
ENSAIOS DE UMA REDE AMPLIADA ENTRE OS CIRCUITOS DE EXCLUSÃO DOS ADOLESCENTES

ESSAYS ON AN EXTENDED NETWORK AMONG THE CIRCUITS OF TEEN EXCLUSION

Mateus Freitas Cunda, Carlos Augusto Piccinini, Máira Ainhoren Meimes e Pedro Craidy Nerva

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil

Denise Santos Machry

Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS, Brasil

Carolina Hetz Martins

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

Marianne Stolzmann Mendes Ribeiro

Centro Universitário Feevale, Novo Hamburgo/RS, Brasil

RESUMO

Este escrito relata a experiência da equipe de Saúde Mental do Centro Integrado em Atenção Psicossocial do Hospital Psiquiátrico São Pedro na construção de uma rede ampliada de atenção aos adolescentes da zona leste de Porto Alegre. Nesse território, analisamos os circuitos que inscrevem certa adolescência nos regimes de controle e os muros que a contêm: instituições que vão desde as escolas até a clássica instituição psiquiátrica da qual partimos. Apresentamos nossos itinerários conceituais e intervencionistas pelos regimes de atenção e exclusão dos adolescentes; as estratégias de acompanhamento de um passo desviante da norma; os ensaios de trama de uma rede ampliada; a proposta de um acolhimento responsabilizado em rede.

Palavras-chave: saúde mental; adolescência; redes; acolhimento.

ABSTRACT

The present essay describes the experience of São Pedro Psychiatric Hospital's Integrated Psychosocial Care Center's Mental Health team in creating a large network of attention to teenagers in the East Side of Porto Alegre. Within this area, we have analyzed the circuits that subscribe certain teens under controlling regimes and its containing walls: institutions comprehended in a range that goes from schools to the classical psychiatric institution from which we begin. In this sense, we present our conceptual and interventional itineraries through the circuits of teen care and exclusion, the monitoring strategies of a norm-deviating step, the plot experiments of an expanded network and the proposal of a network responsible host.

Keywords: mental health; adolescence; networks; host.

Introdução

Os movimentos adolescentes na zona leste porto-alegrense são alvos de atenção e medo dos centros de educação e saúde presentes nesse espaço. Os adolescentes transeuntes desse território inventam caminhos que desafiam a conceituação psicologizada de adolescência, nublando os trilhos dados pelas instituições. Descaminhos – sobretudo frente a um olhar de mundo em que a adolescência é preenchida por um excesso de significância e expectativas normativas.

A leitura institucional desses rumos exige realinho. O passo em desalinho dessa adolescência instaura uma obstinação pela correção, pela patologização do desvio, pelo adestramento dos passos. Sendo assim, desviantes, muitos adolescentes acabam circunscritos em regimes de contenção (institucionais e familiares), tornando-se objetos do compasso escolar, da servidão assistencial, do higienismo dos serviços de saúde, do tratamento moral.

Nesse circuito de controle, encravado no mesmo território, inscreve-se o Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), clássica instituição psiquiátrica da cidade.

A partir da unidade infanto-juvenil desse hospital, o Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS), no nível ambulatorial, desenvolvemos um percurso pelos meandros da rede como uma das referências na atenção em saúde mental juvenil no território. A metodologia de trabalho partiu da construção de um Acolhimento Responsável junto aos sujeitos e aos serviços que configuravam o caminho de chegada ao CIAPS, com a disposição de escutar e acompanhar esse passo e, quiçá, desarrumar os curtos-circuitos de exclusão presentes.

Desvelando o território: o CIAPS e os muros

Pensar a geografia de um espaço, como ele se configura e se insere em uma região, em uma rede de saúde, requer situá-lo dentro de uma cartografia histórica, de nomes que situam seus muros – a abertura de sensibilidade diante de um olhar sobre paredes já descascadas pelo tempo, sobre travessias de um território que já foi outro e que se recria a cada instante. Trata-se de um espaço que comporta, enquanto fluxo, práticas e olhares dinamizados por uma história. Pensar a história dos atendimentos para crianças e adolescentes dentro do HPSP é pensar a prática de hoje e tentar situar o que é o CIAPS como um serviço integrado a uma rede de atenção à saúde.

Muros que nos mostram e nos escondem, talvez, um pouco mais. Entre a falta e os excessos, também muito característicos do olhar direcionado ao adolescente, o HPSP vem, ao longo de sua história, servindo de referência nos atendimentos em saúde mental no Estado do Rio Grande do Sul (internação) e na região em seu entorno (ambulatorio). Um espaço de atenção específico à saúde mental infanto-juvenil surgiu, no hospital, apenas na década de 1960 com o Serviço de Atendimento Integral à Criança (SAIC), então entendida como o sujeito até 15 anos. Ademais, apenas em 1990, com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente e a partir da imposição do Ministério Público para a criação de um espaço de atendimento ao adolescente (compreendido agora como a pessoa entre 12 e 18 anos), surge no HPSP um serviço de atenção específico para esse público, afirmando um sujeito distinto da criança e do adulto (Scisleski, 2006). Anteriormente, os sujeitos acima de 15 anos tinham como vinculação terapêutica a unidade destinada ao atendimento dos pacientes adultos.

O CIAPS surge como CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), seguindo a conjuntura política da época, em alinhamento com a Reforma Psiquiátrica. A marca do surgimento do serviço, o desejo de ser um CAPS, já vinha desde 1983 com movimento de trabalhadores do HPSP (Scisleski, 2006). A necessidade de criar um

serviço que atendesse à demanda dos adolescentes ocorre em um momento em que a regulamentação da criação dos CAPS ainda não estava totalmente elaborada. Esse fato contribuiu para que esse CAPS sustentasse, dentro de seu modelo de atendimento, internações. Assim, o CAPS do HPSP surge com a possibilidade de atender às demandas de internação do estado, bem como as das regiões próximas ao hospital. Os trabalhadores do novo serviço compõem uma junção de alguns técnicos do extinto SAIC e de outros setores do HPSP, além de novos técnicos contratados. Sobre esse encontro fundante, é interessante ressaltar o apontamento feito por Scisleski (2006):

Essa separação na equipe é evidente no cotidiano do CIAPS/HPSP. A equipe mais antiga, oriunda do SAIC, mantém uma identificação bastante forte com a organização do hospital, inclusive pela posição hierárquica da psiquiatria em relação aos demais profissionais. Por outro lado, a equipe nova, somada aos técnicos que já trabalhavam no ambulatorio, tem maior sintonia com a questão da Reforma Psiquiátrica; além de a psicologia assumir um papel de destaque, ao criar e sustentar atendimentos outros à modalidade de internação, estabelecendo parcerias com outros saberes. (p.81)

Com a Portaria nº. 336/GM (2002), que especifica os pontos necessários à criação dos CAPS no país, o CAPS/HPSP é descredenciado como CAPS. Dois pontos contribuem para esse fato: os CAPS constituem-se como um serviço substitutivo à internação psiquiátrica; além disso, credenciam-se com CNPJ próprio, o que lhes permite receber verbas próprias. Como o CAPS/HPSP surge para suprir as demandas de internação de adolescentes (e também da infância) e está vinculado fisicamente a um hospital, estaria à margem dessa modalidade de serviço. Adiante, a equipe resolve adicionar Integrado à nomenclatura, no sentido de manter a referência com o CAPS. Eis, portanto o CIAPS/HPSP.

Dessa história, dúvidas e erros surgem nos diálogos da rede, encaminhamentos ainda recorrentes para o “CAPS/São Pedro”, questionamentos sobre um I, muitas vezes confundido com Internação em meio a um CAPS. Assim, entre percalços, dúvidas e muros, temos um serviço que são dois, embora um: ambulatorio integrado e internação.

O que é o CIAPS, afinal de contas? O Centro Integrado de Atenção Psicossocial do Hospital Psiquiátrico São Pedro é um serviço público em nível estadual que presta atenção integral em saúde mental a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Atende demandas de internação de três regiões do estado (1ª, 2ª e 18ª coordenadorias), embora receba

alguns casos de outras regiões: esta modalidade de atendimento possui 20 leitos, sendo 10 para crianças e 10 para adolescentes. Já o ambulatório do CIAPS/HPSP atende às demandas da região distrital de saúde Partenon/ Lomba do Pinheiro de Porto Alegre – composta pelos bairros Agronomia, Cascata, João Pessoa, Lomba do Pinheiro, Partenon, Protásio Alves, Santo Antônio e São José –, onde o público alvo é, também, crianças e adolescentes. Esse atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional composta pela equipe técnica, estagiários de psicologia e serviço social, além de residentes multiprofissionais da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado.

Na região distrital de saúde Partenon/ Lomba do Pinheiro de Porto Alegre, os muros são marcas fortes. Além do hospital psiquiátrico, nessa região estão também o Presídio Central da cidade, o Instituto Psiquiátrico Forense (IPF), a sede do 8º batalhão logístico do Exército, diversas instituições religiosofilantropicas, a Pontificia Universidade Católica e o maior campus da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A invenção do Hospital Psiquiátrico nesse território, segundo Wadi (2002), deu-se quando a região ainda era distanciada do aglomerado urbano.

Com o crescimento da cidade, conforme se passou com outras metrópoles brasileiras, grandes populações migraram para a capital, povoando as periferias das cidades. Na zona leste porto-alegrense, elas se entranharam junto às instituições já colocadas e desafiaram os saberes legitimados: configurou-se um território entre a apropriação da população e as normas ditadas por polícia, exército, igreja, universidade, psiquiatria e outras áreas da saúde.

Encravado nesse território, o CIAPS busca realizar um trabalho diretamente ligado aos princípios do Sistema Único de Saúde e, por conseguinte, aos do Movimento de Reforma Psiquiátrica, ou seja: desinstitucionalização da referência manicomial; construção de uma clínica além muros, ampliada, não restrita ao conceito de saúde como ausência de doenças; foco no trabalho interdisciplinar, de desconstrução da lógica centrada no saber médico; tessitura de uma rede de atenção desvinculada do centralismo no hospital (Cunha & Cunha, 2001). Tarefa, enfim, avessa ao histórico assistencialista, curativo e punitivo dos circuitos interinstitucionais da região.

Os circuitos patológicos e a demanda

Certamente, a adolescência da qual falamos e que chega ao CIAPS tem destino diferente daquela

que se vê na vitrine das novelas, lapidado pela cultura como símbolo de ousadia, invenção, força, transgressão. A imagem de juventude, cultuada desde o século passado, chega às retinas dos sujeitos e reflete avessos, vazios, excessos: caminhos singulares, distintos, engendrados pela cultura adolescente (Feixa, 2004). O reflexo desse feixe apresenta distorções na própria execução do símbolo novelesco: temos uma experiência adolescente que escapa à adrenalina das veias e à crise identitária e passa por uma inclusão das singularidades em perfis predefinidos.

A inscrição da exclusão refere-se diretamente à produção de subjetividades padrão a ser consumida pelos sujeitos da inclusão. Rolnik (1997), sobre esse mecanismo, diz tratar-se de um franco adestramento dos corpos ao corpo social, força conceituada primeiramente por Foucault (1987) como *biopoder*. Nesse viés, a própria noção de vida, antes definida a partir dos processos biológicos, “torna-se uma virtualidade molecular da multidão” (Pelbart, 2007, p.25), consumida e massificada em condutas ditas privadas. Trata-se de uma construção que parte dos modos de subjetivação capitalística e que inflexiona nos sujeitos a normatização da vida (Guattari & Rolnik, 2007; Silva, 2005). Nessa regulação, a imagem entranha o corpo social a partir de um olhar que parte de fora e de dentro. Uma “existência (subjetiva) como *devoir mundano* e uma existência do mundo como *devoir subjetivo: eu-n'outro / outr'em-mim*” (Neto, 1998, p. 71).

É preciso retomar, nesta análise, a tradição dentro da Psicologia, de um pensamento desenvolvimentista sobre o sujeito adolescente. Desde os estudos de Granville Stanley Hall, com o livro *Adolescence: Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education* (1904), uma grande vertente de estudos psicológicos ocupou-se da caracterização da adolescência como etapa de tormenta, de confusões, de uma essência psicobiológica que conduziria os atos adolescentes no âmbito social, familiar, sexual, afetivo, etc. Essa construção inventou uma psicopatologia marcada pelas crises no desenvolvimento, pela moratória na passagem para o mundo adulto. Adiante, Bandura e Walters (1959) e Erikson (1976), com seus estudos sobre as identidades negativas dos sujeitos adolescentes, acabaram por naturalizar a anormalidade desse período.

O enfoque dos estudos estava em criar alguma previsibilidade dos comportamentos desviantes. Historicamente, diz César (1999), os saberes da psicologia, da medicina, das ciências sociais, etc. contribuíram para a construção de um regime higienista

e assistencial que pudesse livrar os menores de um possível futuro avesso, enquadrando, sobretudo, o adolescente pobre e perigoso. Escolas, reformatórios, hospitais psiquiátricos e instituições assistenciais buscaram uma correção desses desvios, reforçando uma essência disfuncional da população das periferias, encorpando o contramodelo de adolescência marcado pela delinquência, pela situação de rua, pelo analfabetismo, pela vagabundagem.

As realizações de descontrole e desestabilização transversais na cultura são, portanto, nomeadas de modo distinto, de acordo com a classe social. Coimbra e Nascimento (2003) afirmam que as imagens identificadas como de natureza jovial restringem-se à possibilidade de consumo delas: excluem os adolescentes pobres e, não obstante, exacerbam os horrores de uma realização avessa. Forja-se, assim, sobre os adolescentes da periferia, uma subjetividade sobre a pobreza, identificada com ociosidade, indolência e vícios. Foucault (1987) diz, nesse sentido, que as elites pós-industriais difundiram o olhar sobre as populações marginais na generalização da imagem do indivíduo perigoso – descolada do ato realizado, atrelada à motivação do agente.

Nesse virtual, adolescentes pobres estão previamente enquadrados, sendo adotadas posturas de medo e controle sobre suas futuras condutas. Numa inclusão bastante definida, eles são submetidos a um rígido olhar por parte dos educadores, conselheiros tutelares, profissionais da saúde, juízes e policiais. São exigidos controle, medicalização, correção. Esse é o pedido que nos chega – demanda essa que leva em conta, além da estigmatização de um sujeito-problema, o papel estigmatizado do hospital psiquiátrico que o CIAPS carrega. É contra esse arranjo que voltamos nossas ações.

Para dar números e nomes à demanda, na internação psiquiátrica, por exemplo, em que o CIAPS atua numa referência estadual, os pedidos de internação de adolescentes são, em 45% dos casos, encaminhados por ordem judicial¹. As principais causas, ou os nomes do desvio, segundo o CID 10, foram: F10-19 - transtornos decorrentes do uso de substância psicoativa (70%) e F90-99 - Transtornos de Conduta (15%), sendo associados em 50% dos casos. Na grande maioria, portanto, as internações são desencadeadas por desajustes com a lei.

No que se refere ao atendimento ambulatorial para a zona leste porto-alegrense, no ano de 2008, chegaram 70 sujeitos ao CIAPS por encaminhamentos da rede local, sendo 42 deles adolescentes. Quanto aos encaminhamentos, 36 % vieram das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Programas de Saúde

da Família (PSFs); 22% de escolas e creches; 18% de serviços assistenciais e tutelares, como abrigo, serviço de atendimento sócio-educativo² e conselho tutelar; 12% foram encaminhamentos internos do próprio hospital, e outros 12% chegaram por procura direta. Das justificativas para o encaminhamento dos sujeitos, 31% referiam-se à agitação, à agressividade, à “falta de limites” ou à “hiperatividade”³; 23% eram por problemas na aprendizagem, desinteresse ou desatenção em aulas – quase todos encaminhados pelas escolas; 19% por uso de drogas; 18% por alterações no humor manifestas em depressão e tentativa de suicídio; 9% com outras causas/patologias.

Em todo caso, ao CIAPS, são solicitados o controle dos desvios, a reparação dos déficits, a adequação ao padrão de desenvolvimento, o anesestramento dos transgressores, a aderência dócil aos valores da família, do estudo, do trabalho.

Acolhimento responsabilizado

Em meio à burocratização das relações interinstitucionais e à surdez ao discurso adolescente, propomos, portanto, o que chamamos de uma Acolhida Responsável dos sujeitos inscritos na anormalidade. O trabalho era desenvolvido em nível ambulatorial, ou seja, permitia uma interlocução ampla com o território e envolvia necessariamente os nomeadores desse desvio, principalmente as instituições da Saúde e da Educação.

A elaboração do acolhimento em grupo segue a base dos princípios de atendimento publicados pelo Ministério da Saúde, no texto Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infante-Juvenil. Dentre os princípios dessa política, o foco é dado na escuta da criança e do adolescente, muitas vezes encaminhado pela rede do território (educação, saúde, assistência social, etc.), de modo a poder analisar se há ou não uma demanda de tratamento:

não se tomará o que se diz desses sujeitos como substituto de sua própria palavra, o que implica que as demandas formuladas por outros sobre a criança ou jovem (pais, familiares, professores, etc.) sejam ouvidas como demandas desses sujeitos que as formulam. (Ministério da Saúde, 2005, pp.11-12)

Adotamos, num primeiro momento, a escuta em grupo, com a presença dos pais ou responsáveis e, posteriormente, uma escuta individual. Por que não realizamos a escuta apenas individualmente? Entendemos que a queixa inicial, na maioria dos casos, não parte dos sujeitos em questão, e essa queixa é necessária para a constituição, dentro do processo

de acolhimento, de uma demanda propriamente dita. Nesse caso, a relação do adolescente com o responsável traz muitos elementos importantes para a elaboração de uma demanda. No entanto, em alguns casos, na hora de recebido o encaminhamento, avalia-se se a singularidade do caso não requer uma escuta individual desde o início do processo de acolhimento.

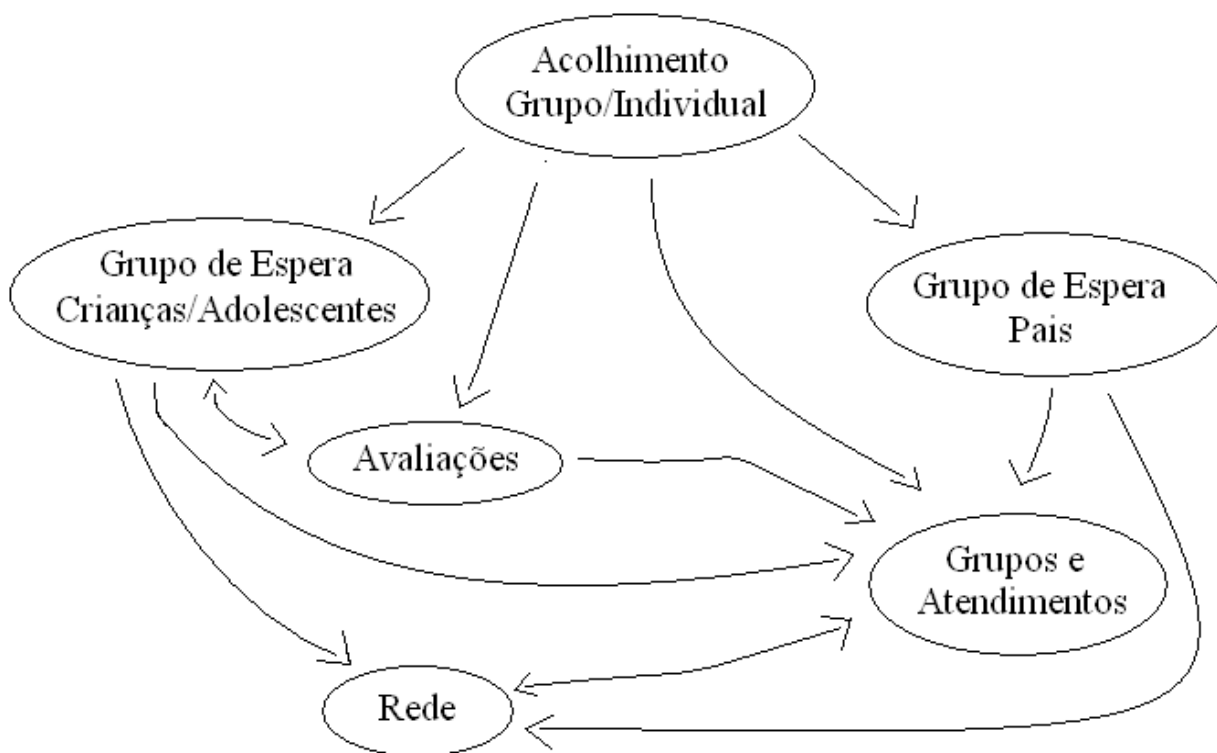
Parece-nos que o mais importante nessa acolhida “é fazer aparecer uma outra dimensão da queixa que singulariza o pedido de ajuda” (Figueiredo, 1997, p. 43), ou seja, uma abordagem que visa a “desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa do paciente” (Tenório, 2000, p.82). Essa ideia é norteadora de uma clínica que visa a colocar o sujeito na via de uma interrogação sobre a dimensão subjetiva de seu sintoma e de sua implicação, diferenciando-se necessariamente de uma queixa anônima ou indiferenciada a partir de uma escuta singular: “para o andamento do trabalho é necessário que as queixas venham acompanhadas de algum tipo de implicação. ...dificuldade será, então, recuperar alguma dimensão de singularidade” (Costa, 2006, p.160).

Ponto nodal da proposta foi a referência ao acolhimento universal. Nesse modelo, o serviço esteve de portas abertas para qualquer encaminhamento feito para crianças e adolescentes, sendo o referenciamento escutado e refletido, retramado e não necessariamente

absorvido. Assim, independentemente do itinerário feito pelo sujeito chegado ao CIAPS, o que mais importa são os sentidos que se darão adiante, sejam de retorno, de desconstrução, de assimilação, de invenção – caminhos e descaminhos. Portanto, por exemplo, se recebemos um encaminhamento de outra região, o acolhemos e buscamos a construção de um percurso entre os serviços envolvidos e as regiões.

Porém, para que essa lógica da rede não seja somente de encaminhamentos, há um terceiro princípio que auxiliou na mudança do modelo de acolhimento realizado: como diria a psicopedagoga do serviço, realizamos um “acolhimento responsável”. O acolhimento implicado exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, responsabilize-se pelo passo até a construção de uma demanda, pelo estabelecimento de um endereço de escuta. Dessa forma, não é somente o caso de encaminhar o usuário, mas de acompanhar essa caminhada e singularidade dos destinos. Refletindo sobre estes pontos, construímos um acolhimento em trânsito, em circuito, esquematizado a partir da chegada do sujeito ao CIAPS, não estabelecendo, com isso, caminhos únicos e enrijecidos, mas uma rede que se configura pela constante reavaliação dos caminhos que vão sendo trilhados, a partir de cada nova situação.

Figura 1 - Fluxos de Acolhida



Na prática, como funcionou? O grupo principal de acolhimento realizava a primeira escuta, em que se buscava desnaturalizar a demanda e entender o que se passava com os sujeitos encaminhados. A escuta em grupo, num primeiro momento, propiciava uma diluição das angústias, pois todos ali buscavam entender o passo sofrido que levou os sujeitos à instituição-clausura. A aposta era na produção de um compartilhamento que produzisse uma ressonância entre as falas, entre as narrativas, trazendo mais sentido aos caminhos. Logo o dispositivo de acolhimento em grupo revelou-se com um interessante potencial terapêutico, sendo que alguns dos casos tiveram resolutividade no âmbito do próprio grupo. Cabe salientar que, para isso ocorrer, foi fundamental contar com uma equipe que partilhava dos mesmos princípios e que estava permanentemente discutindo e reavaliando a sua práxis. Esse tipo de atendimento exigia sensibilidade e agilidade na condução de cada caso, incluindo os sujeitos na escolha dos caminhos.

Os Grupos de Espera – assim nomeados, mas que poderiam ser chamados de Grupos de Construção – funcionam como um intervalo no circuito, um espaço que envolve, além de uma escuta dos sujeitos e pais, uma discussão sobre as possibilidades de retratamento da rede que levou os meninos até o CIAPS. Dependendo da demanda e das ferramentas disponíveis, serão definidas as possibilidades do serviço em acolher o caso em atendimento (grupo terapêutico, psicoterapia individual, atendimento com psicopedagogia, grupo familiar, acompanhamento terapêutico) e em realizar avaliações.

O Grupo de Espera possibilitou, ainda, uma dinâmica maior de relações, pois ofereceu um espaço intermediário entre o próprio serviço e outros caminhos de atenção. Esse fluxo maior de usuários da rede pelo serviço acabava flexionando o serviço pela rede e desmobilizando parte da tradição centralizadora a que estávamos submetidos.

O Acompanhamento Terapêutico (AT), enquanto prática clínica, era desenvolvido por qualquer profissional da equipe e fazia parte dos encaminhamentos que se propunham. Na lógica do acolhimento, a própria construção do modelo de atenção se fazia nesse caminhar, batendo nas portas dos serviços, conhecendo as possibilidades que o distrito podia abrir para cada sujeito/percurso. Assim, muitas vezes, eram feitas relações com os recursos de lazer e cultura da cidade, espaços lúdicos, escolas de futebol e outros esportes que, em princípio, não estariam relacionados a uma rede de saúde mental.

No caso de o serviço não absorver a demanda do usuário, sendo este encaminhado para algum

outro serviço da rede, o Grupo de Espera também era acionado, para fazer valer o princípio do acolhimento implicado. Nesse caso, quando se visualizava uma possibilidade de encaminhamento, este era feito de modo conjunto entre o profissional, o usuário e o novo serviço, implicando os atores no percurso.

O Grupo de Espera para os pais foi pensado, do mesmo modo, para um entendimento dos percursos cristalizados e para a construção de caminhos. Em muitos casos, seguindo a abordagem psicológica, o grupo era proposto para os pais com questões que estivessem contribuindo para as dificuldades do filho, buscando atinar para os destinos traçados.

Por fim, a especificidade da instituição de saúde mental traz como consequência a necessidade de um manejo da expectativa quanto às clássicas intervenções de contenção. Foi tema sempre presente a demanda por medicalização, com exame, diagnóstico e remédio. Dialogamos com esses pedidos, realizando, se necessário, avaliações e exames. Todavia, o que estava em jogo não era a caracterização descompromissada de um diagnóstico, mas a responsabilização por um caminho não estigmatizado dentro das estratégias da saúde mental.

Construção de rede: itinerários ampliados

Acerca do território de saúde mental na atenção à criança e ao adolescente, Guerra (2005) destaca três especificidades colocadas: a busca por um sujeito, ao invés de uma busca fenomenológica por doença e sintoma; o deslocamento de uma demanda por mestria, em que o saber se direciona para a correção onipresente, para um sentido de inclusão; a colocação dos familiares juntamente em tratamento, bem como a capacidade do próprio sujeito em buscar respostas (corresponsabilidade).

Assim, inventar caminhos ampliados de escuta e intervenção passa, ao mesmo tempo, por uma compreensão dos circuitos fixos da trama e dos itinerários trilhados pelos sujeitos nela incluídos. Ao acompanhar esse passo, buscamos não somente entender o lugar do CIAPS e dos saberes do campo da Saúde Mental na trama, mas também esmorecer os constructos manicomial que persistem e insistem em imprimir sua força. Na nossa rede de intervenção e análise, entre o discurso oriundo de escolas, centros socioeducativos, conselhos tutelares, postos de saúde e o ambulatório do CIAPS, o objeto que a movia era o adolescente-problema.

O itinerário do dito “problema” nos foi visível pelos encaminhamentos feitos ao serviço, a partir

de documentos-referência que atestam o desvio em códigos e sintomas, mas não dizem do caminhante, falando apenas dos circuitos e seus nomes. Diante disso, procuramos dar visibilidade aos fluxos. Num exercício de referência partilhada, diferente de uma contrarreferência, propomos um diálogo com os serviços que nos encaminhavam os adolescentes, problematizando a demanda e propondo uma responsabilização conjunta pelo norte do atendimento – um acolhimento que se dava entre referência e contrarreferência.

Justamente, a questão da clínica ampliada é como buscar um compartilhamento de recursos humanos e técnicos que garanta, ao mesmo tempo, a construção de uma referência de escuta singular. Em outras palavras, como trilhar um rumo singular em meio às rotas burocráticas e excludentes que circunscrevem as relações institucionais?

Partindo do Ambulatório do CIAPS, inserido na região distrital de saúde Partenon/ Lomba do Pinheiro, realizamos este diálogo esquizofrênico e buscamos, enquanto fluxo, parcerias que pudessem concretizar as possibilidades e as potências da clínica ampliada. Nesse sentido, a clínica não se resume em um exercício técnico-terapêutico, mas se faz ao andar em busca de parcerias de acolhimento e intervenção, de arranjos políticos que possam enredar novos circuitos. Esta foi nossa linha de construção: a busca pela rede, o estudo da rede, a procura por outras referências de atendimento, enquanto se podia tensionar a cultura de intervenção junto aos sujeitos chegados ao serviço. Um arranjo, portanto, político e clínico – um acompanhamento que não se restringe ao sujeito, mas aos serviços e redes que se movem a partir dele.

Falamos em mudança de cultura na medida em que historicamente a região é marcada pela referência do HPSP no tratamento da saúde mental, centrada em um modelo de atendimento assistencialista, do saber sobre o paciente. Esse trabalho esteve sustentado, no revés, por um paradigma de Reforma Psiquiátrica, no qual o centro é deslocado do hospital para os meandros da cidade. Essa compreensão encontra no referencial do Acompanhamento Terapêutico uma ferramenta com direção clínico-política, pretendendo abrir caminhos e demover estigmas, num alinhamento direto com o propósito de um novo modelo de atenção em saúde mental.

O AT, assim, consistiu em uma ferramenta-síntese de nosso propósito. No exercício clínico, como já foi dito, a técnica possibilitou avançarmos na construção de projetos terapêuticos singulares. No itinerário de uma construção de rede, o exercício do

AT, segundo Palombini (2007), comunica lugares, mistura os saberes das disciplinas *psi* com o urbano e funda uma trama na cidade. Foi nesse sentido que buscamos entremear os espaços da rede, andar por meio-caminhos, ir para o outro lado e errar os passos. Nossos itinerários buscaram os nós da rede, ao mesmo tempo em que caminhavam para as brechas, para os interstícios, para o inter-referencial da rede de atenção.

O lado de lá – nós que pediam dissolução ou anestesia – constituiu-se principalmente pela Gerência Distrital de Saúde – que reúne os PSFs e as UBSs de gestão municipal do território; pelo Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (NASCA) – referência para Escolas e Serviços de Atendimento Sócio-Educativos (SASE); o Ação Rua – equipe de abordagem e atendimento para crianças e adolescentes em situação de rua; os Conselhos Tutelares; além de pontos menos centrais da rede, como os Abrigos Municipais, Escolas, Creches, SASEs e UBSs isoladamente. A estratégia de inter-relação deu-se pela via de ocupação dos espaços de discussão já existentes e pela invenção de novos trilhos.

Trilhamos, então, uma trama só conhecida pelo sujeito-objeto da nossa rede, o adolescente-problema que chega ao CIAPS e circula nessas instituições: vai de cá para lá entre referências e contrarreferências e finda incluído nos circuitos de exclusão. O passo de nosso trabalho foi incluir-se nesses caminhos para estranhá-los – daí a invenção dos diálogos com os encaminhantes e a criação de espaços para que, por exemplo, a Escola conversasse com o Posto de Saúde, a Equipe de Abordagem de Rua falasse com o Ambulatório ou o Conselho Tutelar encontrasse os SASEs. Nesses circuitos, estava sempre colocado um acolhimento corresponsabilizado do sujeito transeunte e uma reconfiguração dos caminhos da atenção em saúde mental juvenil no território.

Conclusões/aberturas

Foi notável, no decorrer dessa tarefa, que deslocar o hospital do papel de principal referência na atenção é bastante árduo, pois carrega consigo estigmas que ainda são projetados sobre os desviantes. No contrafluxo, pudemos aventurar percursos andarilhos – micropolíticas – que buscam desconstruir esse arranjo de controle, articulando espaços de reflexão com os demais atores que engendram os curtos-circuitos de exclusão desses sujeitos; pudemos também, enquanto dispositivo clínico, escutar e desnaturalizar a demanda dos ditos adolescentes anormais, acompanhando, afinal, um passo que não para de se reinventar.

Talvez essas questões nos ajudem a não perder de vista a dimensão subjetiva do adoecimento mental (Tenório, 2000), dimensão essa, nos dias de hoje, bastante medicalizada e submetida a todo tipo de burocratização. Uma clínica renovada, a partir da Reforma, desloca o processo de tratamento da figura da doença para a pessoa do doente. “Nosso dever é melhorar a posição do sujeito” (Lacan, 2005, p.68). Aposta-se, assim, em uma escuta que não responda diretamente com soluções, que dê ao paciente e à equipe de acolhimento a chance de um tempo de suspensão, que possa criar as condições para que se opere algum deslocamento. Pode-se dizer que esse tempo de suspensão, que introduz um hiato entre demanda e resposta, é a condição para que, eventualmente, compareça o sujeito e se reinventem as trilhas que o levaram até o serviço.

Em suma, buscamos os intervalos, os descompassos, os caminhos do meio ou os meio-caminhos. Desafiados entre uma lógica manicomial e os princípios de Reforma Psiquiátrica, andamos por itinerários não naturais, ensaísticos. Trilhas para a construção de uma rede em saúde mental juvenil que se orientam por hibridismos, por invenções entre circuitos de atenção e de exclusão, entre universidades e diversidades, entre as práticas *psi* e uma rede ampliada; entre, afinal, uma clínica que se faz política e uma política que se faz clínica.

Notas

- ¹ Dados obtidos junto ao CIAPS referentes ao ano de 2007.
² SASE – Serviço prestado pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre em turno inverso ao da aula, associado a ONGs e a instituições religiosas.
³ Hiperatividade, tomada nesse caso a partir do senso comum, antes de qualquer avaliação sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Agradecimentos

À equipe do Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS); aos demais parceiros envolvidos na construção em rede de uma atenção em saúde mental juvenil; ao CNPq pelo incentivo à pesquisa; aos jovens que tornam visíveis os circuitos de exclusão.

Referências

Bandura, A. & Walters, R. (1959). *Adolescent aggression: A study of child-training practices and family interrelationships*. New York: The Ronald Press Company.
 César, M. (1999). Da adolescência em perigo à adolescência perigosa. *Educar em Revista*, 15, 10-18.

Coimbra, C. M. B. & Nascimento, M. L. (2003). Jovens pobres: o mito da periculosidade. In P. C. P. Fraga & J. A. S. Iulianelli (Orgs.), *Jovens em tempo real* (pp. 19-37). Rio de Janeiro: DP&A.
 Costa, A. (2006). Uma experiência de clínica institucional. In A. C. Figueiredo & S. Alberti (Orgs.), *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp.155-165). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
 Cunha, J. P. P. & Cunha, R. E. (2001). Sistema Único de Saúde. In Ministério da Saúde, *Gestão municipal de saúde: textos básicos* (pp. 285-319). Rio de Janeiro: Autor.
 Erikson, E. (1976). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
 Feixa, C. (2004). A construção histórica da juventude. In A. Caccia-Bava, C. P. Feixa, & Y. G. Cangas (Orgs.), *Jovens na América Latina* (pp. 257-321). São Paulo: Escrituras.
 Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
 Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis, RJ: Vozes.
 Guattari, F. & Rolnik, S. (2007). *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis, RJ: Vozes.
 Guerra, A. M. C. (2005). A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. *Psychê*, 15, 139-154.
 Lacan, J. (2005) *O Seminário, Livro 10: a angústia [1962-63]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil* (2ª ed.). Brasília: Autor.
 Neto, A. N. (1998). *Outr’em-mim – ensaios, crônicas, entrevistas*. São Paulo: Plexus.
 Palombini, A. (2007). Psicanálise a céu aberto. In Comissão de Aperiódicos da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (Org.), *Psicose: aberturas da clínica* (pp. 156-175). Porto Alegre: Libretos.
 Pelbart, P. P. (2007). *Vida capital – ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras.
 Portaria n. 336/GM. (2002, 19 de fevereiro). Acesso em 15 de outubro, 2009, em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>
 Rolnik, S. (1997). Toxicômanos de identidade – subjetividade em tempo de globalização. In D. Lins (Org.), *Cultura e Subjetividade: saberes nômades* (pp.19-24). Campinas, SP: Papirus.
 Scisleski, A. C. C. (2006). *Entre se quiser, saia se puder: os percursos dos jovens pelas redes sociais e a internação psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
 Silva, R. N. (2005). *A invenção da psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
 Tenório, F. (2000). Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. *Cadernos IPUB*, 17(1), 79-91.
 Wadi, M. Y. (2002). *Palácio para guardar loucos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Recebido em: 16/10/2009

Revisão em: 27/06/2010

Aceite em: 31/03/2012

Mateus Freitas Cunda é Psicólogo, fez residência em saúde mental coletiva pela Escola de Saúde Pública, doutorando do Programa de Psicologia Social e Institucional pela UFRGS, técnico social no CREAS Sul/Centro-Sul de Porto Alegre. Endereço: Rua São Vicente, 513/303. Santa Cecília. Porto Alegre/RS, Brasil. CEP 90630-180.
E-mail: mateuscunda@yahoo.com

Carlos Augusto Piccinini é Psicólogo, mestre em Psicologia Social e Institucional, UFRGS.
E-mail: piccguto@yahoo.com.br

Máira Ainhoren Meimes é Psicóloga, mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia, UFRGS.
E-mail: maira.meimes@gmail.com

Pedro Craidy Nerva é Psicólogo, mestre em Psicologia Social e Institucional, UFRGS.
E-mail: pedrolunaris@gmail.com

Carolina Hetz Martins é Psicóloga, Pós-graduada em Psicologia Clínica pela PUC-RJ, membro do Campo Lacaniano do Rio de Janeiro.
E-mail: carolinahmartins@hotmail.com

Denise Santos Machry é Psicóloga, Residente do Grupo Hospitalar Conceição - ênfase Saúde da Família e Comunidade.
E-mail: denise.giz.machry@gmail.com

Marianne Stolzmann Mendes Ribeiro foi psicóloga do CIAPS de 1999 a 2009, professora e supervisora da Residência Integrada em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública/RS. Psicanalista; analista-membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA); membro do Instituto APPOA; mestre em Psicologia Clínica/PUCRS; professora da Universidade Feevale e coordenadora da Clínica-escola.
E-mail: nanne@cpovo.net

Como citar:

Cunda, M. F., Piccinini, C. A., Meimes, M. A., Nerva, P. C., Martins, C. H., Machry, D. S., & Mendes Ribeiro, M. S. (2013). Ensaio de uma rede ampliada entre os circuitos de exclusão dos adolescentes. *Psicologia & Sociedade*, 25(n. spe. 2), 46-54.