney e Noronha (2013) afirmam que as redes de atenção apontam um conjunto amplo de princípios de organização para promover a integração do cuidado em rede e apresentam uma síntese desse conjunto, sugerindo um núcleo com os seguintes princípios: 1. Orientação para as necessidades de saúde; 2. Complexidade da abordagem; 3. Multidisciplinaridade da intervenção; 4. Longitudinalidade do cuidado; 5. Interdependência e Compartilhamento de análise clínica; 6. Corresponsabilização clínica; 7. Territorialização; 8. Intersetorialidade; 9. Eficiência econômica; e 10. Melhoria contínua da qualidade.

Considerando esta estruturação dos serviços em redes assistenciais interorganizacionais que articulam as dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização, Hartz e Contandriopoulos (2004) afirmam que a integralidade da atenção é um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde ao reconhecer que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e as competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população, em seus diversos ciclos de vida.

Ruben Mattos aponta ainda que a efetivação da integralidade em saúde é um princípio estruturante do modelo de atenção proposto pelo SUS e afirma que o termo

expressa uma das bandeiras de luta do chamado movimento sanitário. De certo modo, ele tem funcionado como uma imagem-objetivo, ou seja, como uma forma de indicar

⁹ Apesar de fazer parte da realidade política atual, por questões éticas, teóricas e políticas, não levaremos em consideração as atuais portarias sugeridas pelo Ministério da Saúde após o golpe parlamentar-jurídico-midiático, a exemplo da portaria nº 3588 de dezembro de 2017 que substituiu a portaria nº 3088 de dezembro de 2011, de modo a desarticular o arcabouço organizativo da Política Nacional de Saúde Mental legitimamente construído, em processos democráticos, o que representa um grande retrocesso no que diz respeito aos objetivos antimanicomiais da Reforma. No entanto, infelizmente, não podemos ignorá-la no campo da luta política, porque, estando vigente, ela interfere na alocação de recursos para os serviços, bem como na reintrodução dos ambulatórios e do hospital psiquiátrico na rede de atenção psicossocial.

(ainda que de modo sintético) características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características vigentes (ou predominantes) (MATTOS, 2004, p.1441).

Kalichman e Ayres (2016, p.10) destacam que não são poucos nem pequenos os desafios colocados para a efetivação da integralidade. Afirmando que, em face das realidades concretas e complexas, a continuidade e radicalização do processo de implantação das redes de atenção parece ser um caminho possível, desde que não perca sua sintonia com as demais esferas de reconstrução das práticas de saúde e ouça as múltiplas vozes que defendem, com o princípio da integralidade, o direito de todos à saúde.

Pinheiro (2017), ao discorrer sobre os aspectos relacionados à integralidade do cuidado e seu envolvimento na promoção de processos de desinstitucionalização, afirma que as redes produzem “tramas” singulares, mesmo quando as situações sociais são semelhantes. Destaca que a potência dos arranjos entre os aspectos da rede formal e informal é uma fonte importante de ações desinstitucionalizadoras.

Nessa trama de articulação de diversas instituições e de recursos em rede, não se pode esquecer o papel que joga a participação dos sujeitos no seu itinerário mais ou menos integral de cuidado, o que depende, fortemente das modalidades tecnológicas que são colocadas à sua disposição para este fim. Recorrendo à noção do filósofo Pierre Lévy, Lima e colaboradoras (2012) afirmam que “uma tecnologia deve ser pensada como algo que potencializa (ou virtualiza) as nossas ações”, nesse contexto, espera-se que as tecnologias produzam movimentos que impliquem o reposicionamento dos sujeitos e o resgate ou a construção de laços sociais. Nicácio & Campos (2004, p.72), considerando que a desinstitucionalização propõe uma diferente perspectiva ética, teórica e política para compreender a questão da loucura e as relações produzidas no contexto social, afirmam que a mesma não pode ser compreendida como mera modernização do circuito assistencial, devendo implicar “uma profunda transformação das relações entre as pessoas e as instituições, dos modos de pensar e fazer saúde mental e dos processos de ausência de valor social e de exclusão das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico”.

Nesse sentido, é importante enfatizar que a construção de planos de cuidado e o emprego de outras tecnologias de integração, segundo Ouverney e Noronha (2013), devem ser

fundamentados na definição de um modelo de atenção como base de organização do trabalho coletivo em rede.

Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional. Isso se fará por meio de um “sistema sem muros”, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção [...] ligados por corredores virtuais que ultrapassem, de fato, as fronteiras com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados (OUVERNEY; NORONHA, 2013, p.67-68)

Ao discutir a integralidade no contexto da saúde mental, Alves e Guljor (2006) propõem uma reflexão sobre o cuidado neste campo a partir das seguintes premissas: liberdade em negação ao isolamento, de modo a respeitar e valorizar as diferenças e singularidades. Cuidado pautado na integralidade em negação à seleção, centrado na construção de projetos de vida, não na remissão de sintomas. Uma condução terapêutica que oriente-se pela complexidade do sofrimento psíquico e das questões que envolvem o risco social de maneira, em contraposição à simplificação do diagnóstico. Sobreposição do conceito de direito sobre a noção de reparo. Busca do aumento do poder contratual e do potencial de trocas sociais, de modo a ampliar os níveis de autonomia dos sujeitos. E incorporação permanente do papel de agenciador, disponibilidade da equipe de acompanhar os sujeitos em suas trajetórias, sem fragmentar suas demandas ou delegar o cuidado de forma descomprometida a outros serviços.

Além das complexidades que surgem no desafio de tecer ações que promovam a integralidade, o campo da saúde mental ainda apresenta a necessidade de desenvolvimento de novas formas de cuidado em saúde, novas tecnologias, novos horizontes no que diz respeito ao manejo dos quadros de crises que acometem os sujeitos em sofrimento mental. Silva e colaboradoras (2009) apontam estes como merecedores de todos os investimentos clínicos necessários, exigindo de quem trabalha com eles um preparo diferenciado e manejos sofisticados.

No que diz respeito às ações inscritas na atenção às situações de crise Dell’Aqua e Mezzina (1991) apontam que é necessário assumir a particularidade, mas também a amplitude, tomando-as como objeto do trabalho em saúde, considerando o seu potencial transformador, observando as dimensões éticas, políticas e clínicas das intervenções em torno do seu manejo.

Dimenstein e Liberato (2009) apontam que as experiências exitosas no campo da saúde

mental têm em comum o fato de terem direcionado seus esforços para mecanismos eficazes de intervenção na crise e na criação de uma rede de recursos com amplo leque de estratégias interdependentes, não só sanitárias, mas de suporte social, de moradia, de geração de renda, de potencialização das associações, dos recursos comunitários, etc. E, para além de um desafio, a resposta à crise, segundo Dimenstein e colaboradores (2012), precisa ser uma prioridade estratégica para a RPB, constituindo um analisador importante para compreender a desinstitucionalização da loucura.

Considerando estes aspectos teóricos e políticos e a necessidade de compreender a atenção em saúde em situações complexas, este estudo se destaca pelo privilégio de partir de um campo que produz consistentes articulações intersetoriais e operam a clínica psicossocial, numa perspectiva de cuidado compartilhado voltado, em grande medida, para pessoas em situação de crise, ou para os momentos de crise de pessoas usuárias de álcool e outras drogas que são acompanhadas pelo arranjo tecnológico de um Núcleo de Cuidado em Rede.



3. TESSITURA INTERSETORIAL DE CUIDADO COMPARTILHADO: O NÚCLEO DE INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DA REDE ad

É recente a transformação do modelo conceitual e das abordagens em saúde mental que se deslocam de um modelo restrito e institucionalizador para uma complexa rede de atenção à saúde, onde os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos apresentam papel estratégico de articulação com o território e colocam em prática ações inovadoras de ampliação conceitual e tecnológica dos manejos de situações observadas no campo da saúde mental.

Aqui apresentamos elementos oriundos de distintas fontes (entrevistas, diários de campo e resgate histórico) com o objetivo de lançar luz sobre uma proposta de definição acerca do fazer clínico-político do **Núcleo de Infância e Adolescência da rede ad** – NIA ad. Apresentamos também, a partir da análise dos prontuários dos adolescentes acompanhados no CAPS ad Gregório de Matos entre os anos de 2012 e 2017, as principais articulações realizadas com a rede intra e intersetorial com fins de produção do cuidado compartilhado. Além disso, com o objetivo de estabelecer contornos mais pragmáticos às reflexões abordadas nesta dissertação, apresentaremos um perfil básico, sem muitos aprofundamentos, dos 90 adolescentes acompanhados ao longo destes anos.

Ao final, para ilustrar este perfil e trazer elementos para a compreensão prática das articulações em torno do cuidado compartilhado, apresentaremos o caso de *Pablo*. Ressaltamos que, para a montagem desta história, fizemos uma espécie de composição pela interposição de histórias, de maneira a disfarçar as identidades dos adolescentes acompanhados, mas permitir que, ao longo da leitura, seja possível estabelecer uma compreensão da realidade que leve em consideração as experiências concretas. Com inspiração no método de escrita de Richard Sennett, em seu livro “A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo”, esperamos relatar com exatidão os sentidos das ações observadas, embora não exatamente as circunstâncias (SENNETT, 2001).

3.1 Entre motivações, direitos, negações e transgressões: os desafios do cuidado a adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social no Centro Histórico de Salvador

O direito à saúde de adolescentes se configura, segundo Lima, Alves e Correia (2014), como o direito ao desenvolvimento integral do seu ser, sem restrição de qualquer espécie de sua potencialidade, com efetiva garantia ao acesso a todos os meios, serviços, ou programas que assegurem e promovam a sua saúde, com respeito e integração do seu acervo étnico, familiar, cívico e cultural. Essa afirmação de direitos está presente no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), implementado através da lei nº 8.069/1990, que define que tal direito deve ser efetivado mediante políticas públicas sociais que permitam o desenvolvimento sadio e harmonioso da criança e do adolescente em condições dignas de existência, devendo ser garantido “acesso universal igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 2014a, p.13). Lima, Alves e Correia (2014) afirmam que, a partir deste marco legal, situa-se o direito dos adolescentes a um atendimento integral e intersetorial em saúde.

Considerando as complexas demandas existentes no campo da atenção a crianças e, principalmente, a adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social e o contexto social do território do Centro Histórico, marcado por contradições que se expõem visivelmente a qualquer sujeito que circule pelas suas ruas, surgem importantes intervenções voltadas para esses segmentos. Como exemplo, temos o conjunto de práticas transgressoras e de resistência sob a forma de inovações tecnológicas desenvolvidas pelo Projeto Axé¹⁰, que, como afirmou Lancetti (2015, p. 79), *penetrou na cultura baiana e tratou com luxo (educação, arte, moda...) o que é produzido e tratado como lixo*.

Como trazido anteriormente, estamos falando de um território marcado por intensas contradições sociais. Este território nasce com a cidade de Salvador no momento em que os colonizadores portugueses estabelecem seu domínio econômico, não sem, obviamente, encontrar resistências. Destacamos ainda que, ao longo dos variados momentos históricos, as relações estabelecidas no Centro Histórico de Salvador acompanharam propostas políticas que,

10 O Projeto Axé é uma Organização da Sociedade Civil (OSC) que visa interferir na questão social através de um projeto de educação cuja missão é atender a população em situação de extrema pobreza, prioritariamente, às crianças, adolescentes e jovens. Foi idealizado em 1990 pelo florentino Cesare de Florio La Rocca, em meio ao processo de redemocratização e reformulações legislativas pelo qual passava o Brasil

como se sabe, hegemonicamente favoreceram elites locais em detrimento dos direitos e de outros muitos, pessoas das classes populares, que, durante longas décadas, ocuparam aquele espaço social e não deixaram os velhos casarões ruírem, apesar das suas parcas condições econômicas.

Rememoramos aqui, a título de exemplo, um programa de intervenções conduzido pelo Governo Estadual na década de 1990, que privilegiou a apropriação da área pelas camadas de maior poder aquisitivo direcionando-a para interesses do segmento turístico. Projeto este que, segundo Espinheira (2009), negligenciou a grande parcela das pessoas que, de fato, necessitavam da ação governamental para melhoria da sua qualidade de vida.

Sobre este contexto social, no relatório apresentado pelo Projeto de Reabilitação Sustentável do Centro Antigo de Salvador, onde discorre sobre a dimensão social e o quadro de vulnerabilidades, Gey Espinheira afirma que, a partir de uma recomposição social deste território, que atendera a interesses exclusivamente econômicos, observa-se uma complexa problemática, que é a tendência à expulsão do mundo econômico, antecedida à saída do mundo político e social (direitos, desigualdade social, à falta de oportunidades para o trabalho) de parcela representativa das pessoas que lá vivem ou viveram. (ESPINHEIRA, 2009).

As expressões de vulnerabilidade formam “borrões” nas paisagens, imagens que pesam nos lugares, ainda mais àqueles para os quais olhares intervencionistas estão voltados, justificando tentativas de ocultamento, comprometendo, todavia, as condições de vida dos sujeitos em situação de insegurança social. (ESPINHEIRA, 2009, p.116)

Observa-se ainda um estigma que permeia o imaginário da sociedade sobre as pessoas que vivem à margem das garantias sociais, além das formas negativas de classificá-las e a frequente relação destas com a criminalidade e o risco à proteção dos outros. Posturas estas que, nas palavras de Espinheira (2009), compõem e reforçam um cenário de restrições do acesso destas pessoas à rede de atenção básica do SUS e de Assistência social, destacando as habituais dificuldades pertinentes à gestão pública que por si só já cerceiam o acesso desta população a estes serviços e programas.

Ao estudar a relação entre exclusão social e uso de drogas, especialmente o crack, Jessé Souza chama nossa atenção para a construção de um ciclo vicioso entre estes dois aspectos que, além de se retroalimentarem, estendem seu efeito mesmo àqueles que sequer fazem uso da

droga. Neste estudo, o autor problematiza os mecanismos sociais e institucionais de exclusão e racismo direcionados aos que designa pelo termo de “ralé brasileira” para denunciar a sua condição de iniquidade em decorrência do abandono social (SOUZA, 2016)

Espinheira (2009, p.116) afirma que os adolescentes que fazem parte desse grupo social ao que nos referimos, ao situarem-se em contextos de vulnerabilidade social interseccionados pelo uso de drogas, desvinculação familiar além de variadas perdas, passam “a usar outros recursos de sobrevivência, até então ignorados, e assimilar novas formas de organização que permitem a satisfação das necessidades e a superação dos obstáculos que a cidade apresenta”. Neste contexto,

agressões, roubos, furtos e mortes são indicados, sobretudo em matérias de jornais da capital ou de outras cidades brasileiras. Estes, somados à precariedade de atendimentos públicos (na saúde, habitação, saneamento), configurada como negligência [...], permitem referir a um tipo de vulnerabilidade (e uma violência) imprevista. A exemplo pode-se citar a atuação policial, a reproduzir um modelo social excludente, ora quando mantém-se como mero garantidor da ordem às vistas de visitantes do lugar, ora quando pratica a violência sobretudo contra indivíduos que demonstram fragilidades ostensivas. (ESPINHEIRA, 2009, p.116)

O consumo de drogas é efeito de um complexo processo que envolve, além da substância, o contexto sociocultural e as questões subjetivas de cada sujeito que a utiliza (OLIVENSTEIN, 1988). É uma realidade que frequentemente surge na adolescência, sobretudo se considerado que este é um momento do ciclo de vida onde surgem muitas experimentações pessoais e socioculturais. Ressalta-se que, a partir de uma infinidade de possibilidades, que incluem usos recreativos, produções de subjetividade, mediações relacionais, etc., o uso de drogas pode servir como forma de lidar com situações adversas, tais como a falta de moradia e de acesso à escola, situações diversas de violência, frustrações pessoais, entre outros motivos. É importante observar ainda que nem todo uso de drogas é sinal da existência de necessidade de intervenção no campo da saúde (BRASIL, 2014b).

Gomes e Messeder (2015), ao discorrerem sobre a relação entre juventude e substâncias psicoativas, afirmam que jovens em situação de risco e vulnerabilidade social não estão fora de qualquer padrão cultural e mantêm ricos laços de sociabilidade e aprendizado social com seus pares para poderem integrar as várias dimensões da sua existência. Consideram, ainda, que pesquisas sobre as continuidades e rupturas nas trajetórias de vida deste público, que mantém uma conduta pouco aceita socialmente, se configuram como ferramentas de importante

interesse da antropologia, da psicologia, da educação e das ciências sociais em geral.

No que diz respeito às crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social, Pinto e colaboradores (2014) apresentam interrogações adicionais, tanto a respeito da trama dos fatores motivadores, quanto acerca das possibilidades de lidar com um comportamento que se coloca na contramão das determinações jurídicas, educacionais, sociais e de saúde preconizadas pelo Estado. Dessa maneira, é necessária uma atenção especial nos manejos clínicos já que nesta fase se instauram os pilares do desenvolvimento psicossocial do futuro sujeito, sendo que

é na adolescência que se processa a passagem [do] sujeito infantil para uma condição adulta de responsabilidade pessoal e social. Essa mudança de posição radical implica uma construção de novos laços com a família e a sociedade, bem como a escolha de um lugar próprio e singular no mundo. Este processo, repleto de transformações, costuma suscitar muitas incertezas, tanto no adolescente como naqueles que o rodeiam. Incertezas frente a um corpo que se transforma à revelia do desejo, frente a uma família e a uma sociedade que passam a ser vistas, tanto quanto a vê-los, com outros olhos. (PINTO *et al*, 2014, p.100)

Sobre esse manejo clínico, destacamos aqui a importância de processos que coloquem o sujeito como centro do cuidado, onde sejam consideradas questões acerca da sua autonomia e construção de movimentos que possibilitem o seu empoderamento, levando em consideração as especificidades clínicas e sociais que circundam esse período do desenvolvimento. Segundo Nicácio & Campos (2004), uma prática centrada nas pessoas gera uma tensão constante entre as necessidades destas e o serviço, sendo necessário um investimento coletivo de dialetização das contradições. Este movimento contribui para a

produção de um serviço flexível, aberto, atravessado pelas singularidades dos usuários, enriquecido e questionado pelo contexto e que, incessantemente se indaga, se transforma, se reinventa em processo: um serviço produtor de relações e de ações geradoras de transformação das possibilidades de vida cotidiana das pessoas, capaz de “co-produzir projetos para a vida”. (NICÁCIO *apud* NICÁCIO; CAMPOS, 2004, p.77)

Para o Ministério da Saúde, em suas formulações políticas democraticamente construídas, a atenção psicossocial infantojuvenil precisa considerar as seguintes diretrizes: 1. que a criança e o adolescente são sujeitos e, como tal, são responsáveis por sua demanda e seu sintoma, não sendo possível pensar em tratamentos e abordagens terapêuticas de forma homogênea e prescritiva; 2. é imprescindível que haja acolhimento universal das demandas; 3. quando necessários, os encaminhamentos precisam ocorrer de maneira implicada e corresponsável; 4.

construção permanente da rede e da intersetorialidade, com atuação baseada no território; e 5. avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de saúde mental (BRASIL, 2014b).

Nesse sentido, destacamos que o trabalho em rede é condição essencial para a abordagem da clínica psicossocial havendo um marcado desafio no âmbito das políticas públicas em torno do cuidado a adolescentes que usam drogas e vivem em situação de risco e vulnerabilidade social.

3.2 Caminhos de resistência e aproximações: resgate histórico de ações do cuidado em saúde ao público infantojuvenil no Centro Histórico

Para compreender o processo histórico do surgimento das articulações em torno da garantia dos direitos das crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social do Centro Histórico, convidamos *Flora*, mulher branca, aposentada, para um diálogo aberto que acabou tornando-se um aconchegante espaço de fortalecimento da estratégia coletiva de seguirmos juntas e firmes, mesmo diante das adversidades políticas impostas por um governo que explicitamente esfacela os direitos sociais.

Ao resgatar a história das articulações, *Flora* destaca que as ações que inspiraram a constituição do NIA ad tiveram origem no Consultório de Rua Capitães da Areia, que era um espaço dedicado à infância e adolescência em situação de risco e vulnerabilidade social associada ao uso intenso de drogas. Este Consultório de Rua (CR) surgiu de um Termo de Ajustamento de Conduta – TAC, firmado em 2008, entre o Ministério Público e a Coordenação de Saúde Mental do município de Salvador, impulsionado pelo Projeto Axé, a propósito do caso emblemático de um adolescente que vivia no território do Centro Histórico. Segundo ela, tratava-se de uma figura tida como inabordável, um nó crítico para o Projeto Axé, que trabalhava no sentido de envolver crianças e adolescentes nas atividades com o objetivo de se criar um vínculo com as mesmas.

“Tinham aproximadamente 24 meninos no Centro Histórico que se encaixavam neste perfil de ‘inabordáveis’ do ponto de vista da construção de vínculo com as instituições locais e que eram pequenas *personas non gratas* aos comerciantes, turistas e até às próprias instituições”. (*Flora*)

Seguindo seu resgate histórico, *Flora* afirma que, de início, com a implantação do Consultório de Rua, foi difícil encontrar uma linha de atuação coesa para a construção de um processo de trabalho que desse conta das complexas questões apresentadas por aqueles adolescentes. Era preciso uma sintonia fina de equipe e uma relação com a Saúde Mental infantojuvenil. A equipe se inspirava fortemente na **tecnologia de aproximação** construída pelo Projeto Axé, tendo esta sido uma instituição de grande importância para a inserção da clínica de rua no território do Centro Histórico. Já no início, na exploração do território, percebeu-se a existência de uma rede completamente desintegrada, no entanto, como destaca *Flora*, com um olhar marcado por expressões de quem deu largos passos no alcance de um complexo objetivo, uma rede possível de ser compactada.

“Até arrumar tudo isso, custou um pouco e, a partir daí, começou-se a pensar e analisar o território, porque o eixo estruturante do trabalho foi constituído de antemão como sendo no território, com base nos princípios operacionais do SUS. Então **singularidade, trabalho em rede, territorialidade e integralidade** foram princípios introjados a ferro e fogo”. (*Flora*)

Com sorrisos largos e olhares de quem observa, de maneira impressionada, o desabrochar de uma flor, ouvíamos *Flora* em sua narrativa apresentando elementos que fundamentam uma trajetória de resistência e luta para a garantia da existência desses meninos. Num dado momento, ela resgata a principal aposta do trabalho realizado pelo CR, que era um percurso de construção de um espaço de referência para esses adolescentes, no sentido de que os nós cegos que se constituíam numa rede fragmentada fossem desatados com a possibilidade de escuta e de proteção. As ações clínicas passavam pelo intermédio das situações vividas pelos adolescentes, como a relação com a polícia por exemplo. Nesse sentido o CR foi se **tornando uma referência de proteção** e a redução de danos era um norte conceitual priorizado pela equipe. Por sua vez, os adolescentes se apropriavam dessa tecnologia e das suas propostas.

Resgato aqui um importante estudo que propõe uma reflexão crítica sobre o dispositivo Consultório de Rua, analisando-o como uma proposta de atendimento a crianças e jovens usuários de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, vivendo em condições de risco e vulnerabilidade social. Neste, sua autora, a psicóloga Mirian Grace Plena, afirma que as perspectivas vislumbradas por esta população se tornavam extremamente restritas pela composição de fatores superpostos que reforçam a sua situação de exclusão social. Observou

ainda que esta exclusão contribuía para um rebaixamento da auto-estima dessas pessoas, em suas palavras, já minada pelo descaso, descuido e desesperança, adotando, contra si mesmos, comportamentos de auto-abandono e desinteresse pela própria vida (OLIVEIRA, 2009).

Frente à histórica exclusão e negação de acesso a bens e a direitos vividos por esta população, é perceptível um aspecto inovador no desenvolvimento das práticas de cuidado presentes no CR, havendo, como afirmado por *Flora*, todo um **aspecto improvisador da execução da política**. As articulações com o campo da Saúde Mental faziam com que as ações clínicas se desenvolvessem numa perspectiva mais aberta no que diz respeito às aproximações com o território e com os sujeitos acompanhados pelo serviço. A inventividade era uma máxima e, a partir dos delicados e minuciosos percursos clínicos, o serviço se constituía enquanto referência neste campo.

“Os adolescentes tinham vergonha de acessar o centro de saúde, porque estavam descalços, esculhambados, descabelados. Os seguranças faziam uma barreira, não uma linha direta, mas uma fronteira tênue entre a rua e o Consultório de Rua, que estava ali sediada no centro. Então trabalhávamos as equipes do centro, a segurança, pra que fosse possível permeabilizar essa fronteira, possibilitando o acesso desses meninos”. (Flora)

Flora finaliza esse momento de resgate da história em que destaca o CR como espaço de referência, a partir de um movimento protetivo, com citações ao processo de implantação, pelo CR, de um importante elemento da clínica de rua, que pode ser considerado, como propôs Marcus Vinicius, como um processo de **intensificação de cuidado**. Este foi definido, pelo autor, como um conjunto de procedimentos terapêuticos e sociais direcionados ao indivíduo e/ou ao seu grupo social mais próximo, visando ao fortalecimento dos vínculos e à potencialização das redes sociais de sua relação bem como ao estabelecimento destas nos casos de desfiliação ou forte precarização dos vínculos que lhes dão sustentação na sociedade (SILVA, 2007b). Essa proposta pode ser exemplificada no relato abaixo:

“Se o adolescente tinha dor de dente, a equipe ia com ele até o dentista, dor de barriga ia-se com ele até o Centro de Saúde, aí cada lugar que a equipe desembarcava criava um vínculo interinstitucional para desmontar um pouco dessa barreira que se cria em relação a pessoas em situação de risco e vulnerabilidade social que fazem uso de drogas. Essa conjunção é tétrica para as instituições. Em cada instituição onde a equipe chegava, ia-se desmontando um pouco dessa barreira; cada ida dessa era também uma forma de estreitamento de laços com os profissionais, no sentido que se ia conversando com os adolescentes até os locais de atendimento, ouvindo as histórias”. (Flora)

Em 2012 surge o CAPS ad do território do Centro Histórico, o CAPS ad Gregório de Matos. A ideia inicial era que o consultório de rua fosse o “braço de rua” do CAPS, mas, segundo *Flora*, por questões políticas, burocráticas, pessoais, e outra leva de questões, isso não aconteceu. Nessa ocasião, já eram feitas conexões com o CAPS ad III, situado em outro distrito sanitário da cidade. Apesar dessa articulação, sabia-se ser necessário um serviço mais próximo.

Flora ressalta que a chegada do CAPS ad Gregório de Mattos ampliava as possibilidades de atenção psicossocial aos adolescentes já acompanhados pelo CR e que esses meninos passaram aos poucos a frequentá-lo. A equipe do CR investia em buscá-los, trazê-los, acompanhá-los e muitos deles passaram a aderir às propostas de cuidado do CAPS, sendo que, a partir dos desejos de cada um, foram pensadas as primeiras oficinas de infância e adolescência. No entanto, foi percebida uma alta resistência por parte da equipe deste serviço. Por ter sido um segmento que passou a frequentar regularmente o CAPS, depois de um pequeno tempo, ao se deparar com os dilemas que surgem num contexto de cuidado intensivo e que se desdobraram em discussões infundáveis, surgiam questões como: Por que não um CAPS infantil? Por que não um CAPS álcool e drogas na infância e adolescência?

Conceição e colaboradoras (2018), em estudo que descreve o perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas realizados no Brasil entre os anos de 2008 e 2012, aponta que, no ano de 2012, existiam 172 CAPS i no país, dos quais apenas 66% registravam atendimentos ao público em uso abusivo de álcool e outras drogas, enquanto que, dos 294 CAPS ad/ad III existentes, 96% assistiram crianças e adolescentes com estes transtornos. Observa-se aí um paradoxo no que diz respeito ao lugar adequado para que ações em torno do cuidado a este público sejam desenvolvidas. (CONCEIÇÃO *et al.*, 2018).

De acordo com as autoras supracitadas, enquanto os CAPS i, por apresentarem dificuldades para atender esta demanda, a encaminham para serviços especializados, os serviços de atenção a pessoas com necessidades relacionadas ao uso de drogas, os CAPS ad, por vezes apresentam pouca adequação e dificuldades no manejo dos elementos clínicos voltados à população de crianças e adolescentes, ou não conseguem lidar com as singularidades deste público.

Diante deste paradoxo, *Flora* destaca que, mesmo com as resistências da equipe, altos investimentos eram feitos no sentido de se montar espaço de trabalho significativo para dar sentido ao nível de sofrimento dos meninos e meninas. Relembra ainda que, à medida em que a equipe colhia as narrativas fragmentadas, ia sendo tecido um importante trabalho de junção destes fragmentos num complexo quebra-cabeças. Se colocar como um serviço de referência era uma proposta muito exigente e, nesse sentido de intensas exigências, o CAPS ad Gregório de Matos fez uma escolha, aquela de lidar com as dificuldades e apostar na ampliação das possibilidades de cuidado dirigidas a este público.

“Então a ideia do NIA ad, vem um pouco daí. Tinha que ter duas vertentes, uma que era de atenção, interna, no CAPS, a atenção psicossocial do adolescente estaria integrada a um sistema de ações a partir do CAPS, e, na outra vertente, um trabalho de organização da rede de uma forma mais regular, onde o CAPS seria o ordenador, mas que, na verdade, foi o propulsor. E essa rede foi se construindo a partir de cada caso e foi se estabelecendo. Tinha o núcleo duro da rede, nós, Unidade de Acolhimento Infantojuvenil, Axé, depois CAPS ad III, instituições que passaram a frequentar e se mantiveram nessa frequência e outras que iam e vinham, que é próprio do funcionamento de rede também, conselheiros tutelares, enfermeiros, o CAPS infantil, enfim, mas surgiu com essa dimensão territorial” (Flora)

Nesse sentido, considerando a importância de construção de estratégias inovadoras para manejos adequados para adolescentes em uso de drogas em situação de vulnerabilidade e risco social, o CAPS ad GM propôs, em 2014, a criação do NIA ad como um espaço para promoção de articulação continuada, estabelecendo discussões permanentes entre serviços que prestam assistência a este público de modo a potencializar ações de atenção integral à saúde do mesmo.

Foram diversas as instituições convidadas a participar deste arranjo tecnológico, a saber: Fundação da Criança e do Adolescente (FUNDAC)¹¹, Projeto Axé, Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UA ij), Programa Corra pro Abraço¹², Apoio Institucional em Saúde Mental do Distrito Sanitário Centro Histórico, Conselho Tutelar¹³, Fundação Cidade Mãe (FCM)¹⁴, CAPS ad III Gey Espinheira, CAPS ad Gregório de Mattos, entre outros serviços que se envolvem

11 A FUNDAC é um órgão ligado à SJDHDS e responsável pela gestão da política de atendimento a jovens em cumprimento de medidas socioeducativas de semiliberdade e internação

12 O Programa Corra pro Abraço é uma iniciativa da SJDHDS que tem como objetivo promover cidadania e garantir direitos de usuários de drogas em contextos de vulnerabilidade social.

13 O Conselho Tutelar é um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos por Lei.

14 A FCM foi criada e implementada em 22 de agosto de 1995, através da Lei 5.045 de agosto de 1995, pelo Poder Público Municipal de Salvador, estando vinculada à Secretaria Municipal de Políticas para Mulheres, Infância e Juventude.

com cuidado dos adolescentes acompanhados pelo CAPS ad GM. As reuniões passaram a acontecer semanalmente com o objetivo de discutir os casos, compartilhar o cuidado e produzir estratégias de acompanhamento compartilhado para o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares.

3.3. Afinal, o que é o Núcleo de Infância e Adolescência da rede ad?

Para que esta pergunta seja respondida, é preciso levar em consideração um elemento importante destacado por *Flora*: o grupo não tem uma morfologia *ad eternum*, é algo que vai se estruturando de acordo com as circunstâncias, onde a discussão do caso constitui a mola mestra da construção de ações e procedimentos. Nesse sentido, destacamos abaixo as percepções trazidas pelas pessoas entrevistadas acerca da descrição deste espaço.

Nina, trabalhadora de um CAPS ad III, mulher negra de 30 anos, afirma que o NIA ad é um lugar para se conhecer melhor quem está atuando nos casos, definir quais ações são possíveis, quais já foram estabelecidas e o que dialoga melhor com os **elementos singulares** de cada adolescente. A equipe do serviço onde atua, reconhecendo que não daria conta de estabelecer processos complexos de cuidado de maneira solitária, decidiu pela entrada no NIA ad. Perceberam, segundo ela, que cuidar dos adolescentes que faziam uso de drogas era difícil para o serviço, mas era igualmente difícil para os outros.

“O Núcleo é um **espaço de articulação**, um espaço onde se consegue pensar o cuidado a partir de uma perspectiva intersetorial, onde se pode encontrar outros atores que já são acionados por esses meninos o tempo inteiro. Um espaço de articulação e de pensar o cuidado de forma mais ampla, uma **tentativa de garantia da atenção integral**. A cada caso discutido, percebemos diversas dificuldades pra desenvolver acompanhamentos. Portanto, foi um reconhecimento de que ninguém estava conseguindo fazer o que era esperado enquanto diretriz que nos fez reunir pra pensar no que fazer, já que a realidade de Salvador, a rede de serviços para adolescentes é bastante precária”. (Nina)

Carla, mulher negra, conselheira tutelar, 31 anos, que não participa mais atualmente das reuniões, se refere ao Núcleo como um lugar de **articulações de acesso**, principalmente para crianças e adolescentes que não têm acesso à educação, saúde e outros direitos básicos. Um espaço que proporciona suporte para essas crianças e adolescentes que estão em situação de vulnerabilidade social.

Para *Rosa*, 36 anos, mulher negra que trabalha na Fundação Cidade Mãe, no NIA ad é possível **estabelecer diálogo entre a rede de saúde mental e outras políticas**. Afirma que, além do espaço de cuidado, ele é um espaço de conhecimento e resolução, não apenas de caso, mas também de questões que não são fáceis de dialogar com outros agentes da rede. É um espaço de fortalecimento, já que, a partir das reuniões, consegue qualificar-se no discurso quando tem que lidar com demandas ou dialogar com outros agentes da rede.

“No início eu tinha muita dificuldade de falar desse espaço por não ter clareza do que ele era. Eu achava que era só um espaço de discussão de casos e um espaço de discussão de caso pode ser em qualquer lugar, você junta umas pessoas comprometidas e discute. Mas cada vez que se discute aqui surgem ideias e surgem também nossas fragilidades, e também ideias de como lidar com isso e, desse espaço, nasce uma força que te impulsiona a discutir o caso em outros espaços com potencial enriquecedor, discutir com mais profundidade num estudo de caso num espaço que não era como esse, do saber, do pensar mas que também potencializa e qualifica. E aí, quando eu consigo multiplicar esse saber, eu considero isso como algo muito positivo, sair da lógica do assistencialismo mesmo e passar a ver o espaço como algo que cuida da gente mesmo”. (Rosa)

Vinicius, homem pardo, 31 anos, trabalhador de uma Unidade de Acolhimento Infantojuvenil, que acompanha o Núcleo desde o início, ressalta que a ideia da iniciativa do CAPS ad, inicialmente, era a de criar um lugar para que o serviço atendesse demandas da infância e adolescência, um espaço voltado para que o CAPS constituísse práticas terapêuticas voltadas para este público. Tendo, no entanto, com o passar do tempo, tomado um outro caminho.

“Pra mim hoje, ele é concebido como um **lugar de produção de cuidado** efetivo pra crianças e adolescentes e isso envolve encaminhamentos, discussão de caso, elaboração, autosupervisão, todos esses aspectos que envolvem o cuidado efetivo da criança e do adolescente”. (Vinicius)

Ângela, 37 anos, mulher negra, trabalhadora de um CAPS ad destaca que se trata de um **espaço de suporte técnico, um suporte autogestionado**, onde é possível aprender com os casos, na fala de cada um, na construção. Segundo ela, aprender não o que está no papel, do que cada dispositivo deve ser, mas sim do que pode ser naquele momento, na relação imediata com o cuidado demandado pelo adolescente. Ressalta que, a partir do encontro, é possível tecer articulações para dentro e para fora, ampliando as ofertas de cuidado e potencializando a resolutividade das intervenções. Nestes encontros é possível pensar o que pode ser feito para além do que está disponível.

“O NIA ad pra mim, primeiro é um **espaço de encontro**. Acho que nesse trabalho que é tão duro, tão difícil construir coisas, porque é difícil dar conta pra dentro, é difícil pra fora, porque não tem a rede, um caminho, não tem fluxo. Então ter um espaço de encontro com outros serviços, com outras pessoas para pensar e construir junto, é muito importante. Eu vejo que, nos casos do Núcleo, a gente discute muito, cria muito, constrói muito e é nessa discussão, nesse encontro e aprendizado contínuo que a gente vai podendo tocar, sem muita intervenção, decisão ou verticalidade, os meninos. Fico pensando no quanto é preciso cuidar deste espaço pra que ele continue fazendo sentido, no cuidado desses meninos, o quanto precisamos nos instrumentalizar”. (Ângela)

Para *Régis*, 30 anos, homem negro, educador de campo do Projeto Axé, o Núcleo é um espaço de produção de estratégias de cuidado compartilhado às crianças ou adolescentes que são acompanhadas pela rede socioassistencial. Um espaço de troca de informações onde pessoas de diversas instituições falam sobre suas percepções, discutem e conciliam ideias e olhares de modo a afinar arestas e construir planos de cuidado. Lá é possível complementar uma formação específica da Saúde Mental que só se constitui na prática, como, por exemplo, a compreensão dos fluxos da RAPS e da operacionalização da política de Saúde Mental e suas especificidades clínicas.

“Fica impossível não pensar na **singularidade** de cada um, não dá pra dizer que há um formato único. O Núcleo é diverso, de muita informação, muito intercâmbio. É um espaço democrático, é um espaço que constrói de acordo com a dinâmica da realidade que vence sempre e nos diz quando a gente precisa mudar, se reinventar, se refazer... Então é um espaço que eu acho muito válido e produtivo”. (Régis)

Marielle, 35 anos, mulher parda, trabalhadora do campo da socioeducação, destaca o lugar de promoção de **educação permanente** do NIA ad, enfatizando ser este um ponto importante por produzir inovações tecnológicas e práticas profissionais inventivas. É um espaço que agrega múltiplas instituições em torno da **construção de estratégias intersetoriais e complementares**.

Pela descrição acima constata-se a conformação de uma rede socioassistencial sensível às necessidades sociais de saúde dos sujeitos acompanhados e comprometida com a garantia de seus direitos de cidadania. É evidente a tentativa de integração das políticas setoriais na perspectiva da articulação entre cuidados em saúde e cuidados sociais. Há uma compreensão de que o trabalho isolado não é suficiente para a resolução dos problemas de alta complexidade e grau de dificuldade apresentados pelos adolescentes, além de uma percepção de que a complementaridade proporciona um potencial resolutivo maior do que o trabalho isolado.

Em síntese, observa-se uma coesão e convergência nas falas no que diz respeito à potência deste espaço enquanto articulador de projetos de cuidado compartilhado intersetorialmente. Destaca-se a centralidade das discussões e ações nas demandas apresentadas pelos casos, na singularidade de cada história. O que, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como afirma Amarante (2003), é um importante caminho para a construção de processos de cuidado que considerem as delicadas dimensões existenciais do sofrimento humano, onde se abrem possibilidades para o reconhecimento da vida e produção de subjetividades.

Partindo do conceito de redes de atenção proposto por Ouverney e Noronha (2013) que a concebem como sendo uma estratégia de organização da atenção à saúde especificamente voltada para promover a integração do cuidado, a partir da combinação entre flexibilidade de alocação de práticas e tecnologias e coordenação do cuidado para a garantia da longitudinalidade do cuidado, é possível afirmar que a organização do NIA ad dialoga com elementos que podem nos servir de base para definir este espaço de conformação de uma rede socioassistencial sensível às necessidades sociais de saúde dos sujeitos acompanhados e comprometida com a garantia de seus direitos de cidadania, onde é evidente a integração de políticas setoriais na perspectiva da articulação entre cuidados em saúde e cuidados sociais.

No entanto, destacamos que, apesar de avançar na construção de articulações intersetoriais, o NIA ad encontra barreiras no que diz respeito à incorporação deste modo de organização intersetorial por parte da macroestrutura, uma vez que a política enrijecida da gestão municipal não abre possibilidades para o estabelecimento de intersecções entre os setores da assistência social, saúde e educação.

3.4. O NIA ad e a construção do cuidado compartilhado intersetorialmente

Como dissemos anteriormente, a portaria 3.088/11 institui a RAPS no âmbito do SUS. A partir desta portaria, sistematizamos as articulações realizadas pelo CAPS ad GM com dispositivos que compõem os distintos componentes desta rede (I. atenção básica, II. atenção psicossocial estratégica, III. atenção de urgência e emergência, IV. atenção hospitalar, V. atenção residencial de caráter transitório, VI. estratégias de desinstitucionalização e VII. reabilitação psicossocial). Por estarmos considerando uma perspectiva intersetorial,

consideramos uma RAPS ampliada, incluindo dispositivos híbridos (Ponto de Cidadania, Programa Corra pro Abraço e Projeto Axé) nos componentes VI e VII. Esta sistematização utiliza dados secundários sistematizados a partir das informações contidas nos prontuários dos 90 adolescentes acompanhados pelo serviço num período de seis anos (2012-2017). (Tabela 1)

Tabela 1 - Articulações voltadas ao cuidado integral de adolescentes realizadas pelo CAPS ad GM com dispositivos que compõem a RAPS (2012-2017)

| ATENÇÃO BÁSICA | | | |
|---|----|-------|--------------|
| USF | 13 | 14,4% | 18,8% |
| Consultório na Rua | 4 | 4,4% | |
| ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA | | | |
| CAPS ad III | 10 | 11,1% | 14,4% |
| CAPS i | 3 | 3,3% | |
| ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | | | |
| PA Psiquiátrico | 1 | 1,1% | 2,2% |
| SAMU | 1 | 1,1% | |
| ATENÇÃO HOSPITALAR | | | |
| Hospital Geral | 5 | 5,6% | 6,7% |
| ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO | | | |
| UA infantojuvenil | 37 | 41,9% | 41,9% |
| ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO | | | |
| Ponto de Cidadania | 3 | 3,3% | 4,4% |
| Programa Corra pro Abraço | 1 | 1,1% | |
| REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL | | | |
| Projeto Axé | 39 | 43,3% | 43,3% |

FONTE: dados da pesquisa

Observamos que há um expressivo destaque para a articulação com os serviços dos componentes da Atenção Básica (USF – 14,4% e Consultório na Rua – 4,4%), da Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento Infantojuvenil – 41,9%) e da Reabilitação Psicossocial (Projeto Jovem Aprendiz – 4,4% e Projeto Axé – 43,3%).

Lima, Alves e Correia (2014) apontam que o desafio atual das políticas públicas em torno

do cuidado a adolescentes que usam drogas se refere à conformação de uma rede assistencial sensível às suas necessidades sociais de saúde e comprometida com a garantia de seus direitos de cidadania. Sendo assim,

para abordar a questão das drogas de forma mais sistêmica e complexa, há que se pensar em estratégias amplas que incluam políticas intersetoriais para além da saúde (cultura, educação, esporte e lazer, assistência social) e que deem conta de responder às carências e às demandas identificadas. É fundamental criar novas formas de sociabilidade para crianças, adolescentes e suas famílias e, como já dito anteriormente, trabalhar na ampla garantia de direitos dessa população de modo a apontar novas possibilidades de projetos de vida. (BRASIL, 2014b, p. 41)

Nesse sentido, para fins de análise das articulações em torno da intensificação de cuidados a adolescentes com necessidades decorrentes do uso de drogas, destacamos aqui que, em 2012, no bojo da implantação da portaria nº 3088/11, o Ministério da Saúde lançou a portaria nº 121 que institui a Unidade de Acolhimento Infantojuvenil no componente de atenção residencial de caráter transitório da RAPS. Este serviço tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos numa perspectiva de acompanhamento terapêutico e protetivo (BRASIL, 2012).

A Unidade de Acolhimento Infantojuvenil do território do Centro Histórico foi implantada em 2014, no mesmo período de criação do NIA ad. As ações desenvolvidas pela UA ij, considerando as diretrizes ministeriais, estabelece que o tempo de permanência de cada adolescente nesse espaço e as atividades do seu cotidiano são pactuadas no plano de cuidados que atualmente é formulado de maneira compartilhada entre as equipes que vinculam-se com este adolescente.

A construção de projetos terapêuticos compartilhados em rede é uma das principais ações desenvolvidas pelo NIA ad, possibilitando, segundo as interlocutoras, aprendizagem mútua entre as equipes, ampliação das ofertas e construção de acordos que produzem maior efetividade na resolução de problemas. O cuidado compartilhado pode ser compreendido como a participação conjunta, de profissionais de saúde, no planejamento de cuidados a partir da troca de informações, para além das notificações e encaminhamentos. Assim, possibilita uma utilização mais eficiente de recursos e amplia os benefícios das intervenções combinada com a continuidade dos cuidados.

A este respeito, ao ser questionado sobre como o compartilhamento das informações e intervenções interfere na dinâmica do cuidado dos adolescentes, Vinícius destaca:

“nós somos só uma casa cheia de meninos e com profissionais que cuidam desses meninos, mas o que a gente vai fazer com isso? Pode ir pra um lado ou outro, a depender de como as coisas vão se organizando. No início, que havia um núcleo sem essa perspectiva da articulação, éramos só um espaço onde os meninos ficavam e a gente ia lá pra falar desses casos e apagar incêndios e havia pouco a contribuir, mas aí, quando a gente percebeu que não dava pra ficar fechado em nós mesmos, foi que se passou a produzir esses cuidados mais efetivos. Não necessariamente no diálogo entre profissionais, mas na forma de olhar o caso, porque eu entendo que uma coisa seria cada profissional no seu serviço tendo uma forma de olhar pro adolescente e chegar na reunião, cada um dar um ponto de vista. Lá [no NIA ad] construímos uma forma única de olhar pro adolescente, um processo muito mais amplo”.

De acordo com a portaria que institui a UA ij, nas ações do PTS, é imprescindível a articulação com a rede intersetorial, especialmente com a Assistência Social, Educação, Justiça e Direitos Humanos, com o objetivo de possibilitar ações que visem à reinserção social, familiar e laboral e para tanto uma necessária articulação com programas culturais, educacionais e profissionalizantes, de moradia e de geração de trabalho e renda.

Referindo-se às complexas ações que surgem no contexto do cuidado aos adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social, *Marielle* destaca que no NIA ad é possível

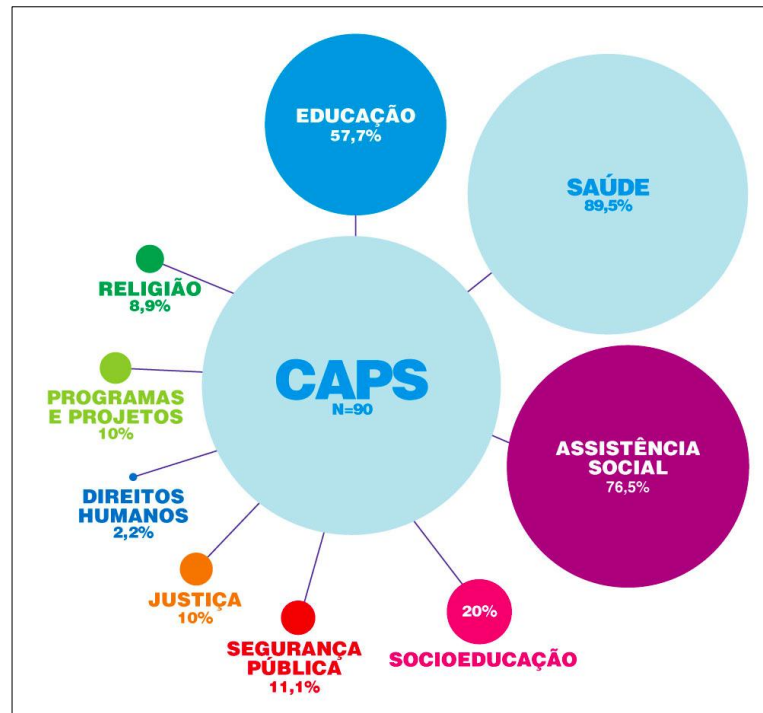
“pensar nisso de forma intersetorial e complementar, porque as instituições terminam se complementando enquanto espaços de circulação desses adolescentes que são trazidos inicialmente por uma instituição, mas que normalmente a gente percebe que este adolescente já circulou por outras instituições.”

Considerando estes elementos, além das articulações por dentro da RAPS, sistematizamos as realizadas com outros setores como Educação, Assistência Social, Socioeducação, Segurança Pública, Justiça, Direitos Humanos e Religião.

O Projeto Axé, incluído na tabela 1 como componente da reabilitação social em uma RAPS ampliada, aqui é considerado um dispositivo do setor educação, no setor saúde, além dos dispositivos citados na tabela 1, o CAPS desenvolveu articulações com os seguintes serviços: CEDAP (1,1%), SAE (1,1%), UBS (4,4%), Hospital Psiquiátrico (1,1%).

A seguir, apresentaremos, no Gráfico 1, uma descrição percentual dos distintos setores com os quais a equipe do CAPS ad Gregório de Matos precisou articular-se no sentido de ampliar as ações de cuidado aos adolescentes acompanhados pelo serviço. (ver ANEXO 2)

Gráfico 1 – Articulações intersetoriais realizadas pelo CAPS ad GM (2012-2017)



FONTE: dados da pesquisa

É importante destacar que, no acompanhamento dos 90 (noventa) adolescentes, apenas 8 (oito) não demandaram articulações com nenhum tipo de serviço, provavelmente por não ter sido dada continuidade ao acompanhamento após terem sido acolhidos no serviço. Além disso, 22 (vinte e dois) demandaram, exclusivamente, articulações com serviços de setores externos ao da saúde, enquanto 60 (sessenta), o que corresponde a 66,6% do total, demandaram articulações com diversos dispositivos que compõem a RAPS.

A respeito das ações intersetoriais, algumas dificuldades são cotidianamente explicitadas nas reuniões do NIA ad que, por vezes, apontam para dilemas do campo ético que não podem ser equacionadas apenas pelos posicionamentos clínicos, mas demandam ações políticas mais abrangentes, no sentido de garantir direitos e possibilidades de acesso a elementos básicos para o desenvolvimento de uma vida saudável.

Existe um espectro amplo de direitos que não é abarcado, por crises políticas, financeiras, estruturais, gerenciais e que vão deixando a desejar. Mas apesar das debilidades, a gente vai conseguindo dar conta do que é possível com cuidado compartilhado (Régis).

Neste espectro de direitos negados destacam-se a dificuldade de articulação com o setor da Educação, além dos poucos recursos no campo dos Direitos Humanos. E ainda a necessidade, mesmo que reduzida, da utilização de Comunidades Terapêuticas por conta da insuficiente e às vezes precária rede de saúde mental na cidade de Salvador. A este respeito destacamos pontos abordados na audiência pública realizada pelo Ministério Público do Estado da Bahia para discussão da saúde em Salvador: observando-se insuficiência de recursos materiais e precariedade das estruturas; trabalho no território comprometido por falta de veículos; redução nas equipes dos CAPS ad; falta de projetos de reabilitação psicossocial; interesses corporativos que impedem os avanços desta precária rede; e extrema medicalização dos usuários (BAHIA, 2015).

3.5. Elementos sobre o perfil dos adolescentes acompanhados pelo CAPS ad Gregório de Matos

Para qualificar a descrição daqueles que são a principal razão de existência do NIA ad, realizamos um levantamento das informações contidas nos prontuários dos adolescentes acompanhados pelo serviço desde a sua implantação em 2012, de modo a registrar quantitativamente dados que nos permitem apresentar um perfil básico destes adolescentes. Assim como no item anterior, sem pretensões de aprofundarmo-nos nestas análises, apresentaremos no conjunto de tabelas a seguir os dados observados nos 90 prontuários acessados.

Tabela 2 – Gênero dos adolescentes acompanhados pelo CAPS ad GM (2012-2017)

| n = 90 | | |
|---------------|----|-------|
| GÊNERO | | |
| Homem | 70 | 77,8% |
| Mulher | 17 | 18,9% |
| Queer | 3 | 3,3% |

FONTE: dados da pesquisa

Há um predomínio importante de adolescentes que apresentam identidades sexual masculina, correspondendo a 77,8%, enquanto 18,9% possuem identidade sexual feminina. Observa-se ainda a presença de alguns que se autodeclararam queer¹⁵ (3,33%), sendo possível observar, nas anotações dos atendimentos, alguns movimentos clínicos em torno da garantia dos seus direitos, no que diz respeito às orientações acerca dos processos de hormonização/autohormonização/redução de danos, além de discussões em equipe sobre os desafios neste campo. Espinheira (1999) afirma que a diferenciação por gênero é um significativo delimitador de papéis sociais.

Santana e colaboradoras (2005) destacam que estudos descritivos de adolescentes em situação de rua apontam um maior número de meninos do que meninas nesta situação, sendo que uma das principais justificativas para o maior número de meninos refere-se ao papel social que as meninas desempenham em casa, ao ajudar a cuidar das crianças mais novas e realizarem trabalhos domésticos.

Aqui é válido destacar a aproximação realizada pelo NIA ad, num movimento de promoção de educação permanente, com a Área Técnica de Saúde da População LGBT da SESAB com o objetivo de compreender as especificidades políticas do atendimento a esta população.

Tabela 3 – Raça/cor dos adolescentes acompanhados pelo CAPS ad GM (2012-2017)

| n = 90 | | |
|-------------------|----|-------|
| RAÇA / COR | | |
| Preta | 52 | 57,8% |
| Parda | 29 | 32,2% |
| Branca | 5 | 5,6% |
| Indígena | 2 | 2,2% |
| Amarela | 2 | 2,2% |

FONTE: dados da pesquisa

¹⁵ É um termo que pode ser utilizado para descrever aquelas pessoas com gêneros não-normativos, quer seja como um termo guarda-chuva ou propriamente como uma identidade.

A maioria dos adolescentes autodeclararam-se negros¹⁶ (90%). Na população geral de Salvador, segundo o Censo 2010 (IBGE), os “não-brancos” correspondiam a aproximadamente 52% da população¹⁷, o que destaca o predomínio de pessoas pardas e pretas em contextos de vulnerabilidade social.

Em pesquisa de 2017, o Projeto Axé afirma que atualmente existem 1392 adolescentes vivendo em situação de rua no município de Salvador. Além disso, 88,9% da população de rua em geral, incluindo os adultos, é negra (PROJETO AXÉ, 2017).

Tabela 4 – No momento do acolhimento o adolescente está em situação de rua?

N = 90

| SITUAÇÃO DE RUA | | |
|------------------------|----|-------|
| Sim | 41 | 45,6% |
| Não | 39 | 43,3% |
| Acolhidos em abrigos | 10 | 11,1% |

FONTE: dados da pesquisa

Muitos dos adolescentes, ao chegarem para acolhimento no CAPS, encontram-se vivendo em situação de rua (45,6%), ou em situação de abrigamento (11,1%), dado este que reforça a condição de risco e vulnerabilidade social.

Tabela 5 – Idade, no momento do acolhimento, dos adolescentes acompanhados pelo CAPS ad Gregório de Matos (2012-2017)

n = 90

| IDADE NO MOMENTO DO ACOLHIMENTO | | |
|--|----|-------|
| 12 anos | 4 | 4,4% |
| 13 anos | 8 | 8,9% |
| 14 anos | 12 | 13,3% |
| 15 anos | 22 | 24,4% |
| 16 anos | 23 | 25,6% |

16 Considera-se a categoria [negra] sugerida pelo IBGE, correspondente à junção das categorias [parda] e [preta].

17 O IBGE produz este dado a partir da autodeclaração.

| | | |
|---------|----|-------|
| 17 anos | 15 | 16,7% |
| 18 anos | 6 | 6,7% |

FONTE: dados da pesquisa

Observa-se uma maioria de adolescentes com idade na faixa etária entre 15-17 anos no momento do acolhimento no CAPS, correspondendo, quando somados os jovens pela sua idade, a 66,7% do total. Para Espinheira (1999) a questão da idade é de grande importância na compreensão deste público. No entanto, não se deve tomar a idade sem contextualização, ou seja, sem a relação com as condições sociais de construção da personalidade.

Tabela 6 – Ano de acolhimento dos adolescentes acompanhados pelo CAPS ad GM (2012-2017)

| n = 90 | | |
|---------------------------|----|-------|
| ANO DE ACOLHIMENTO | | |
| 2012 | 9 | 10% |
| 2013 | 5 | 5,6% |
| 2014 | 9 | 10% |
| 2015 | 21 | 23,3% |
| 2016 | 18 | 20% |
| 2017 | 28 | 31,1% |

FONTE: dados da pesquisa

Após a implantação do NIA ad, em 2014, observamos que houve um crescimento significativo no número de acolhimentos de adolescentes. Dos adolescentes acompanhados pelo serviço, 74,4% foram acolhidos após a implantação da estratégia. Neste mesmo ano houve a implantação da Unidade de Acolhimento Infantojuvenil do território, que como falado anteriormente, trabalha na perspectiva da intensificação de cuidados, possuindo, entre suas orientações assistenciais, a articulação com a rede intersetorial, corroborando com as ações de articulação do cuidado aos adolescentes acompanhados pelo CAPS ad GM. Este dado aponta que a organização da oferta de uma ação de saúde apresenta resultados positivos para a ampliação do acesso a este direito.

Tabela 7 – Drogas em uso, no momento do acolhimento, dos adolescentes acompanhados pelo CAPS ad GM (2012-2017)

| n = 90 | | |
|----------------------|----|-------|
| DROGAS EM USO | | |
| Maconha | 79 | 87,8% |
| Tabaco | 64 | 71,1% |
| Cocaína | 43 | 47,8% |
| Álcool | 41 | 45,6% |
| Crack | 34 | 37,8% |
| Solventes | 12 | 13,3% |
| Outras | 07 | 7,78% |

FONTE: dados da pesquisa

No que diz respeito às drogas utilizadas por estes adolescentes, no momento do acolhimento, 87,8% já haviam feito uso de maconha, 71,7% uso de tabaco, 47,8% uso de cocaína, 37,8% uso de crack, 45,6% uso de álcool e 13,3% uso de solventes.

Conceição e colaboradoras (2018), ao observar dados secundários de sistemas de informações oficiais do Ministério da Saúde, obtidos nos registros da Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) e sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), entre os anos de 2008 e 2012, acessados através do DATASUS, destacam que os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas contribuíram com 56,4% dos registros, seguidos pelos transtornos por uso de cocaína, 15,6%, uso de canabinóides, 15,5%, uso de álcool, 9,4%, uso de tabaco, 0,9% e uso de solventes, 0,9%.

As autoras ainda destacam o Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras de 2003. Realizado com crianças e adolescentes entre 10 e 18 anos de idade, o consumo de drogas foi identificado entre 50,1% dos participantes, sendo que 19,1% afirmaram ter iniciado o uso antes de estar em situação de rua. O álcool foi a droga com percentual mais elevado de uso na vida, com

estimativa de 76,0%, e 43,6% do total das crianças e adolescentes referiam consumo anterior à situação de rua. O tabaco foi a de maior consumo diário, sendo indicado por 29,5%. Destes, 35,4% afirmaram que o primeiro episódio de uso precedeu a situação de rua. O consumo de solventes foi apresentado com estimativa de uso na vida de 44,4% e uso diário referido por 16,3%. Entre as drogas ilícitas, aquelas com maior uso na vida foram: maconha, derivados da coca (cocaína, crack e merla) e medicamentos psicotrópicos (Rohypnol®, Artane®, Benflogin® e outros), observando-se um início de consumo, na maioria dos casos, após a situação de rua (NOTO *et al.* Apud CONCEIÇÃO *et al.*, 2018)

Gey Espinheira, ao estudar o cotidiano de vida de crianças e adolescentes que viviam em situação de rua no Centro Histórico de Salvador, afirmou que estes se constroem mutuamente na interação cotidiana no espaço coletivo. Vivem experiências alargadas de vida, protegem-se, agriem, transgridem e são violentados pelo Estado (polícia e justiça), que, segundo o autor, os violenta para atingir aos seus objetivos genocidas. (ESPINHEIRA, 1999)

Um dado alarmante, que nos faz refletir sobre o papel genocida do Estado brasileiro, é que 9 adolescentes, o que corresponde a 10% do total de adolescentes acompanhados pelo CAPS ao longo de seis anos, foram vítimas de homicídio. Deste total, 6 adolescentes foram executados pela Polícia Militar da Bahia. Alguns deles morreram em situação de tortura, dado este que pode ser observado tanto nos registros em prontuários quanto nas informações que circulam, oralmente, pelo território. A este respeito, destacamos abaixo o registro de Zefa, mulher branca, 31 anos.

“Faz um dia que a Polícia Militar da Bahia o matou, com tortura, algemado. Foi morto, recém maior de idade”.

Segundo dados do Atlas da Violência de 2017 (IPEA/FBSP), a violência atinge principalmente jovens negros do sexo masculino, moradores das periferias. Em 2015, 54,1% das pessoas mortas por homicídios eram jovens, das quais 71% negras (pretas e pardas) e 92% do sexo masculino (CERQUEIRA *et al.*, 2017).

Para ilustrar este perfil e com o objetivo de apresentar elementos para a compreensão prática das articulações em torno do cuidado compartilhado, apresentaremos a seguir o caso de *Pablo*. A montagem do caso se deu através da interposição de histórias, para que as identidades

dos adolescentes acompanhados fossem disfarçadas, mas abordamos elementos suficientes para que seja possível estabelecer uma compreensão da realidade a partir de experiências concretas.

3.6. Pablo e seus percursos nas entrelinhas do cuidado compartilhado intersetorialmente

Pablo é um menino levado, afetuoso e carismático. Sua família vive numa casa de um cômodo situada em um terreno com esgoto a céu aberto onde se criam porcos e galinhas, localizado em um território vulnerável. Tem 18 anos e desde os 14 tem sido acompanhado pelo CAPS ad. Fora encontrado pela equipe de redutores de danos dias após ter chegado ao Pelourinho. Segundo ele, por conta de algumas violências sofridas, havia fugido de uma Comunidade Terapêutica, para onde foi encaminhado após intervenção do Conselho Tutelar, que recebeu denúncias de vizinhos que afirmavam que o adolescente fazia uso de maconha, não frequentava a escola e passava muito tempo na rua. Após fugir da Comunidade Terapêutica, decidiu ficar na rua, pois havia sido expulso do seu território, provavelmente por conta da sua relação, um tanto quanto bagunçada, com o uso da maconha e a produção de delírios relacionados às facções que comandam o tráfico. Além destas questões de conflitos no território, apresenta ambiguidades na relação com sua família que, por vezes, mostra-se disponível ao cuidado e, por outras, intensifica a desorganização do adolescente ao não aceitar sua maneira de ser e estar. Sua técnica de referência do CAPS ad GM, apesar de não participar do NIA ad, partilha todas as ações realizadas em torno do seu cuidado com as trabalhadoras do CAPS que frequentam as reuniões.

Pablo gosta de fumar maconha, mas compreende a necessidade de reduzir os danos e, quando advertido pela equipe sobre os problemas que o uso abusivo pode ocasionar, sempre se abre para a possibilidade de diminuir seu consumo, mas não está disposto a interrompê-lo. Logo que fora acolhido no CAPS ad, observou-se a necessidade de encaminhamento para a Unidade de Acolhimento Infantojuvenil, já que estava vivendo em situação de rua e se expõe a situações que poderiam gerar maiores desorganizações em sua vida, além do fato de sua técnica observar que as ações do seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) poderiam ser melhor viabilizadas a partir da garantia de um espaço onde pudesse alimentar-se, dormir com maior tranquilidade e conviver com outros adolescentes numa perspectiva de acolhimento mais estruturada e mediada pedagogicamente.

No longo período do acolhimento, a equipe se deparou com alguns momentos tensos, onde, devido a aspectos da sua singularidade, apresentou conflitos com os outros adolescentes, tanto os do território quanto os acolhidos na UA ij, entrando em um circuito persecutório que o fez intensificar o uso de maconha que, por sua vez, ampliava a sua desorganização psíquica. Nestes momentos, sua relação com as atividades realizadas no Projeto Axé era instabilizada, sua circulação pelas ruas apresentava mais elementos de risco, a dívida na boca aumentava e as equipes dos serviços que o acompanhavam percebiam a necessidade de articular-se para a construção de estratégias de cuidado compartilhado.

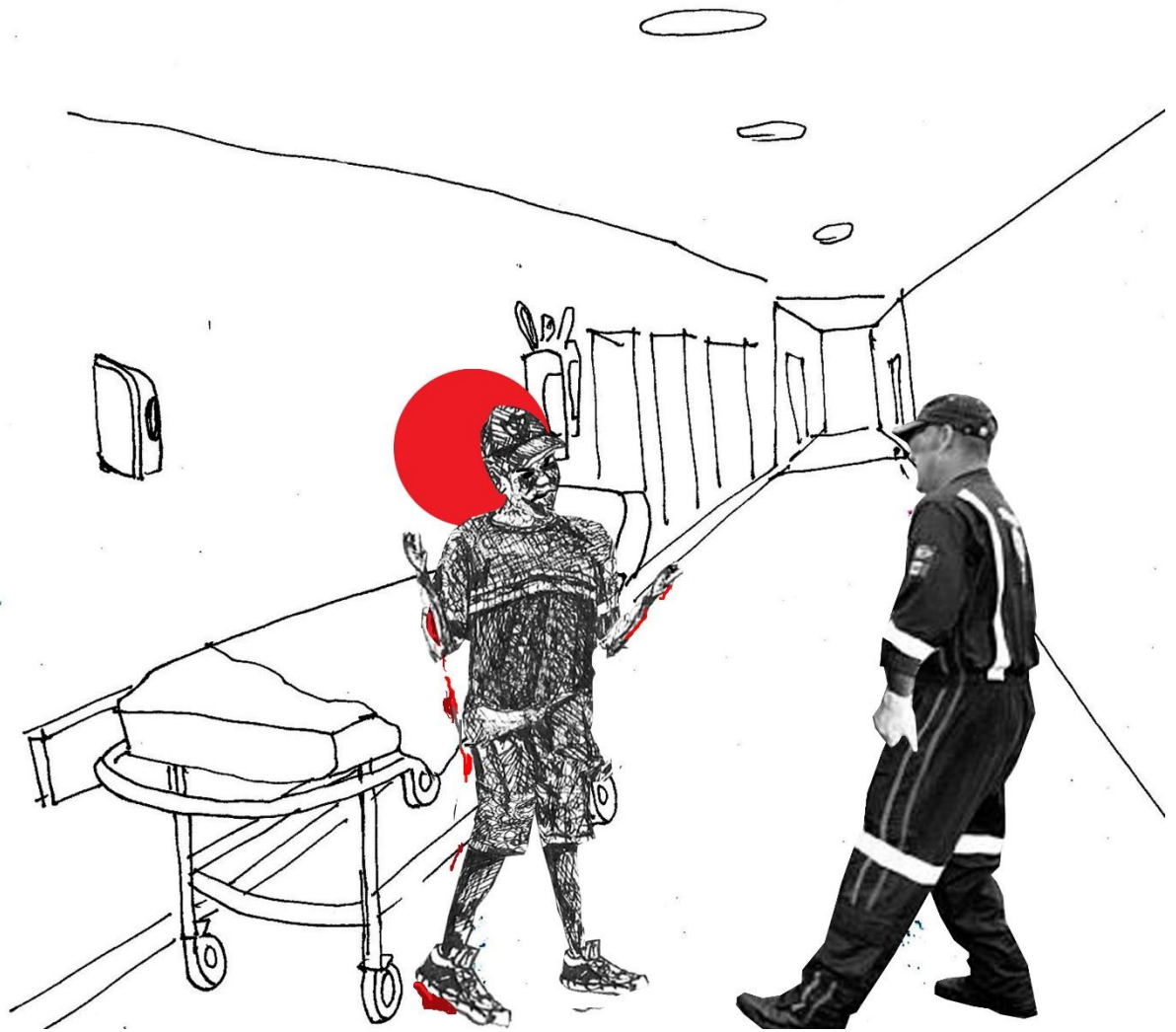
Ao acessar o território dominado por uma facção rival à que comanda o tráfico na região do Centro Histórico, ele foi atingido, numa madrugada, por arma branca (faca) em seu braço direito. Pela manhã buscou o CAPS ad Gregório de Matos, tendo sido acompanhado junto a uma equipe do SAMU para realização dos cuidados de emergência em um Hospital Geral, no entanto, não aceitou as intervenções propostas, saindo com a ferida exposta. Diante das dificuldades de *Pablo*, intensas articulações foram necessárias, a exemplo de pactuações com a equipe de um outro hospital para elaboração de estratégia de cuidados específicos ao adolescente, que continuou negando a possibilidade de ser acompanhado para intervenções em hospital. Afirmava que não iria a um lugar onde teria que realizar procedimentos contra a sua vontade e tinha medo de que os seguranças e policiais o imobilizassem.

Após acionar o Ministério Público para compreender as implicações deste dilema, foi montada estratégia junto às equipes da USF e do Consultório na Rua para o acompanhamento e observação da evolução dos cuidados e, devido às ameaças a sua integridade física, decorrentes deste conflito, surgiu a sugestão de encaminhá-lo para acolhimento noturno no CAPS ad III. Um longo trabalho foi necessário para que ele compreendesse a proposta do acolhimento em outro território. *Pablo* apresenta resistência nestes momentos em que precisa ser encaminhado para algum serviço que não conhece, provavelmente por conta dos traumas gerados a partir da intervenção equivocada do Conselho Tutelar ao encaminhá-lo para uma Comunidade Terapêutica, onde fora violentado. No entanto, após alguns dias, sendo apresentada a possibilidade de visitar o CAPS ad III, as ideias foram afinadas e, com um entendimento comum, construído a partir da confluência entre as possibilidades dos serviços e os desejos de *Pablo*, formulou-se um Plano de Cuidados compatível com o seu PTS.

Ele foi ao CAPS ad III, compreendeu que não ficaria preso, reconheceu pessoas entre técnicas e usuários e decidiu permanecer. Ficou 14 dias, numa proposta de intensificação de cuidados. Neste período foram realizadas articulações diversas que culminaram numa reunião junto ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e USF responsáveis pelo território onde vive a família de *Pablo*. Uma visita domiciliar conjunta foi realizada e algumas ações de cuidado foram estabelecidas, como disponibilização de benefícios sociais e intensificação do acompanhamento realizado pela equipe de saúde da família. Saindo do CAPS ad III, retornou para a UA ij e, pouco tempo depois, ao completar 18 anos, um novo dilema surge, pois não havia um dispositivo de abrigo na rede para onde poderia ser encaminhado e, mesmo com os riscos do seu território de pertencimento, decidiu passar um tempo na casa da família. Atualmente, permanece usando maconha, produzindo delírios persecutórios, frequentando o CAPS ad Gregório de Matos e sua rede sócio-afetiva se amplia a cada dia.







4. NO CENTRO DA PRÓPRIA ENGRENAGEM, A CONTRA-MOLA QUE RESISTE: ENTENDIMENTOS E INTERVENÇÕES EM SITUAÇÕES DE CRISE PSICOSSOCIAL

Não aceiteis o que é de hábito como coisa natural,
pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada,
de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar.
BERTOLD BRECHT

Os momentos de crise são comuns numa vida em sociedade e podem ser importantes para o estabelecimento de novos horizontes. Partimos da compreensão de que as crises em Saúde Mental são compostas por elementos *psicossociais*. Havendo, portanto, uma ancoragem sociocultural nos processos de crise, onde algumas alterações se expressam individualmente no funcionamento psíquico de um dado sujeito, mas tem sua origem no contexto de uma rede social. A crise é produzida em rede e, portanto, perturba e modifica o relacionamento deste sujeito com essa rede (CAMPOS, 2014; NUNES, 2012).

Diante da inegável influência direta dos fatores sociais, culturais e políticos no processo de adoecimento mental em todas as suas fases, em especial a crise, para ampliar a compreensão do fenômeno da crise, sugerimos aqui o termo **Crise Psicossocial** como um momento de ruptura que agrega as marcas singulares expressas no corpo do sujeito que sofre, e também os elementos do contexto social onde este sujeito se insere, que, por vezes, intensificam este sofrimento e, por outras, promovem cuidado.

Não é simples ampliar os conceitos clínicos para crise. Lima e colaboradoras (2012) afirmam tratar-se de um termo polissêmico, mas que remete invariavelmente à noção de um estado de movimento e de mudança.

[...] “crise é um arranjo providencial que se tem à disposição quando todos os recursos psíquicos do sujeito já foram utilizados. A crise é ponto de corte. Ela representa a experiência de inconstância subjetiva que se coloca para o sujeito quando este é colocado em questão”. (VIDAL *et al.* Apud LIMA *et al.*, 2012, p.428)

Dell’Aqua & Mezzina (1991), partindo da experiência de atuação nos Serviços de Saúde Mental de Trieste, apontam que a condição de crise corresponde a uma complexa situação existencial e que qualquer esquema para a definir deve considerar a organização psiquiátrica, ou sistema de cuidados em saúde mental, existente no território onde se insere a pessoa em crise e, no momento histórico particular da crise, são necessários complexos instrumentos e recursos

para o estabelecimento de cuidado nas variadas situações.

Ferigato, Onoko-Campos e Ballerin (2007) chamam atenção para a necessidade de um maior aprofundamento acerca da vivência subjetiva da crise e sua singularidade para o sujeito que a vive concretamente. Destacam ainda que a potência intrínseca ao momento de crise precisa ser observada, pois neste momento surgem chances para uma oportunidade de transformação do sofrimento: “Momento de saída de um lugar historicamente dado pra um outro lugar a ser simplesmente reconstruído, por seu caráter também inédito”. (FERIGATTO, ONOCKO-CAMPOS e BALLERIN, 2007, p. 35)

A atenção à crise é decisiva e estratégica, em virtude de a crise ser a justificativa, a via de entrada e, por vezes, a via de permanência, por meio da “porta-giratória”, no sistema manicomial. “A amplitude, a qualidade, a efetividade e a humanização da assistência lograda nesse campo definem o poder de intervenção e o alcance antimanicomial das redes de cuidado”. (CAMPOS, 2014, p. 161)

A crise é individual e social, objetiva e subjetiva. É um fenômeno complexo e suas dimensões estão em uma relação dialógica que se influenciam, produzem vetores, forças, oposições, antagonismos que convivem entre si e formam um todo, o qual não pode ser vislumbrado pelo simples somatório das partes (MORIN, 1999 apud CAMPOS, 2014). Há na crise uma alteração aguda do funcionamento psíquico em um indivíduo, porém a sua origem está no contexto de sua rede social; ela é produzida em rede e, portanto, perturba e modifica o relacionamento do indivíduo com essa rede (DELL’ACQUA & MEZZINA, 2005 apud CAMPOS, 2014). Desse modo, se há ruptura social, demandas sociais e aspectos bastante objetivos, há também subjetividade e sujeito na crise; esse sujeito toma posição, apesar de ser nominado portador da crise, é aquele que rompeu contratos e regras sociais (LEGUIL, 1990 apud CAMPOS, 2014).

Uma perspectiva ampliada possibilita manejos mais efetivos nestas complexas situações, manejos estes que levam em consideração os percursos singulares e seus territórios existenciais. Cuidar de pessoas em crise demanda uma ampliação dos horizontes de liberdade, transformação das realidades que operam na construção e/ou intensificação do sofrimento social e articulação de distintos setores. A ampliação do olhar sobre o contexto social no qual o sujeito em crise está inserido possibilita uma maior compreensão desse fenômeno, além de abrir possibilidades de articulação para o cuidado.

Nunes (2012), em seu artigo de revisão acerca da dimensão biopiscossociocultural do

adoecimento mental, apresenta, como contraponto ao modelo psiquiátrico hegemônico da contemporaneidade, três vertentes antropológicas e históricas que interpretam o fenômeno do adoecimento mental a partir de perspectivas socioculturais:

a. uma primeira que encara o adoecimento mental como um processo que segue o curso da história em constante mutação, sendo assim se configura por meio dos significados, valores e dinâmicas sociais imperantes em cada momento;

b. uma segunda vertente que se debruça a estudar uma padronização e globalização de um conjunto de diagnósticos psiquiátricos e as consequentes condutas terapêuticas associadas a eles e dos processos clínicos de cuidado. Vale ressaltar aqui a influência do contexto econômico e político sobre a criação e uso destes diagnósticos; e

c. uma terceira que tem focado na influência dos processos sociais e culturais no modo em que as pessoas em sofrimento se servem de recursos simbólicos e psicossociais nas suas experiências cotidianas de sofrimento.

Consideramos aqui a categoria Sofrimento Social que, segundo Arthur Kleinman, “resulta do que o poder político, econômico e institucional produz nas pessoas e, reciprocamente, de como essas formas de poder influenciam as respostas aos problemas sociais” (KLEINMAN *et al.* Apud VICTORIA, 2011, p. 5). O sofrimento social é social não somente porque é gerado por condições sociais, mas porque é, como um todo, um processo social corporificado nos sujeitos históricos. (VICTORIA, 2011)

Ao problematizar a teoria do Sofrimento Social, Renault (2010) destaca que para a compreensão deste fenômeno, é fundamental a consideração da dimensão política das condições sociais e psíquicas do sofrimento. Sendo assim, considerando as formulações do campo da Atenção Psicossocial e a necessidade de incorporar os marcadores sociais à conceituação de crise, utilizaremos o termo *crise psicossocial* de modo a “abrir o coração” e a observação para elementos que considerem a historicidade deste processo.

Partindo deste contexto e, como abordado anteriormente, considerando que as ações desenvolvidas na clínica psicossocial, diferente das Instituições Totais, abrem horizontes para a inclusão de outras ferramentas tanto na definição diagnóstica da crise quanto nas intervenções utilizadas para o seu manejo. A partir desses aspectos, apresentamos neste tópico alguns elementos sobre o cuidado compartilhado intersetorialmente nos momentos de crise psicossocial.

4.1 Entendimentos sobre crise psicossocial

Romper com o modelo psiquiátrico tradicional e estabelecer uma prática psicossocial exige uma quebra nas históricas relações de poder instituídas a partir do controle dos corpos e da lógica de subjugação e exclusão dos sujeitos “desviantes”. Portanto, a implicação dos operadores do cuidado neste processo de transformações é essencial. Portanto, o papel de trabalhadores e trabalhadoras da saúde mental é imprescindível para o processo da RPB (AMARANTE, 2010).

A constituição de um novo paradigma assistencial implica em disponibilidade técnica, ética e política dos profissionais para a construção de outros propósitos, outras formas de organização dos serviços, das modalidades de gestão, dos processos de trabalho, das práticas profissionais. Nestes, o estabelecimento de relações que incluem usuários e usuárias como sujeitos projetam composições “mais abertas à produção negociada do viver em sociedade, propiciadoras da construção de sujeitos autônomos”. (CAMPOS *apud* NICÁCIO; CAMPOS, 2004, p.73)

Consideramos que a concretude de um novo modelo está intrinsecamente ligada à mudança das práticas de trabalhadores e trabalhadoras, lançamos questões sobre quais são os sistemas de símbolos e signos de distinção destes trabalhadores frente aos manejos clínicos no campo da Saúde Mental. Neste sentido, partindo do caso emblemático, foram levantadas percepções das interlocutoras acerca do conceito de crise em saúde mental, chamada por nós de crise psicossocial. Abaixo destacamos algumas das percepções apresentadas.

Eu acho que o processo de crise começa antes da desorganização em si. Porque esse jovem, essa criança, estava em situação de rua, não tendo uma família que acolhesse, e isso perpassa a trajetória dele. Então essa **crise social** que todos nós causamos é algo dessa constituição política que vem anterior à crise em si e acho que é algo que a gente precisa repensar. Nessa sociedade que gera tantos tipos de crise, essa **desigualdade social brutal que faz com que as pessoas, as famílias, não tenham acesso ao mínimo para a sobrevivência e estejam num cenário de crises constantes**. Eu penso assim, principalmente pensando no psicossocial. A desassistência gera diversas consequências. Então a família deste adolescente que não pôde dar a ele o suporte suficiente pra não precisar ir pra rua, fazer uso de substâncias de forma tão precoce, às vezes sem entender e sem escolha, porque às vezes é algo que acaba acontecendo na situação de rua. Aí, quando você compara com uma outra classe social, isso não acontece precocemente, existe um nível de escolha, então são diversas coisas que são produzidas nessa sociedade. Eu só queria puxar essa questão da crise pra um pouco antes, porque eu acredito que é algo político, que tem classe, cor e local muito específico. Esse **recorte, social e político**, precisa ser feito. Então acho que a crise é causada por essa sociedade que estamos construindo, ela é anterior a uma crise que desorganiza o adolescente. (MARIELLE)

Às vezes ele vem certinho num processo e de repente acontece um boom, que pode ser, inclusive, **uma intervenção técnica equivocada**. E aí isso mudava o que pensávamos e pactuávamos com ele. (ROSA)

Das rupturas que eu comecei a observar tem muito a “**viração**” com relação ao uso. Então ele não conseguia sustentar estar na UA ij, porque ele estava dentro de um circuito que ele construiu, de ficar no rodinho, descer pra boca, fazer uso, gastar o dinheiro, voltar. **Era uma coisa do uso mas também era do ambiente.** (ÂNGELA)

Então acho que **essas rupturas e desorganizações tem muito a ver com as relações sociais dele no território**, quando acontecia algum desentendimento no território, aí ele passava pra esse processo de maior desorganização. (DANDARA)

Como muitos deles estão em situação de rua, pensando no Centro Histórico, percebi que **os momentos de crise e ruptura acontecem quando essa vulnerabilidade se agrava ainda mais** (que ele está e muitas vezes se coloca). Por exemplo, um adolescente de 13 anos em situação de rua, teoricamente, é alguém que já está muito vulnerável, frágil. Ele já rompeu com um monte de coisas socialmente, já tem desarranjos se pensarmos no que a sociedade espera para um adolescente nessa idade. Mas, em alguns momentos ele não conseguisse dar conta das relações e dos pactos que ele mantém na rua (NINA)

Eu acredito que, quando há uma crise e eles começam a romper e se desorganizar, se colocando numa situação mais crítica, **vão quebrando alguns pactos, alguns acordos e isso é estar em crise também, se colocar num lugar onde pode ser alvo de violência, onde não pode circular, mas mesmo assim vai lá.** Isso também aponta pra desorganização, porque, em outros momentos, eles não fazem isso. É como se a pessoa não estivesse dando conta de fazer o básico pra sobreviver. **É muito diferente da simples desorganização apontada numa leitura da psiquiatria**, por exemplo. (NINA)

Mesmo estando na rua, ele tem uma rede de suporte dentro do que foi possível e, no momento da crise, ele não consegue manter essas relações nem conseguisse acessar essas pessoas. Então a crise, que para outra pessoa poderia ser o fato de ir para a rua ou estar na rua, para ele **é como se fosse um isolamento, o aumento da vulnerabilidade.** Ele conseguia pensar e planejar como se alimentar, como tomar um banho, como acessar alguém que ele sabe que pode ajudá-lo de alguma forma, mas, **nos momentos de crise, eu via que ele não estava dando conta de fazer o básico, muitas vezes era inclusive um momento quando ele intensificava o uso de drogas.** É como se, nos momentos de crise, ele rompesse com a organização que ele mesmo forjou pra estar na rua e é bem interessante, porque têm momentos em que ele consegue buscar os serviços, muitas vezes de forma enviesada ou indireta, mas também têm momentos em que ele reconhece que não está dando conta. (NINA)

Ele é **um menino negro, pobre, periférico, desestruturado por várias situações**, as políticas que não abarcam ele ou ele não consegue acessar. Existem garantias que deveriam vir à frente e que não aconteceram para ele e para muitos outros que culminam na mesma situação. (RÉGIS)

Pelas falas destacadas acima, é possível inferir que as concepções que orientam os entendimentos sobre crise, considerada uma perspectiva ampliada, incorporam múltiplos elementos em sua constituição, com foco na determinação social do processo de sofrimento, como destacado na fala de *Marielle*. *Dandara* e *Nina* apontam elementos das relações singulares destes adolescentes com o território que circulam, onde, por vezes, por romperem com pactos estabelecidos, tem intensificada sua situação de risco.

Sobre este aspecto, Alessandra Tranquilli em sua dissertação que aponta que, quando a dimensão social é negada, estabelecem-se barreiras de acesso. Nesse sentido, afirma que,

principalmente no cuidado a pessoas que fazem uso de drogas, não se pode desconsiderar os marcadores sociais que refletem a desigualdade social e incrementam a criminalização das drogas (TRANQUILLI, 2017).

Rosa, ao discorrer sobre um momento de ruptura, chama atenção para os elementos institucionais que produzem a crise, chamado por ela de “intervenção técnica equivocada”. Essa percepção insere o serviço e a atuação técnica no campo de produção do sofrimento, exigindo, como observado nas reuniões do NIA ad, intensas reflexões acerca dos elementos éticos da clínica psicossocial. Dell’Aqua & Mezzina (1991), chama atenção para o fato de que não é possível efetuar um trabalho com o sujeito se, simultaneamente, não se procede a um trabalho sobre as instituições que cuidam deste sujeito.

Há ainda, como observado na fala de *Ângela*, os elementos singulares que compõem a trajetória de vida do sujeito, seus circuitos subjetivos e sua relação com território e, especificamente no caso abordado por ela, sua relação com o uso de drogas. *Régis* destaca o lugar de exclusão social e consquente marginalização destes adolescentes, além da histórica negação de direitos que apontam para uma construção estrutural da desigualdade social.

É possível afirmar, diante dos entendimentos expressados nas falas acima, que as interlocutoras partem de compreensões acerca da crise psicossocial que favorecem a construção de práticas profissionais que incluem a observação da determinação social na constituição do sofrimento, e, além disso, constatamos a existência de disponibilidade técnica, ética e política dos profissionais para manejar as situações a partir de tecnologias relacionais que possibilitam a reconstrução da experiência social, institucional e singular.

Considerando estes entendimentos e os movimentos de organização do NIA ad em torno do cuidado compartilhado a adolescentes em situação de crise psicossocial, destacamos três dimensões que compõem as intervenções técnicas realizadas: **institucional**, **social** e **singular**.

4.2 Organização da atenção às situações de crise psicossocial

Para além da intervenção técnica, inventar saúde significa considerar a reprodução social da pessoa que é cuidada e, segundo Campos (2002), esta noção de reprodução social do sujeito está profundamente influenciada pela perspectiva de cidadania ativa e de protagonismo.

Considerando-se as situações de crise, Dell’Aqua & Mezzina (1991) afirmam que um serviço de saúde mental deve ser capaz de perceber, conhecer, entrar em contato e elaborar a rede de relações e de conflitos que constituem os limites da crise, de outra maneira escondidos,

fragmentados, banalizados e desprovidos de significado. Para tanto

torna-se central no interior da área territorial que abrange, torna-se ponto de observação privilegiado e absolutamente único, porque é capaz de desenvolver uma observação inter/ativa, que se alonga em um espaço finito, porém extremamente complexo e articulado em sua definição, espaço este que reflete e representa tudo aquilo que uma população produz em termos de patologia, mal-estar, de conflito e de distúrbio social, e que se projeta de modo linear e constante no tempo, seguindo as histórias, as experiências pessoais, a evolução daquele espaço territorial e da sua população, modificando as suas respostas em conformidade com os novos contextos. (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991, p. 56)

A crise torna-se então um 'evento histórico' que à história retorna, com a qual se coliga, na qual o impacto do serviço resulta com frequência determinante, propriamente na sua condição de 'evento histórico', que pode criar uma expropriação e evidenciar uma ruptura ou, inversamente, operar uma tendência de busca e de resposta. A crise enquanto evento 'no curso do tempo' pode ser adequadamente superada se o serviço conseguir abrir ou deixar aberto ao sujeito um espaço social de manobra, constatando a limitação do contexto em torno dele, a progressão dos mecanismos de controle, o estabelecimento dos círculos viciosos de reprodução da 'doença'. (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991)

Tranquilli (2017), ao discutir as diferenças entre a supressão e o manejo da crise, afirma que uma prática que pretenda a supressão dos sintomas, com a docilização do sujeito, demandará a utilização de técnicas de contenção como primeiro recurso. Por outro lado, uma prática que se direcione ao manejo da crise enxergada de forma complexa, apostará nas possibilidades de utilização de recursos variados, não invasivos e que emergem no acompanhamento do sujeito em crise, considerando diretrizes e a construção de vínculo.

Retomaremos aqui um fragmento do caso de *Pablo* para ilustrar a organização do NIA ad no manejo de uma situação de crise psicossocial.

Ao acessar território dominado por uma facção rival à que comanda o tráfico na região do Centro Histórico, foi atingido, numa madrugada, por arma branca (faca) em seu braço direito. Pela manhã buscou o CAPS ad Gregório de Matos, tendo sido acompanhado junto a uma equipe do SAMU para realização dos cuidados de emergência em um Hospital Geral. No entanto, não aceitou as intervenções propostas, saindo com o ferida exposta. Diante das dificuldades de *Pablo*, intensas articulações foram necessárias, a exemplo de pactuações com a equipe de um outro hospital para elaboração de estratégia de cuidados específicos ao adolescente que continuou negando a possibilidade de ser acompanhado para intervenções em hospital. Afirmava que não iria a um lugar onde teria que realizar procedimentos contra a sua vontade e tinha medo de que os seguranças e policiais o imobilizasse. Após acionar o Ministério Público para compreender as implicações deste dilema, foi montada estratégia junto às equipes da USF e do Consultório na Rua para o acompanhamento e observação da evolução dos cuidados e devido às ameaças a sua integridade física, decorrentes deste conflito, surgiu a sugestão de encaminhá-lo para acolhimento noturno no CAPS ad III.

Nesta situação nos deparamos com o conflito apontado por Alessandra. Diante da grave condição apresentada pelo adolescente, após a sua saída do Hospital Geral ao ter negado a realização dos procedimentos necessários para a contenção do sangramento e sutura do ferimento, não sabíamos ao certo em que perspectiva atuaríamos, já que não tínhamos recursos suficientes para o manejo da crise que ali se apresentava. Seria necessário construir articulações.

Pablo, em sua singularidade, apresentava resistência em ser atendido em um Hospital Geral. Sua crise agregava elementos psicossociais, mas, diante da agressão sofrida, apresentava uma demanda de cuidados físicos imediatos. Frente a este dilema, intensificamos a escuta e permanecemos durante todo o dia ao seu lado, ofertando as mais variadas possibilidades para a realização dos procedimentos necessários ao seu cuidado. Nestas longas horas, atuávamos delicadamente no manejo da situação, tanto na perspectiva do cuidado a *Pablo*, (que apresentava febre e resistia à dor que visivelmente massacrava o seu corpo naquele momento), quanto nas articulações com os serviços que podíamos contar para montar uma estratégia de acolhimento que considerasse as suas singularidades (foram feitos contatos exitosos com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, SAMU, Hospitais Gerais e Unidades de Pronto Atendimento).

Diversas articulações foram realizadas, todas elas ao lado de *Pablo*, que transitava entre a possibilidade de permitir-se a uma intervenção realizada por equipe de saúde desconhecida e o medo que surgia ao resgatar os traumas gerados a partir de uma intervenção equivocada do Conselho Tutelar ao encaminhá-lo para uma Comunidade Terapêutica.

Apesar das aberturas institucionais, o elemento singular de *Pablo* precisava ser considerado. E na perspectiva do manejo da crise, resolvemos, após ampla discussão entre a equipe, aceitar suas condições e esperar o tempo passar. Apostamos nesse caminho que contribuiu para o fortalecimento do vínculo e confiança para com a equipe. A presença constante da sua técnica de referência (TR) foi fundamental para a construção de pontes que permitisse ao adolescente finas elaborações terapêuticas.

Sobre este aspecto, Dell'Aqua & Mezzina (1991, p.71), mencionam que

responder à necessidade, antes de tudo, fornece instrumentos materiais de “reprodução social” e de melhoria da qualidade de vida; promove pouco a pouco profundas e contínuas transformações na operatividade e na filosofia do serviço, incrementa a contratualidade do [sujeito] e o confirma no interior de seu contexto.

O acompanhamento da evolução do processo de cicatrização da ferida de *Pablo* foi realizado de maneira compartilhada entre as equipes da USF, CAPS ad Gregório de Matos, UA

ij e CnR. Durante quatro semanas as ações foram sendo revezadas e as informações, além de costuradas pela sua TR compartilhadas em ambiente virtual, o que facilitava a circulação imediata das informações.

As equipes, em sua harmonia costurada, no manejo da crise apresentada por *Pablo*, expressaram a mais fina articulação para atuar na complexidade e ampliar horizontes que, em ato, aproximam clínica e política. A rede tecida a partir da demanda do adolescente, com o *suporte-agulha* da sua técnica de referência e a *implicação-fio* de técnicas e técnicos de diversos serviços estabeleceu suas marcas na vida de *Pablo*, que por sua vez, na concretude da realidade que vive, saiu desta situação com sua cicatriz no corpo, uma marca que abre possibilidades de significações variadas.

A adoção da perspectiva do manejo da crise nos colocou a necessidade de adaptar nossos horários à dinâmica de *Pablo*, uma vez que precisávamos sustentar uma responsabilidade ética, além da necessidade de fortalecimento do vínculo com o adolescente. A este respeito, *Vinicius* destaca que nestes momentos

o funcionamento do serviço fica baseado no que queremos propor para o caso, se precisasse adequar a rotina de um [trabalhador] para dar conta disso, a gente ia fazendo.

O manejo desta situação de crise considerou as três dimensões destacadas anteriormente. A dimensão institucional, ao considerarmos a necessidade de realizar articulações entre serviços na garantia do acesso ao direito à saúde interseccionadas com a dimensão singular, já que *Pablo* não aceitava ser atendido em um Hospital Geral e essa não aceitação expressava elementos da sua condição psicossocial. A dimensão social foi observada ao considerar-se a necessidade de acolhimento do adolescente em um CAPS ad III situado em outro território. Na costura destas dimensões, destacamos dois importantes movimentos clínicos: as intervenções no território e a intensificação de cuidados.

Percebemos que precisava de uma **intervenção no território** onde ele circulava, onde ele trabalhava. A intervenção nesse território poderia ser mais benéfica do que continuar insistindo com a família, até porque já tinha sido tentado antes e não tinha sido eficaz. Aí fomos pra intervenção no território [num outro bairro da cidade], porque é o território que o conhece, onde ele tem vínculo, onde ele é acolhido e que ofertava algumas coisas pra ele, e aí eu percebi que o resultado da intervenção foi mais positivo do que quando a gente fez a intervenção com a família. Nesse território ele também tem laços familiares mas a gente não chegou a acessar. (DANDARA)

A gente busca fazer **intensificação de cuidados** desse usuário, porque no momento de crise é quando o sujeito mais precisa da gente, diferente de alguns serviços que entendem que se o sujeito está “causando” e deixa ele de mão e, somente quando ele para, se dá alguma atenção. Não, acreditamos que nesses momentos é que os vínculos são fortalecidos, **a crise revela muito sobre o usuário então dá pra conhece-lo mais**

e tirar coisas boas desse momento de crise, através da intensificação de cuidados. E é importante tentar compartilhar esse cuidado, porque, quando o usuário está em crise, precisamos trazer mais atores pra esse momento. Não é fácil lidar com alguém em crise e trazendo mais gente, trazemos também mais possibilidades de intervenção. (DANDARA)

Sobre os resultados deste manejo da crise, na perspectiva do cuidado compartilhado, da intensificação de cuidados e consideração das potencialidades do território, *Nina* destaca que há um êxito quando o adolescente

consegue reconhecer que **existem serviços de portas abertas** pra ele, quando ele procura o CAPS, quando ele se dá conta e diz “tô muito mal, tem algo que não vai bem e eu quero que vocês façam algo por mim”, então até esse momento em que ele percebe que não está dando conta é um momento crítico para demonstrar o que é a crise e o avanço que é ter como lidar com isso, porque é difícil que ele perceba que não está dando conta das coisas. Daí é muito importante quando ele reconhece, depois de não sei quantas intervenções e tentativas de geração de vínculo, que ele faça isso por conta própria, consiga perceber que aquele é um lugar de cuidado.

Sobre os elementos apontados por *Dandara*, no que diz respeito às intervenções no território, destacamos que organizar práticas que operem segundo a lógica do território é, segundo Lima e Yasui (2014, p.595) olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar. Ao entender o território como espaço relacional com percursos que compõem as vidas cotidianas das pessoas, (sem esquecer que neste território é onde se produzem modos de ser, de se relacionar, de amar, de consumir), as equipes dos serviços substitutivos podem estabelecer processos de produção de saúde e de subjetividade, investindo em criações que produzam novas línguas, novos territórios e novos sentidos.

Já a respeito da intensificação de cuidados, é importante destacar que esta tecnologia está intimamente relacionada com a perspectiva da Atenção Psicossocial e da Clínica Ampliada, além disso, *Tranquilli* (2017) destaca que, em 2007, *Marcus Vinicius* afirmara que na clínica da infância e do abuso de drogas, esta perspectiva tecnológica é inevitável. Aponta ainda que o objetivo fundamental da intensificação de cuidados é que o sujeito passe pela experiência da crise, acompanhado de perto por uma equipe que o ajude a atravessar essa experiência de angústia no meio social, reduzindo os possíveis danos dessa experiência e construindo formas mais saudáveis de andar a vida após a passagem da crise.

Silva (2007b, p. 40) define a clínica da intensificação de cuidados como

um conjunto de procedimentos terapêuticos e sociais direcionados ao indivíduo e/ou ao seu grupo social mais próximo, visando ao fortalecimento dos vínculos e à potencialização das redes sociais de sua relação bem como ao estabelecimento destas nos casos de desfiliação ou forte precarização dos vínculos que lhes dão sus tentação na sociedade.

Por fim, destacamos que a resposta à crise psicossocial, observada nas intervenções em torno do caso de *Pablo*, se fundam sobre o que Dell'Aqua e Mezzina (1991) apontam como “tomada de responsabilidade”, considerando-se um conjunto de elementos postos em jogo. Os serviços, em especial o CAPS ad Gregório de Matos na figura da técnica de referência do adolescente, entendendo as potencialidades de estabelecimento de relação deste momento de crise, se põe ao lado deste sujeito que sofre, e vive com ele os desafios postos por este fenômeno. E neste movimento operam uma fina clínica que, articulada com os variados elementos políticos, apresenta aberturas possíveis para manejos que possibilitam a manutenção de vínculos e a construção de novas redes de relação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como destacado na apresentação deste texto, não temos o objetivo de estabelecer fechamentos pragmáticos com os resultados da pesquisa, mas sim abrir perguntas e horizontes para próximas construções. No campo da atenção psicossocial, estas aberturas se fazem necessárias diante dos desafios postos para a construção de uma clínica que se considere política e se articule com os elementos do cuidado em liberdade.

Para responder à questão “como se dão as intervenções da Rede de Atenção à Saúde direcionadas ao cuidado compartilhado de adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social que fazem uso de drogas?”, decidimos, a partir de uma metodologia de inspiração etnográfica, descrever as articulações intersetoriais em torno do cuidado a adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social que fazem uso de drogas no Centro Histórico da cidade de Salvador, tomando o Núcleo de Infância e Adolescência da rede de álcool e outras drogas como espaço de análise.

Esta escolha ampliou a possibilidade de aproximações com a antropologia reflexiva, uma vez que me insiro no campo como trabalhador e pesquisador. Dessa maneira, pude me incluir na descrição do fenômeno observado enquanto “objeto” e sujeito da observação, sendo possível incorporar posições e percepções, individuais e coletivas, tanto no momento das definições dos horizontes iniciais da pesquisa quanto nos momentos posteriores. Além disso, descartando qualquer possibilidade de uma ciência que se faça neutra, foi possível aliar meu engajamento militante à descrição dos elementos que me dispus a estudar.

A principal limitação deste estudo decorre do fato de o mesmo não se debruçar sobre as vivências subjetivas dos adolescentes que vivem concretamente o sofrimento e utilizam os serviços que articulam-se no NIA ad. Além disso, o curto período para a produção desta dissertação nos limita quanto à produção de análises mais profundas acerca do tema.

Apesar desta limitação, a elaboração do caso de *Pablo* nos permitiu materializar as articulações de cuidado compartilhado intersetorialmente realizadas pelo NIA ad e apresentar importantes elementos para a compreensão de uma perspectiva subjetiva do sofrimento e suas tramas sociais, institucionais e singulares. Além disso constatamos que há um esforço para a aproximação entre as redes formais e informais de modo a ampliar as perspectivas da promoção da integralidade do cuidado.

Identificamos, a partir das entrevistas realizadas, que os entendimentos de crise que

fundamentam as intervenções do NIA ad contribuem para a construção de movimentos que favorecem a construção de práticas profissionais que consideram as tecnologias relacionais e, no manejo da crise psicossocial, possibilitam a reconstrução da experiência social, institucional e singular.

Ao analisarmos as estratégias de cuidado compartilhado a partir das ações do NIA ad no que diz respeito aos acompanhamentos em situações de crise psicossocial, nos remetemos ao que Marcus Vinicius ensinou: é preciso deixar abertas as portas do coração para, nos movimentos da clínica, mediar as complexas relações do sujeito com o mundo, debruçando-se com ele sobre a complexidade de seu sofrimento. Além disso, constata-se a utilização da tecnologia da intensificação de cuidados para o manejo de tais situações.

Nestes momentos de extrema delicadeza, o cuidado, por ser compartilhado e intersetorial, multiplica as possibilidades de circulação dos sujeitos e amplia a circulação de recursos concretos, além de considerar questões que os serviços de saúde, sozinhos, não dariam conta de mediar. Ao considerar esta perspectiva, assume-se que o sofrimento deve ser objeto do trabalho de amplos setores da estrutura social.

É perceptível que, entre os anos de 2012 e 2017, houve, no CAPS ad Gregório de Matos, uma ampliação do acesso de adolescentes que fazem uso de drogas e vivem em situação de risco e vulnerabilidade social. Destacamos que a existência de um arranjo tecnológico que produz articulações para o compartilhamento do cuidado, como é o caso do NIA ad, contribui significativamente para esta ampliação.

Constatamos a conformação de uma rede socioassistencial sensível às necessidades sociais de saúde dos sujeitos e comprometida com a garantia de seus direitos de cidadania, onde é evidente a integração de políticas setoriais na perspectiva da articulação entre cuidados em saúde e cuidados sociais. Em particular, são consideradas as dimensões éticas, políticas e clínicas nas intervenções em torno dos manejos necessários.

Há uma compreensão, evidenciada nas falas das interlocutoras ao descrever o NIA ad, de que o trabalho isolado não é suficiente para a resolução dos problemas de alta complexidade e grau de dificuldade apresentados pelos adolescentes. Além disso, corrobora-se uma percepção de que a complementaridade proporciona um potencial resolutivo maior do que o trabalho isolado.

Precisamos pensar o efeito que essa articulação traz efetivamente para a rede, para os serviços, que é um efeito muito sutil, mas que tem feito a diferença, porque o fato de conseguirmos pensar as ações de forma tão natural, as ações intersetoriais, e isso

impactar pessoas que não estão lá, tem um efeito pra quem está e quem não está participando diretamente. Pra quem está, traz a sensação de ser um espaço onde podemos contar com outras pessoas, outras instituições, de ser um espaço de resistência, de não desistir dos casos que as outras pessoas já desistiram, isso pra quem está dentro. Enquanto que, pra quem está fora, minimamente elas reconhecem que tem esse espaço e que tem sido feito este trabalho (NINA).

Destacamos que, apesar de avançar na construção de articulações intersetoriais, o NIA ad encontra barreiras no que diz respeito à incorporação deste modo de organização intersetorial na sua dimensão macroestrutural, uma vez que a política enrijecida da gestão municipal, além de não investir em políticas de proteção social, não abre possibilidades para o estabelecimento de intersecções entre os setores da assistência social, saúde e educação. Há insuficiência de recursos materiais e precariedade das estruturas dos serviços, o trabalho no território fica comprometido por falta de veículos, as equipes dos CAPS ad estão reduzidas e a forte presença de interesses corporativos impede os avanços propostos pela RPB.

Estas barreiras são também observadas numa dimensão microestrutural. Afirmamos isso, uma vez que a inclusão dos elementos políticos na condução cotidiana da clínica e dos movimentos territoriais e suas singularidades no arcabouço das práticas com conseqüente reconfiguração do processo de trabalho em saúde, causa incômodos diversos, por alterar relações de poder historicamente engendradas que serviam à manutenção de uma lógica social excludente.

A este respeito, no cenário político atual, numa conjuntura de variados retrocessos no campo da saúde e dos direitos sociais, é simbólica a expressão da congregação da Faculdade de Medicina da Bahia, que tem apontado a necessidade de saída do CAPS ad Gregório de Matos das instalações físicas da instituição como única possibilidade para aprovação da renovação do contrato com a SESAB. Seria esta uma expressão do racismo institucional?

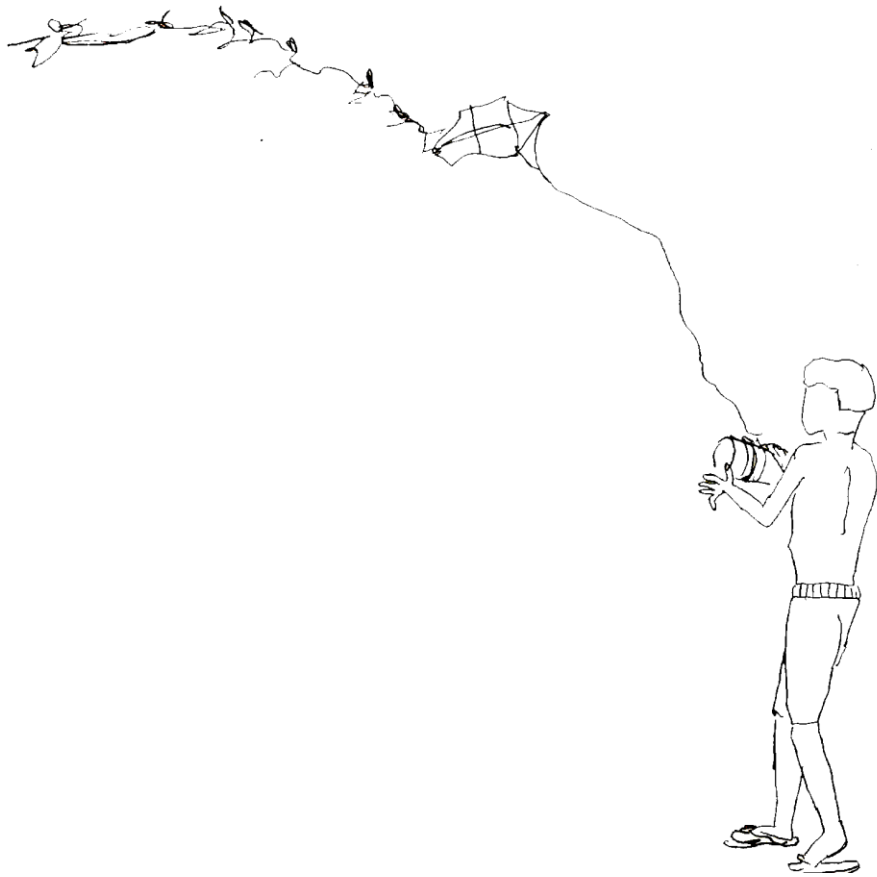
É importante marcar que a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador nunca apresentou à população a possibilidade de construção de uma política municipal de Saúde Mental que, de maneira democrática, aponte prioridades estratégicas para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, o que dificulta estas articulações mais estruturadas que promovam ações intersetoriais integradas na dimensão macroestrutural.

A intensificação de cuidados e as intervenções no território foram ferramentas fundamentais para tessitura prática do cuidado compartilhado num contexto complexo de uma crise psicossocial. No entanto, estas tecnologias demandam do trabalhador e da trabalhadora resolubilidades que por vezes não podem ser mediadas com os poucos recursos disponibilizados

pelo Estado. Este é um importantes problema observado no cotidiano das discussões dos casos nas reuniões do NIA ad.

A observação das ações do NIA ad nos aponta que, mesmo nas adversidades, é possível construir uma clínica comprometida com as necessidades dos sujeitos. Consideradas estas questões, apontamos que não são poucos os desafios que se colocam no horizonte de uma clínica que se pretenda política, uma clínica que considere os elementos sociais do processo de construção do sofrimento. E, apesar de muitos apontarem as transformações sociais como improváveis, apesar do momento político desfavorável, onde retrocessos se apresentam de modo a intensificar a desigualdade social, apesar da precariedade dos serviços, da difícil intersetorialidade a nível macroestrutural, existem experiências como esta que nos mostra que um outro mundo é possível e que as ferramentas para esta construção estão postas.

Por fim, tomamos de empréstimo as palavras comumente atribuídas ao louco e corajoso cavaleiro andante, Dom Quixote, ao seu escudeiro fiel, “mudar o mundo não é loucura nem utopia, mas sim justiça social”.



Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.
JOÃO CABRAL DE MELO NETO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CAPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. P. 221-240.
- AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: _____. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- ARENDDT, H. **O que é política**. Rio de Janeiro: Bertrant Brasil, 2009.
- AYRES, JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. In: _____. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2009.
- BARRETO, FAV; SILVA, CS; MENEZES JUNIOR, GEC; SOUB, J; PEREIRA, MN; LESSA, SV. **O Apoio Institucional em Saúde Mental como instrumento para qualificação da RAPS de Salvador**. UNIVASF: Anais da 4ª Mostra de Atenção Psicossocial, Juazeiro, 2017.
- BOURDIEU, P. Compreender. In: _____. **A miséria do mundo**. Petrópolis: Editora Vozes, 8ª ed, 2011.
- BAHIA. Ministério Público do Estado. **Ata de audiência pública realizada para discussão da problemática: “saúde em Salvador – em busca de soluções”**. Salvador: Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos do Ministério Público do Estado da Bahia, Projeto Saúde Mental Integração e Dignidade, 2015.
- BRASIL. Lei de n. 10.216, de 06 de abr. 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 abr. 2001 Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 14 de maio de 2018.
- BRASIL. Portaria GM 3088, 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 (SUS)**. Diário Oficial da União. 2011.
- BRASIL. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. **Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas**

(Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em:

<<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-121-25--JANEIRO-2012.pdf>> Acesso em 14 de maio de 2018.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília: Centro de documentação e informação. 12ª edição. 2014a.

BRASIL. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: Tecendo Redes para Garantir Direitos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

CAMPOS, GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, GWS. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

CAMPOS, P. Crise, Rede e Hospitalidade: uma abordagem para a reforma psiquiátrica. In: SOARES JORGE, MA; CARVALHO, MCA; SILVA, MCF. **Políticas e cuidado em saúde mental.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

CARVALHO, SMC. **“Os ditos sem” acesso à saúde da população em situação de rua.** Salvador: [Dissertação de Mestrado] Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado Políticas Sociais e Cidadania – Universidade Católica do Salvador, UCSal, 2014.

CERQUEIRA, D; LIMA, RS; BUENO, S; VALENCIA, LI; HANASHIRO, O; MACHADO, PHG; LIMA, AS. **Atlas da violência 2017,** Ipea e IFSP. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017.

CONCEIÇÃO, DS; ANDREOLI, SB; ESPERIDIÃO, MA; SANTOS, DN. Atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2008 – 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde:** Brasília. 27(2): e2017208. 2018.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao hospital psiquiátrico. In: AMARANTE, P. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. P. 141-168.

CUCHE, D. **A noção de cultura nas ciências sociais.** 2ª ed. Bauru: EDUSC, 2002
DELL'ACQUA, G & MEZZINA, R. Resposta à crise: Estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In DELGADO, J (Org.) **A loucura na sala de jantar** São Paulo: Resenha; 1991. P. 53-79.

DESVIAT, M. **Da desinstitucionalização para a Saúde Mental Coletiva.** Conferência proferida no Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, 2014.

DIMENSTEIN, M; AMORIM, AKA; LEITE, J; SIQUEIRA, K; GRUSKA, V; BRITO, C; MEDEIROS, I; BEZERRIL, MC. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Polis e Psique,** Porto Alegre, vol. 2, número temático, 2012.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M.T. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias:

o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.1, n.1, p.1-10, 2009.

ESPINHEIRA, G. **Projeto de reabilitação sustentável do Centro Histórico de Salvador**. A dimensão social e o quadro de vulnerabilidades do Centro Antigo. Relatório Final. Governo do Estado da Bahia. Secretaria de Cultura. Escritório de Referência do Centro Antigo de Salvador. Salvador- BA. 2009.

ESPINEIRA, G. A casa e a rua. In: CEAS. **Cadernos do CEAS**. Centro de Estudos e Ação Social, Salvador, nº 144, 1999.

FANON, F. Os condenados da terra. Juiz de fora: Ed. UFJF, Coleção Cultura, v. 2, 2005.

FERIGATO, SH; ONOCKO-CAMPOS, RT; BALLERIN, MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.6, n.1, p.31-44, 2007.

GOMES, RR; MESSEDER, MLL. Juventude e substâncias psicoativas. In: FERNANDEZ, OFRL; ANDRADE, MM; NERY FILHO, A (orgs). **Drogas e políticas públicas**: educação, saúde coletiva e direitos humanos. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015.

GONTIJO, DT; MEDEIROS, M. Crianças e adolescentes em processo de exclusão social. Goiânia: **Estudos**, v.34, n.1/2, p.119-133, jan/fev, 2007.

HARTZ, Z. M. de A. & CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços: desafios para avaliar um sistema “sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, p.5331-5336, 2004.

KALICHMAN, AO; AYRES, JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, 32(8):e00183415, ago, 2016.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: HUCITEC. 2014.

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: HUCITEC, 2015.

LOBOSQUE, AM. **Clínica em movimento**: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

LIMA, IMSO; ALVES, VS; CORREIA, LC. Adolescência e consumo de substâncias psicoativas: uma discussão sob o enfoque do direito à saúde. In: TAVARES, LA; MONTES, JC (orgs). **A adolescência e o consumo de drogas**: uma rede informal de saberes e práticas. Salvador: EDUFBA/CETAD, 2014.

LIMA, EMFA; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. Rio de Janeiro: **Saúde em Debate**. V. 38, n. 102, p. 593-606, jul-set, 2014.

LIMA, M; JUCÁ, VJS; NUNES, MO; OTTONI, VE. Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. **Interface** – comunicação, saúde,

educação, v.16, n.41, p.423-34, abr./jun., 2012.

MALHEIRO, LSB. **Tornar-se mulher usuária de crack**: trajetórias de vida, cultura de uso e política sobre drogas no centro de Salvador, Bahia. Salvador: [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade Federal da Bahia, UFBA, 2018.

MATTOS, RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. In: _____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MACERATA, I. Vulnerabilidades do usuário e vulnerabilidades da atenção: apontamentos iniciais para uma clínica de território na Atenção Básica. In: RAMMINGER, T; SILVA, M. **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida. 2014.

NICÁCIO, F. & CAMPOS, GWS. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, n.15, v.2, p.71-81, 2004.

NOBRE, NIF. **No reino de “pedra e cal”**: o Centro Histórico e o patrimônio de Salvador em época pós-moderna. Belo Horizonte: [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, 2001.

NUNES, MO. Da aplicação à implicação na antropologia médica: leituras políticas, históricas e narrativas do mundo do adoecimento e da saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro. V.20, n.2, abr.-jun., p.653-673, 2014.

NUNES, MO; TORRENTÉ, M.; OTTONI, V.; NETO, VM; SANTANA, M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):188-196, jan, 2008

NUNES, MO. O silenciamento da cultura nos (com)textos de cuidado em saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.1, n.2, p. 38-47, 2009;

NUNES, MO. Interseções antropológicas na saúde mental: dos regimes de verdade naturalistas à espessura biopsicossocial do adoecimento mental. **Interface** – comunicação, saúde, educação, v.16, n.43, p.903-15, out./dez.. 2012.

OLIVEIRA, MGPN. **Consultório de Rua**: relato de uma experiência. Salvador: [Dissertação de Mestrado] Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, UFBA, 2009.

OLIVENSTEIN, C. **A droga**: droga e toxicomanias. São Paulo: Brasiliense, 1988.

ONOCKO-CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111,

maio/ago. 2001.

ONOCKO- CAMPOS, RT; CAMPOS, GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, GWS; MINAYO, MCS; AKERMAN, M; DRUMOND JUNIOR, M; CARVALHO, YM (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2015.

OUVERNEY, AM; NORONHA, JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FIOCRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. Pp. 143-182.

PAIM, JS. **Modelos assistenciais**: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Brasília: Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISC/UFBA, 2001. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6168/1/Paim%20JS.%20Texto%20Modelos%20Assistenciais.pdf>>. Acesso em 09 de maio de 2018.

PAIM, JS. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuições para a compreensão crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PINTO, LO; LEONELLI, M; FERREIRA, OS; MACHADO, S. Redução de danos com crianças e adolescentes em situação de abrigo. Salvador: EDUFBA/CETAD, 2014.

PINHEIRO, CM. **Desinstitucionalização e integralidade**: tramas tecidas na construção do cuidado de pessoas com experiência de uso problemático de álcool e outras drogas. [Dissertação de Mestrado] Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, UFBA, 2017.

PROJETO AXÉ. **Cartografias dos desejos e direitos**: Mapeamento e contagem da população em situação de rua na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Salvador: Centro Projeto Axé de Defesa e Proteção à Criança e ao Adolescente, 2017.

SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**: volume II – Distritos Sanitários. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

SANTANA, JP; DONINELLI, TM; FROSI, RV; KOLLER, SH. Os Adolescentes em Situação de Rua e as Instituições de Atendimento: utilizações e Reconhecimento de Objetivos. Rio Grande do Sul: **Psicologia – Reflexão e Crítica**, v.18, n.1, p.134-142, 2005.

SANTOS, M. Por uma outra globalização. Do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2006.

SANTOS, MRP; NUNES, MO. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. Botucatu: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.38, p.715-26, jul./set. 2011.

SAWAIA, BB. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: ____ (org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 8ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter**: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. 5ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SILVA, MVO; SOUZA, CG; OLIVEIRA, MS; MENDONÇA, PP; HARDMAN, LV. Tecnologias psicossociais em saúde mental: atenção à crise na psicose. Abrapso, **anais do XV Encontro Nacional da Abrapso**, Maceió, 2009.

SILVA, MVO. A onipresença da política no campo da Reforma Psiquiátrica. In: LOBOSQUE, AM. **Caderno Saúde Mental**: A Reforma Psiquiátrica que Queremos Por uma Clínica Antimanicomial. Belo Horizonte: ESP-MG, v.01, 2007^a.

SILVA, MVO. A clínica integral: o paradigma psicossocial como uma exigência da clínica das psicoses. In M. V. O. Silva (Org.), **In-tensa ex-tensa**: a clínica psicossocial das psicoses (pp. 40-41). Salvador: LEV/FFCH/UFBA. 2007b.

SOUZA, J. **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria de Política sobre Drogas, 2016.

TRABALHADORAS DO PONTO DE ENCONTRO [Carta] 18 nov.2013, Salvador [para] SOLLA, J., Salvador. 3f. Solicita apoio da gestão estadual sobre situação de mudança de perspectiva clínica do dispositivo de atenção à população de rua Ponto de Encontro.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. In: **História, Ciências, Saúde**. vol (9)1: 25-59, jan-abr. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

TRANQUILLI, AG. **Intensificação de cuidado na atenção à crise**: uma etnografia das práticas no campo de álcool e outras drogas. Salvador: [Dissertação de Mestrado] Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, UFBA, 2017.

VASCONCELOS, EM. Algumas características do processo de trabalho no campo psicossocial e suas implicações. In: ____ **Abordagens psicossociais, vol 1**: história, teoria e trabalho no campo. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 159-163.

VICTORA, C. Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da antropologia. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro: 5(4): 3-13; 2011.

WACQUANT, L. **Corpo e alma**: notas etnográficas de um aprendiz de boxe. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ZIONI, F. O Enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde sob o ponto de vista da Teoria Social. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.16, n.3, p.26-34, 2007.

ANEXO 1 - Guia de entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
 MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

CUIDADO COMPARTILHADO INTERSETORIALMENTE A ADOLESCENTES QUE FAZEM USO DE DROGAS: É PRECISO DEIXAR ABERTAS AS PORTAS DO CORAÇÃO

Pesquisador: Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior

Orientadora: Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté

Número da entrevista: _____ Data: ____/____/____

Problema: Como se dão as intervenções da Rede de Atenção à Saúde direcionadas ao cuidado compartilhado de adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social que fazem uso de drogas e encontram-se em momentos de crise psicossocial no território do Centro Histórico?

Objetivo geral: Descrever as articulações intersetoriais em torno do cuidado a adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social que fazem uso de drogas.

Objetivos específicos: 1. Analisar as estratégias de cuidado compartilhado estabelecidas entre as instituições no campo da atenção à saúde mental a adolescentes que fazem uso de drogas; 2. Descrever casos que materializem essas articulações em nível intersetorial; e 3. Identificar os entendimentos de crise que fundamentam as intervenções intersetoriais no campo da atenção à saúde mental de adolescentes que fazem uso de drogas

Antes do início da gravação, solicitar que a/o entrevistada/o leia e assine o TCLE, se estiver de acordo. Caso o entrevistado não queira que a conversa seja gravada em áudio, perguntar se pode continuar a conversa e, posteriormente, registrar impressões em diário de campo.

Verificar se o gravador está, de fato, ligado.

Gravar em áudio: número da entrevista, local onde a entrevista foi realizada; data da entrevista.

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA ENTREVISTADA

Nome: _____ Idade: _____

Local de trabalho: _____ Tempo de trabalho: _____

Tempo de participação no NIA ad: _____

Trajetória profissional: _____

Considerando sua inserção no NIA ad, como você me descreve este arranjo tecnológico?

CAMPO 1: CONCEPÇÃO DE CRISE EM SAÚDE MENTAL

Parto da afirmação de que a *crise em saúde mental* é composta por elementos *psicossociais*, ou seja, marca-se no corpo do sujeito que expressa o sofrimento, mas agrega elementos do contexto social onde este sujeito se insere, que por vezes intensificam este sofrimento e por outras promovem o cuidado. Há na crise uma alteração aguda do funcionamento psíquico em um indivíduo, porém a sua origem está no contexto de sua rede social, ela é produzida em rede e, portanto, perturba e modifica o relacionamento do indivíduo com essa rede. Considerando esta perspectiva ampliada de crise em saúde mental, **como você descreve o percurso terapêutico de [caso emblemático] de modo a destacar os elementos constitutivos dos momentos de ruptura (crise)?**

- ✗ Explorar como a pessoa entrevistada concebe o crise em saúde mental;
- ✗ Explorar quais práticas de atenção à crise a pessoa entrevistada relata;
- ✗ Explor mais elementos descritivos sobre as variáveis de análise (**marcadores sociais da crise, marcadores biológicos da crise**, e os **marcadores psicossociais da crise**) caso os elementos não apareçam no diálogo estabelecido.

CAMPO 2: ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À CRISE

Considerando o que abordamos na questão anterior, **como você descreve o processo de organização do serviço que você atua e as principais estratégias utilizadas para o manejo dos cuidados dirigidos a [caso emblemático] nestes momentos de ruptura?**

- * Explorar elementos que suscitem nestas ações a direção para **atenção compartilhada, atenção intrainstitucional, atenção intrasetorial ou atenção intersetorial**;
- * Explorar os motivos e experiências que fazem com que o cuidado seja compartilhado ou não;
- * Explorar o que a pessoa entrevistada sente ou percebe nos momentos onde o cuidado é compartilhado;
- * Explorar como a pessoa entrevistada compreende a importância do cuidado compartilhado.

HÁ MAIS ALGUMA COISA QUE VOCÊ QUEIRA FALAR?

| |
|--|
| <p>Informar que para fins de validação dos dados, a entrevista, após transcrita, precisará ser apreciada pela pessoa entrevistada.</p> |
|--|

ANEXO 2 – Tabela descritiva dos serviços dos distintos setores acessados pelo CAPS ad Gregório de Matos para ações de cuidado compartilhado aos adolescentes acompanhados

| | INSTITUIÇÃO | n | % por serviço | % por setor |
|-----------------------------|---------------------------------------|-----------|----------------------|--------------------|
| EDUCAÇÃO | Projeto Axé | 39 | 43,3% | 57,7% |
| | Escola | 13 | 14,4% | |
| SAÚDE | CAPS ad | 90 | 100% | XXXXX |
| | Unidade de Acolhimento infantojuvenil | 37 | 41,9% | 89,5% |
| | USF | 13 | 14,4% | |
| | CAPS ad III | 10 | 11,1% | |
| | Hospital Geral | 05 | 5,6% | |
| | UBS | 04 | 4,4% | |
| | Consultório na Rua | 04 | 4,4% | |
| | CAPS i | 03 | 3,3% | |
| | Hospital Psiquiátrico | 01 | 1,1% | |
| | Pronto Atendimento Psiquiátrico | 01 | 1,1% | |
| | CEDAP | 01 | 1,1% | |
| | SAMU | 01 | 1,1% | |
| | SAE | 01 | 1,1% | |
| | ASSISTÊNCIA SOCIAL | FCM | 37 | |
| Conselho Tutelar | | 21 | 23,3% | |
| CRAS | | 03 | 3,3% | |
| CREAS | | 03 | 3,3% | |
| SEMPs | | 03 | 3,3% | |
| CENTRPOP | | 02 | 2,2% | |
| SOCIOEDUCAÇÃO | FUNDAC | 18 | 20% | 20% |
| SEGURANÇA PÚBLICA | DAI | 08 | 8,9% | 11,1% |
| | Guarda Municipal | 01 | 1,1% | |
| | DELTUR | 01 | 1,1% | |
| JUSTIÇA | Ministério Público | 05 | 5,6% | 10% |
| | DPE | 04 | 4,4% | |
| DIREITOS HUMANOS | Centro Municipal de Referência LGBT | 01 | 1,1% | 2,2% |
| | PPCAM | 01 | 1,1% | |
| PROGRAMAS E PROJETOS | Projeto Jovem Aprendiz | 04 | 4,4% | 10% |
| | Ponto de Cidadania | 03 | 3,3% | |
| | Programa Corra pro Abraço | 01 | 1,1% | |
| | Projeto Levanta-te Anda | 01 | 1,1% | |
| RELIGIÃO | Comunidade Terapêutica | 07 | 7,8% | 8,9% |
| | Igreja | 01 | 1,1% | |

