

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

KATIA DANIELA MURARA

Adolescência e Redução de Danos: uma lógica de cuidado possível?

Maringá
2022

KATIA DANIELA MURARA

Adolescência e Redução de Danos: uma lógica de cuidado possível?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Orientadora: Profa. Dra. Ednéia José Martins Zaniani.

Maringá
2022

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

M972a

Murara, Katia Daniela

Adolescência e redução de danos : uma lógica de cuidado possível? / Katia Daniela Murara. -- Maringá, PR, 2022.
217 f.tabs.

Orientadora: Profa. Dra. Ednéia José Martins Zaniani.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2022.

1. Higiene mental - Adolescência. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Redução de Danos - Saúde Mental - Adolescência. 4. Psicologia Sócio-Histórica. I. Zaniani, Ednéia José Martins, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

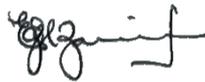
CDD 23.ed. 155.5

KATIA DANIELA MURARA

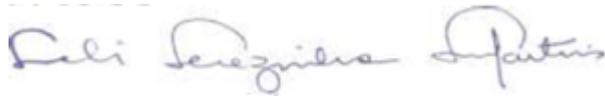
Adolescência e redução de danos: uma lógica de cuidado possível?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

COMISSÃO JULGADORA



Profa. Dra. Ednéia José Martins Zaniani
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)



Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferrero Martin
UNESP/ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Botucatu



Prof. Dr. Daniele de Andrade Ferrazza
PPI/Universidade Estadual de Maringá

Aprovada em: 30 de março de 2022.
Defesa realizada por vídeo conferência.

Para meu avô Irio Murara, que sempre me dizia: “estuda ‘fia’ que o estudo é a única coisa que nunca ninguém tira da gente na vida”. Para ele essa pesquisa e todo o meu amor, sempre!

AGRADECIMENTOS

O mestrado talvez tenha sido o processo mais sofrido e solitário de toda a minha trajetória educacional, mas durante esse trajeto tiveram algumas pessoas que foram minha base nesse caminho.

Primeiro ao meu companheiro, Adriano Hilario, que me ofereceu suporte de todas as formas possíveis, desde o aspecto financeiro ao apoio nos momentos de choro e desespero. Você foi um dos meus maiores incentivos, obrigada pela companhia durante todas as horas de leitura e de escrita.

Em segundo, gostaria de agradecer toda a minha família, meus pais Dina e Adilson, minhas irmãs Kelli, Keila e Kamila, minha madrastra Suemar, meu padrasto Osvaldinei, minhas avós Verci e Nelsa, que me acolheram quando eu precisava de respiro e durante todo o caminho respeitaram todas as minhas decisões. Em especial, à minha sobrinha Isadora, uma das maiores expressões do amor em minha vida!

Agradeço também, a minha amiga Jaqueline Natalia de Almeida, que foi amparo e apoio, me incentivou e acreditou em mim desde o começo, antes mesmo de ser aprovada na seleção. Ela não deixou de acreditar que conseguiria chegar até aqui em nenhum minuto, obrigada por dividir a vida comigo!

Agradeço aos meus amigos (são muitos aqui para citar), mas pelos grupos “só diretoria” e “arquivo confidencial” saberão de quem estou falando, vocês foram a alegria do processo, os momentos em que achei que não conseguiria com descontração vocês me voltaram no lugar e seguraram minha mão.

Não poderia deixar de agradecer às minhas companheiras do programa Thamilly, Camila, Paula e Raíssa, vocês foram essenciais para lidarmos juntas com as angústias e oferecermos o ombro e a mão quando uma de nós pensávamos em desistir pelo caminho. Obrigada, obrigada, obrigada!

Aos meus professores, em especial a todos do departamento de psicologia da UEM, vocês tiveram papel essencial no que sou hoje, costumo brincar que se pudesse guardaria vocês em uma caixinha. Mesmo com todas as adversidades (retrocessos, condições de trabalho, etc.) vocês oferecem uma educação do mais alto nível e, realmente, transformam o mundo por meio do ensino. Obrigada por serem minhas referências! Vocês têm um pedaço do meu coração! Gostaria de agradecer de modo especial ao professor Paulo José da Costa e à professora Nancy Benedita Berruezo Bergami, meus maiores exemplos de humanidade dentro da educação, vocês são incríveis!

Agradeço às professoras da banca Sueli Terezinha Ferreiro Martins e Daniele de Andrade Ferrazza, obrigada por aceitarem de prontidão o convite e partilhar desse momento com contribuições tão ricas. Foi uma honra tê-los comigo!

Gostaria de agradecer também à professora Lorena Maria da Silva, por ter aberto espaço em sua aula para a realização do estágio de docência, o acolhimento, a atenção, o cuidado e o carinho despendidos tornaram essa experiência uma das mais ricas e satisfatórias de todo o percurso.

Agradeço à professora Ednéia José Martins Zaniani, a quem conheço desde a graduação e que junto da professora Renata Heller, me apresentou as Políticas Públicas. Obrigada por orientar a pesquisa, obrigada pelo cuidado, atenção e acolhimento nas horas difíceis. Juntas chegamos até aqui.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR e ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) *Pastora Cenita Pinto Vargas*, por viabilizarem o acesso às informações necessárias para a realização desta pesquisa.

E por fim, à CAPES por durante parte do caminho ter financiado a pesquisa, talvez sem isso não teria conseguido chegar até aqui.

*Desconfiai do mais trivial,
na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente:
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
(Brecht, 1982/2016).*

MURARA, K. D. (2022). *Adolescência e Redução de Danos: uma lógica de cuidado possível?* 2022. 217f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, PR.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo refletir sobre a lógica de cuidado em saúde mental voltada aos adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e o lugar da Redução de Danos (RD) nesse cuidado. Tal cuidado nem sempre foi responsabilidade da política de saúde e, ao longo da história, ficou a cargo de instituições assistenciais e beneficentes. Políticas Públicas de saúde/saúde mental voltadas à infância e adolescência no Brasil passaram a ser mais reivindicadas a partir da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e, especialmente, das mudanças decorrentes do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e da lógica da Atenção Psicossocial que dele decorre. Mas, o cenário atual vem sendo marcado por inúmeros retrocessos, atravessamentos políticos, econômicos, sociais e ideológicos que distanciam o cuidado psicossocial e garantem o fortalecimento das práticas manicomial. Acreditamos que as concepções e as práticas de cuidado em saúde mental foram histórica, social e culturalmente construídas. Na busca da compreensão do fenômeno estudado, realizamos essa pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e documental. Como procedimento metodológico, recorreremos à análise documental de fichas de acolhimento e de prontuários de usuários do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) do município de Maringá-PR, além de um estudo de caso como exercício de síntese reflexiva que buscou responder se a RD é uma lógica de cuidados possível na adolescência. Os dados foram analisados ancorados na visão de homem e de mundo da Psicologia Sócio-Histórica, bem como nas contribuições de autores da saúde coletiva, da luta antimanicomial e críticos ao paradigma psiquiátrico. Apresentamos dados gerais do perfil dos adolescentes do CAPSi e do atendimento ofertado, assim como analisamos as ações da rede de saúde descritas no prontuário do caso estudado. Observamos que nem sempre os prontuários trazem informações atualizadas ou registros detalhados do cuidado ofertado pela rede de saúde, limitando com isso nosso processo de análise. As informações disponíveis apontam que o uso considerado problemático é registrado com maior frequência no prontuário de meninos pertencentes a famílias de baixa renda, chefiadas por mulheres, e que a *cannabis* e o álcool são as substâncias mais mencionadas. Os serviços mais acessados são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o CAPSi, o Hospital Municipal de Maringá/Emergência Psiquiátrica (HMM-EP) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Ademais, o estudo de caso nos permitiu compreender que as (im)possibilidades da RD na adolescência perpassam o cuidado integral, em liberdade, com foco no sujeito. Um cuidado que precisa se fazer continuado e compartilhado com toda uma rede intra e intersetorial, privilegiando o vínculo e tendo como horizonte a produção de vida, de saúde e de emancipação. Concluímos que a RD como ética de cuidado pode sim contribuir com a construção de novos projetos de vida e desenvolvimento, comprometendo-se não com o extermínio das drogas, de seu uso ou abuso, mas mediando acessos e buscando coletivamente transformações nos modos de viver e sentir a existência-sofrimento e tudo aquilo que, também na adolescência, o alimenta.

Palavras-chave: Adolescência. Redução de Danos. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Psicologia Sócio-Histórica.

MURARA, K. D. (2022). *Adolescence and Harm Reduction: a possible care logic?* 2022. 217f. Dissertation (Masters in Psychology), Psychology's Postgraduate Program, State University of Maringá, PR.

ABSTRACT

This research aims to reflect on the logic of mental health care aimed at adolescents who abuse alcohol and other drugs and the place of Harm Reduction (HR) in this care. Such care was not health policy's responsibility and, throughout history, aid and charitable institutions have been in charge of it. Public/mental health policies aimed at childhood and adolescence in Brazil became more demanded after the creation of the Child and Adolescent Statute and, especially, the changes resulting from the Brazilian Psychiatric Reform Movement and from the Psychosocial Care logic that derives from it. However, the current scenario has been marked by numerous setbacks, political, economic, social and ideological crossings that distance psychosocial care and ensure the strengthening of asylum practices. We believe that the concepts and practices of mental health care were historically, socially and culturally constructed, and in the search for understanding the phenomenon studied, we carried out this qualitative research, of an exploratory and documentary nature. As a methodological procedure, we resorted to document analysis of refuge forms and medical records of Psychosocial Care Center for Children and Adolescents in the city of Maringá-PR, in addition to a case study as an exercise in reflective synthesis that sought to answer whether HR is a possible care logic in adolescence. The data were analyzed anchored in Socio-Historical Psychology's vision on mankind and on the world, as well as the contributions of authors in collective health, the anti-asylum struggle and critics of the psychiatric paradigm. We present general data on the profile of adolescents at the Psychosocial Care Center for Children and Adolescents and on the care offered, and we also analyze the actions of the health network described in the medical record of the case studied. We observed that the medical records do not always bring up-to-date information or detailed records of the care offered by the health network, thus limiting our analysis process. The available information indicates that the use rate is higher among boys who come from low-income families, headed by women, and that cannabis and alcohol are the most mentioned substances. The most accessed services are the Basic Health Units (UBS), Psychosocial Care Center for Children and Adolescents (CAPSi), the Municipal Hospital of Maringá/ Psychiatric Emergency (HMM-EP) and the Emergency Care Units (UPA). Furthermore, the case study allowed us to understand that the (im)possibilities of HR in adolescence permeate comprehensive care in freedom, focusing on the subject. A care that needs to be continued and shared with an entire intra and intersectoral network, privileging the bond and having as a horizon the production of life, health and emancipation. We conclude that HR as an ethic of care can contribute to the construction of new life and development projects, not committing to the extermination of drugs, their use or abuse, but mediating and collectively seeking transformations in the ways of living and feeling existence-suffering and everything that, even in adolescence, nurtures it.

Keywords: Adolescence. Harm Reduction. Mental Health. Psychiatric Reform. Socio-Historical Psychology.

LISTA DE SIGLAS

ABRASME – Associação Brasileira de Saúde Mental;
ACS – Agente Comunitário de Saúde;
AD – Álcool e Drogas;
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
BPC – Benefício de Prestação Continuada;
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial;
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil;
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas;
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas;
CECAPS – Centro de Capacitação e Pesquisas em Políticas Sociais;
CFP – Conselho Federal de Psicologia;
CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde;
CIEE – Centro de Integração Empresa-Escola;
CISAM – Centro Integrado de Saúde Mental;
CISAMUSEP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense;
CIT – Comissão Intergestores Tripartite;
CNS – Conselho Nacional de Saúde;
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental;
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social;
CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social;
CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas;
COVID-19 – Corona Vírus Disease (doença do coronavírus);
CT – Comunidade Terapêutica;
DEED – Diretoria de Estatísticas Educacionais;
DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais;
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente;
EJA – Educação de Jovens e Adultos;
EP – Emergência Psiquiátrica;
ESF – Estratégia de Saúde da Família;
EUA – Estados Unidos da América;
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis;
HIV/AIDS – Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome;
HMM – Hospital Municipal de Maringá Dra. Thelma Villanova Kasprovicz;
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano;
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira;
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada;
IR – Intervenção Rápida;
LSA - Amida de Ácido D-lisérgico, Ergina, e LA-111 (droga genérica ao LSD);
MEC – Ministério da Educação;
MLA – Movimento da Luta Antimanicomial;
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental;
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família;
NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica;
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial;
OMS – Organização Mundial da Saúde;

ONU – Organização das Nações Unidas;
PIB – Produto Interno Bruto per capita;
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios;
PNAD-C – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua;
PR – Paraná;
PSF – Programa Saúde da Família;
PTS – Projeto Terapêutico Singular;
RAS – Rede de Atenção à Saúde;
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial;
RD – Redução de Danos;
RUE – Rede de Urgência e Emergência;
SAD – Serviço de Atenção Domiciliar;
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;
SMS – Secretaria Municipal de Saúde;
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade;
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação;
SASC – Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania;
SISNAD – Sistema Nacional de Política Sobre Drogas;
SUS – Sistema Único de Saúde;
TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade;
TO – Terapia Ocupacional;
UBS – Unidade Básica de Saúde;
UEM – Universidade Estadual de Maringá;
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância;
UPA – Unidade de Pronto Atendimento;
URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas;
UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
SEÇÃO I- ADOLESCÊNCIA: DAS CONCEPÇÕES BIOLOGICISTAS HEGEMÔNICAS À PERSPECTIVA SÓCIO-HISTÓRICA	25
1.1 Concepções biologicistas e hegemônicas de adolescência	25
1.2 A concepção sócio-histórica de adolescência	31
SEÇÃO II - LÓGICA PSIQUIÁTRICA X LÓGICA PSICOSSOCIAL: TENSÕES NA BUSCA POR UM NOVO PARADIGMA DE CUIDADO.....	54
2.1 Considerações sobre a constituição do paradigma psiquiátrico.....	54
2.2 Experiências de reformas psiquiátricas e a luta por uma nova psiquiatria.....	60
2.3 A Reforma Psiquiátrica brasileira e a busca pela constituição do paradigma da Atenção Psicossocial.....	71
SEÇÃO III – USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: A REDUÇÃO DE DANOS ENQUANTO POSSIBILIDADE DE CUIDADO	92
3.1 Historicidade do uso abusivo de álcool e outras drogas: recortes históricos para a compreensão da construção de políticas de cuidado em saúde mental	92
3.2 Redução de Danos – RD e a Atenção Psicossocial: o cuidado de adolescentes usuários de álcool e outras drogas	103
SEÇÃO IV - METODOLOGIA	118
4.1 Do caminho percorrido	118
4.2 Caracterização do campo de estudo: a rede de saúde e o CAPSi de Maringá-PR	126
4.3 Das dificuldades encontradas durante a pesquisa de campo.....	131
SEÇÃO V – RESULTADOS	134
5.1 Breve perfil dos adolescentes usuários de álcool e outras drogas atendidos pelo CAPSi	134
5.2 Entre as ações pleiteadas e o cuidado real: o que revelam os documentos dos usuários do CAPSi?	139
5.3 O menino Pedro e seu percurso na rede de saúde: uma história de cuidados?	143
5.3.1 <i>A história de Pedro registrada na ficha de acolhimento...</i>	143
5.3.2 <i>O percurso de Pedro e sua família na busca por cuidados em saúde mental .</i>	145
5.3.3 <i>Entre pílulas e diagnósticos: Pedro, a psiquiatrização do seu comportamento e a medicalização da sua vida</i>	168
5.3.4 <i>Os Afetos Silenciados</i>	177
5.3.5 <i>As (im)possibilidades da RD na adolescência</i>	184

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	198
REFERÊNCIAS	202
ANEXOS	215

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objetivo refletir sobre a lógica de cuidado em saúde mental voltada aos adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como o lugar da Redução de Danos (RD) nesse cuidado.

Segundo a Associação Internacional de Redução de Danos (2010, n.p), a RD trata-se de “um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos biológicos, psicológicos, sociais, familiares e econômicos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas”, sejam elas lícitas ou ilícitas. O foco da RD é a prevenção dos danos e não a prevenção ou coerção do uso, de modo que, somando-se a outras ações, serviços e instituições, contribui para que esse sujeito se mantenha seguro e saudável. Nesses termos, compartilhamos da concepção de que a RD, para além de uma estratégia, é uma ética de cuidado que comporta uma multiplicidade de sentidos e se distingue das abordagens moralizantes-criminais ou patológicas (Silva Surjus *et al.*, 2021).

Gostaria de aqui relatar brevemente como se desenvolveu o meu interesse pelo tema. A primeira vez que tive contato com o tema da RD foi no primeiro ano da graduação, quando uma mestranda cumpriu seu estágio docência abordando o tema na disciplina de Psicologia Geral. Ali meu interesse despertava. Após a graduação – na Residência de Saúde Mental – pude sair dos livros, dos artigos, das teses, dos relatos de experiências e vivenciar na prática dentro de um serviço de saúde o cuidado pautado na RD, uma vivência rica e gratificante, apesar de muitas vezes esbarrar em práticas proibicionistas que estavam e estão presentes em vários contextos e serviços. Entre todos os cenários pelos quais passei, destaco como essenciais no desenvolvimento do meu interesse pela temática o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) da cidade de Apucarana-PR.

As políticas públicas voltadas às crianças e adolescentes ganharam destaque principalmente após a instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que adota a doutrina de Proteção Integral estabelecendo que a criança e o adolescente¹ gozam de todos os direitos inerentes à pessoa humana, sendo-lhes garantido condições que favoreçam o desenvolvimento físico, psicológico, moral, social e espiritual. Para essa

¹ Vale ressaltar que o ECA estabelece que adolescente é a pessoa com idade entre 12 anos completos e 18 anos incompletos (Lei n. 8.069/1990). Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) circunscreve a adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) (OMS, 2007). Nessa pesquisa optamos por utilizar a faixa etária estabelecida pela OMS por essa ser a referência para organização dos serviços de saúde.

doutrina, eles devem receber assistência e proteção em qualquer circunstância, sendo-lhes garantido o direito à vida, à saúde, ao lazer, à assistência, à convivência familiar e comunitária, à educação, etc. Além disso, o ECA estabelece que o público infantojuvenil deve ter preferência na elaboração e execução de políticas públicas, assim como na destinação dos recursos públicos para ações, políticas e setores que se responsabilizem pela sua proteção (Lei n. 8.069/1990).

Sobre a política pública de saúde no Brasil, Couto e Delgado (2015) lembram que apenas no século XXI com a reestruturação da política de saúde mental se desenvolveram propostas concretas para a construção de ações voltadas às crianças e adolescentes. Antes do início dos anos 2000, não existia uma política nacional que orientasse o cuidado em saúde mental voltado a esse público, prevalecendo as ações historicamente ligadas à assistência social e à educação.

A reforma da atenção à saúde teve início na década de 1970, período no qual foi imprescindível o envolvimento de movimentos sociais na luta pela redemocratização – defendendo que a saúde não dizia respeito somente às intervenções médicas (ou de cunho biológico), mas também envolvia questões sociais e políticas, por isso deveria estar presente no espaço público. O movimento social em prol de um sistema público cresceu e em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional da Saúde que aprovou a saúde como direito de todos e instituiu os fundamentos do SUS (Paim *et al.*, 2011).

Destacamos nesse processo a importância do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que foi o primeiro sujeito coletivo a lutar em prol da reforma psiquiátrica brasileira. Esse movimento foi responsável por várias comissões em todo o território nacional, assim como organizou, em 1979, o I Congresso de Saúde Mental em São Paulo (Amarante & Nunes, 2018).

Após a 8ª Conferência, foram convocadas conferências específicas como a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987; e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental na cidade de Bauru, que reforçaram a luta ‘por uma sociedade sem manicômios’, constituindo a partir de então, o Movimento da Luta Antimanicomial (Couto & Delgado, 2015; Amarante & Nunes, 2018). Em relação à atenção ao público infantojuvenil, destacamos a realização dos Fóruns Nacionais de Saúde Mental Infantojuvenil, que mantiveram reuniões anuais de 2005 a 2012².

² Mais detalhes sobre os movimentos sociais e sua importância na construção da política de saúde mental no Brasil serão melhor abordados no item 2.4 deste trabalho.

Além do mais, lembramos que em 2001 foi aprovada a 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”. No ano seguinte, em 19 de fevereiro foi aprovada a Portaria 336/2002, estabelecendo as diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): CAPS I, CAPS II e CAPS III destinados a adultos, o CAPS infantojuvenil (CAPSi) destinado a crianças e adolescentes e o CAPSad, voltado ao uso de Álcool e Drogas.

O CAPSi, no contexto maior das transformações decorrentes da Reforma Psiquiátrica brasileira e da construção da lógica da Atenção Psicossocial, foi considerado a ação mais concreta do Estado que alocou na rede pública de saúde o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e persistente, impossibilitados ou afetados de alguma forma em sua condição de manter ou estabelecer laços sociais e projetos de vida. À época, o CAPSi nascia com a função de se estabelecer como (re)ordenador da demanda em saúde mental infantojuvenil no seu território de abrangência e se consolidar como um dispositivo estratégico que viabilizaria o processo da reforma psiquiátrica avançar.

No Brasil, a população infantojuvenil ainda é considerável. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a previsão é que a população brasileira com idade entre 0 a 19 anos corresponda a um total de 62.923.165 indivíduos. Dados mais recentes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) realizada em 2019, apontam que o percentual de indivíduos com idade entre 5-17 anos e 18-24 anos representa respectivamente um total de 18% e 10,8% da população brasileira.

Já os dados relacionados ao consumo de substâncias psicoativas pelo público infantojuvenil da última pesquisa de saúde escolar realizada pelo IBGE (2015), estimam o aumento do uso de álcool e outras drogas entre os estudantes do 5º ao 9º ano do ensino fundamental, e alegam que o percentual de adolescentes que já experimentaram bebidas alcoólicas subiu de 50,3% em 2012, para 55,5% em 2015. A taxa dos que já usaram drogas ilícitas aumentou de 7,3% para 9% no mesmo período, sendo que 4,2% relataram uso regular de substâncias psicoativas.

É claro que não falamos de um fenômeno novo. O uso de substâncias psicoativas sempre esteve presente na história da humanidade, mas somente no século XX passou a ser controlado pelo Estado quando o consumo deixou de estar restrito às classes altas da sociedade e se espalhou pelas camadas mais pobres. Assim, estudos observam que desde seu início a política sobre drogas esteve marcada por lógicas morais, naturalizantes e

estigmatizantes, e em especial, a política brasileira foi (e ainda é) influenciada pela lógica proibicionista oriunda dos Estados Unidos da América (EUA) (Porto & Passos, 2016; Gomes, 2017).

Na lógica proibicionista, o modelo de política e de intervenção condiz com a estratégia de ‘guerra às drogas’ na qual são priorizadas ações que visam a redução da oferta em detrimento das ações de prevenção de uso, o que acarreta o aumento do encarceramento e da patologização dos indivíduos. Nesse modelo, as ações corroboram com a criminalização dos usuários, com a individualização e a culpabilização, com a normatização e a estigmatização dos sujeitos. As ações são médico-centradas, promovem o isolamento e agem em conjunto com todo o aparato policial e judicial (Machado & Boarini, 2013).

Ao contrário do proibicionismo, a lógica da Atenção Psicossocial que decorre das contribuições da Reforma Psiquiátrica, prevê que as políticas públicas de cuidado dos sujeitos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas – inclusive crianças e adolescentes – sejam orientadas por um outro modo de cuidar em saúde/saúde mental.

A Atenção Psicossocial pode ser definida como um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas que constituem um novo paradigma que sustenta e reorienta o cuidado em saúde mental, e que está apto a substituir o paradigma manicomial. Assim, a Atenção Psicossocial não pode ser resumida à rede de serviços que a compõe ou à mudança no modo de prestar o cuidado, mas precisa ser compreendida como um processo de transição paradigmática (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003).

Com o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a ordenação do cuidado passou a ser organizada conforme os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em que são previstas ações que envolvam a equipe multidisciplinar e a rede intersetorial como um todo, que utilize especialmente as estratégias de RD, favorecendo o desenvolvimento da autonomia, o exercício da cidadania, a garantia de direitos, a escuta, o acolhimento das demandas dos sujeitos, o livre trânsito pelos serviços e do território, entre outros aspectos que requerem a participação de vários atores sociais e ações diversificadas.

Como já salientamos, a RD precisa ser compreendida como uma ética de cuidado (Silva Surjus *et al.*, 2021). Ela envolve um conjunto de práticas que visam reduzir os danos biológicos, psicológicos, sociais e familiares em sujeitos que não querem (ou não podem) parar de fazer uso de substâncias psicoativas. A prerrogativa é a prevenção de danos e o aumento da potência de vida, e não a coerção, a normatização e a abstinência.

Vale destacar que nem todo uso é prejudicial ao desenvolvimento humano e à realização de atividades cotidianas, por isso sua compreensão não deve ser desvinculada das condições concretas de vida do sujeito e das funções que cumpre na dinâmica de lidar com as adversidades da vida, seja para obter sensações prazerosas, de pertencimento e de inserção social ou de aliviar a fome, o frio, a dor e as violências sofridas (Associação Internacional de Redução de Danos, 2010; Joia, Oliveira & Vicentin, 2016).

Apesar dos avanços conquistados com a instituição da RAPS, ainda existem muitas dificuldades na implementação do cuidado psicossocial em saúde mental de crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Tais dificuldades estão relacionadas, em parte, à própria lacuna histórica das políticas públicas voltadas a esse público, já que o cuidado historicamente ficou a cargo de instituições vinculadas à justiça, à segurança pública, a associações religiosas, filantrópicas, educativas etc. (Ministério da Saúde, 2005a). Logo, as políticas direcionadas ao público infantojuvenil surgiram tardiamente até mesmo dentro do movimento maior da Reforma Psiquiátrica, e sua elaboração foi sendo realizada com base em dados da população adulta. Por isso, nem sempre atenderam às necessidades e especificidades infantojuvenis.

De acordo com dados abertos divulgados pelo Ministério da Saúde em seu site oficial, em 2016 havia somente 209 CAPSi habilitados em todo o território nacional. Em 2017, constam dados de todas as modalidades de CAPS, exceto a respeito dos CAPSi, e nos dados divulgados com o nome e endereço de todos os CAPS do Brasil constam apenas 135 CAPSi em território nacional. Desde 2017 não foram divulgadas novas listas de estabelecimentos ou novas habilitações.

Em que pese as estatísticas oficiais divulgarem o aumento no uso de álcool e outras drogas, as políticas públicas de saúde mental vêm sofrendo inúmeros retrocessos em sua implementação. Em 2011, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) alterou as normas de funcionamento das Comunidades Terapêuticas, facilitando o acesso dessas instituições ao financiamento público e retirando a obrigatoriedade de que tivessem em seus quadros equipes multiprofissionais. Com a ascensão da bancada religiosa no Congresso Nacional, foi lançado o Programa “Crack é Possível Vencer”, reconhecendo as Comunidades Terapêuticas como espaços privilegiados de cuidado de usuários de álcool e outras drogas.

Em 2015 foi criada a frente parlamentar de defesa das Comunidades Terapêuticas, favorecendo a comunicação com o Ministério da Justiça e levando ao seu reconhecimento pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas-CONAD dentro do Sistema Nacional

de Políticas Públicas sobre Drogas. Em 2017, foi aprovada a Resolução nº 32 pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que resgatou o modelo manicomial, reinserindo o Hospital Psiquiátrico na rede, aumentando o financiamento para a manutenção de seus leitos e ampliando os recursos para as Comunidades Terapêuticas, incluindo-as na RAPS.

No fim de 2017 também foi publicada a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro, que retirou os CAPS como serviço de porta de entrada do SUS, modificou o financiamento e passou a incluir o hospital psiquiátrico como um dos serviços da RAPS. Além disso, estabeleceu o funcionamento do CAPSad-IV e instituiu a equipe multiprofissional de atenção especializada em saúde mental. Também estabeleceu que a atenção seria organizada pela atenção básica, responsável por realizar a estratificação de risco para determinar quais casos seriam referenciados. De acordo com nosso entendimento, a o CAPSad-IV possui uma lógica médico-centrada que direciona a assistência para atendimentos padronizados por categoria profissional. Quanto ao financiamento, a normativa retira a diferenciação de financiamento de acordo com o número de leitos existentes no hospital psiquiátrico (Portaria nº 3.588/2017). Já a Portaria nº 2.434 de 2018, estabelece o reajuste em até 60% dos valores repassados para pacientes internados por mais de 90 dias ou que são reinternados em intervalo menor de 30 dias. As portarias aqui citadas evidenciam os estímulos às longas internações e, conseqüentemente, desfavorecem a reinserção do sujeito em seu território.

O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (2018), em publicação oficial que contrapôs a Portaria nº 3.588, afirmando que as atuais políticas têm favorecido o encarceramento sob o nome de ‘cuidado’. O documento aponta que em abril de 2018 o governo federal abriu um edital para 7 mil leitos em Comunidades Terapêuticas, totalizando R\$87 milhões, envolvendo uma iniciativa interministerial entre os ministérios da Justiça, da Saúde, do Trabalho e do Desenvolvimento Social. Em contrapartida, desde 2011 não há aumento no valor do recurso repassado aos CAPS.

Em 2018, o CONAD aprovou a resolução que reorienta a política de drogas no sentido do favorecimento da abstinência e das Comunidades Terapêuticas que ganharam força a partir do decreto 9.761/2019. Já em 2019, a Nota Técnica nº 11/2019 intitulada de “Nova Saúde Mental”, publicada pela coordenação-geral de saúde mental, álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, retomou o aumento de leitos, o investimento em hospitais psiquiátricos, a compra de aparelhos para eletroconvulsoterapia e abriu ainda mais o caminho para o retorno da lógica manicomial e de todos os seus aparatos desumanos,

ferindo, mais uma vez, a máxima da luta antimanicomial que nos ensinava que: “A liberdade é terapêutica”.

Nesse ano de 2019, o Ministério da Cidadania ampliou o número de vagas custeadas com recursos públicos nas Comunidades Terapêuticas de 6,6 mil para 10,8 mil, totalizando um montante de recursos de R\$153 milhões. Ainda em 2019, foi aprovada a Lei nº 13.840, que altera a lei de drogas nº 11.343 de 2006, e permite a internação involuntária de usuários de álcool e outras drogas sem que seja necessário a autorização judicial, fortalecendo o modelo de abstinência e das Comunidades Terapêuticas em detrimento da Política de Redução de Danos e do trabalho desenvolvido nos CAPS. A nova lei prevê que a internação pode ser solicitada por familiar, responsável legal, servidores da saúde ou da assistência social e outros órgãos que integrem o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), sendo, por fim, formalizada por decisão médica. Vale ressaltar que a internação também pode ser solicitada por escrito pelo próprio usuário, por meio do preenchimento de um termo. (Decreto nº 9.761/2019).

Com as informações acima queremos salientar que é nítida a valorização de uma política mercantilista em detrimento da construção de uma saúde pública e coletiva. Testemunhamos nos últimos anos a volta da valorização de instituições fechadas que se mostraram historicamente inadequadas e insuficientes, que com perspectivas médico-centradas, isolam para tratar e promovem estigmas e segregação (Conselho Federal de Psicologia - CFP, 2017).

Nesse sentido, reafirmamos quão importante é o desenvolvimento de estudos que levem em consideração a análise crítica dessa realidade, incluindo sua perspectiva histórica, social, política, econômica e as condições que são oferecidas aos diversos sujeitos de se humanizarem, de se produzirem como sujeitos ativos e de terem acesso ao que já foi produzido pela humanidade, visto que todos esses aspectos refletem também nas práticas de cuidado ofertadas.

Cabe registrar também que ainda são poucas as pesquisas que discutem adolescência na interface uso de drogas-redução de danos, especialmente que tenham a Psicologia Sócio-Histórica como referencial. Assim, apresentaremos a seguir uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e que teve como procedimento metodológico a análise documental de prontuários, de fichas de acolhimento e a realização de um estudo de caso.

Os dados foram analisados ancorados em estudos pautados na visão de homem e de mundo da Psicologia Sócio-Histórica, bem como nas contribuições de autores da saúde

coletiva, da luta antimanicomial e críticos ao paradigma psiquiátrico. Alguns desses estudos alimentaram e expressam o ideário socializador de parte do movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A visão materialista histórico-dialética é oposta ao que é difundido pela visão liberal, pois considera o homem enquanto um ser histórico, cujas características são constituídas nas e pelas relações sociais, pela via da atividade humana e a partir da organização da vida material. A relação indivíduo-sociedade é dialética e ao mesmo tempo em que o homem modifica a realidade objetiva, transforma e desenvolve seu psiquismo e tudo o mais que nele tem de humano.

Organizamos o texto com uma primeira seção, na qual localizamos a adolescência como um fenômeno constituído histórico, social e culturalmente. Com o objetivo de facilitar a compreensão do leitor, essa primeira seção denominada “Adolescência: das concepções biologicistas hegemônicas à perspectiva sócio-histórica” foi subdividida da seguinte forma: 1.1 Concepções tradicionais e hegemônicas de adolescência e 1.2 A concepção sócio-histórica de adolescência.

Na segunda seção intitulada: “Lógica Psiquiátrica x Lógica Psicossocial: um novo paradigma de cuidado”, são discutidas as diferenças entre a lógica manicomial e a lógica psicossocial. Para compreendê-las são resgatados significados e diferentes concepções da loucura, do louco, das instituições e do cuidado. Discutimos as concepções de cuidado em saúde mental para além da proposta de alteração da assistência, destacando aspectos éticos, teórico-conceituais, jurídicos e socioculturais que levam à mudança de paradigma quanto à visão do sujeito em sofrimento e do cuidado integral que precisa ser ofertado. A seção foi subdividida do seguinte modo: 2.1 Considerações sobre a constituição do Paradigma Psiquiátrico; 2.2 Experiências de Reformas Psiquiátricas e a luta contra por uma nova psiquiatria; 2.3 A Reforma Psiquiátrica brasileira e a busca pela constituição do paradigma da Atenção Psicossocial.

Na terceira seção intitulada: “Uso Abusivo de Álcool e outras Drogas: a Redução de Danos enquanto possibilidade de cuidado”, buscamos refletir sobre a historicidade do uso de álcool e outras drogas, assim como sobre conceitos e ações de cuidado que envolvam a RD e o cuidado voltado aos adolescentes. A seção foi subdividida em: 3.1 Historicidade do uso abusivo de álcool e outras drogas: recortes históricos para a compreensão da construção de políticas de cuidado em saúde mental; 3.2 A Redução de Danos – RD no campo da Atenção Psicossocial: o cuidado de adolescentes usuários de álcool e outras drogas.

Como dissemos há pouco, trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e documental. A coleta de dados ocorreu por meio da análise das fichas de acolhimento de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil-CAPSi, dos prontuários físicos e eletrônicos de adolescentes reconhecidos como usuários de álcool e outras drogas. Cabe dizer aqui que embora tenhamos tomado alguns documentos do CAPSi como fonte de pesquisa, nossa intenção não foi desenvolver uma análise sobre o processo de trabalho desse importante dispositivo da RAPS, mas acessar, via documentos, histórias de sujeitos que na adolescência experienciam o sofrimento psíquico decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas e que cujos registros informam sobre seus percursos na rede municipal de saúde.

Na quarta seção apresentamos a metodologia, iniciamos apresentando a rede de saúde municipal de Maringá-PR e tomando como base o documento de Planejamento de Saúde (Maringá, 2017) do ano de 2018-2021. Os dados colhidos estão explicitados nos subitens assim organizados: 4.1 Do caminho percorrido; 4.2 Caracterização do campo de estudo: a rede de saúde e o CAPSi de Maringá-PR; 4.3 Das dificuldades encontradas durante a pesquisa de campo;

A seguir iniciamos a seção V apresentando os resultados conforme nos seguintes subitens: 5.1 Breve perfil dos adolescentes usuários de álcool e outras drogas atendidos pelo CAPSi; 5.2 Entre as ações pleiteadas e o cuidado real: o que revelam os documentos dos adolescentes do CAPSi?, como exercício de síntese reflexiva que buscou responder se a redução de danos é uma lógica de cuidados possível na adolescência, desenvolvemos um estudo de um caso. Esse estudo de caso está no tópico 5.3 - O menino Pedro e o seu percurso: uma história de cuidados? E analisado no 5.3.1 A história de Pedro registrada na ficha de acolhimento...; 5.3.2 O percurso de Pedro e sua família na busca por cuidados em saúde mental; 5.3.3 Entre pílulas e diagnósticos: Pedro, a psiquiatrização do seu comportamento e a medicalização da sua vida; 5.3.4 Os Afetos silenciados e 5.3.5 As (im)possibilidades da RD na adolescência.

Por fim, trazemos as considerações finais que nos mostram que o uso de álcool e outras drogas tem sido patologizado e que, no curso do suposto processo de cuidar desses sujeitos, prevalecem ainda as ações médico-centradas e manicomiais. Esperamos desvelar alguns meandros do cuidado em saúde mental voltado aos adolescentes com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, e somando-se a tantos outros esforços, contribuir para que um novo modo de cuidar, que tenha a ética da RD como

norte, se efetive. Um cuidado que favoreça a autonomia, a construção de novos projetos de vida e saúde e que garanta direitos, entre outros, o direito à liberdade.

SEÇÃO I- ADOLESCÊNCIA: DAS CONCEPÇÕES BIOLOGICISTAS HEGEMÔNICAS À PERSPECTIVA SÓCIO-HISTÓRICA

“Nós nos tornamos nós mesmos através dos outros”
(Vigotski³, 2005, p. 56)

1.1 Concepções biologicistas e hegemônicas de adolescência

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência compreende a faixa etária do desenvolvimento entre os 12 e 18 anos. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que a adolescência ocorre no período dos 10 aos 19 anos de idade. Em contrapartida, a Organização das Nações Unidas (ONU) considera adolescentes os indivíduos com idade entre 15 a 24 anos. Essas delimitações etárias geralmente são utilizadas para a identificação de características comuns que norteiam a investigação epidemiológica, a elaboração de políticas e a construção de teorias relativas a essa fase do desenvolvimento humano.

A concepção hegemônica de adolescência geralmente está ligada a estereótipos e estigmas que a naturalizam. Um dos primeiros autores a demarcarem a adolescência enquanto um período de rebeldia e conturbações vinculados ao aparecimento da sexualidade foi o psicólogo norteamericano Stanley Hall (Ozella, 2002). Essa forma de olhar a adolescência foi reforçada por muitos anos e por diversas teorias, como por exemplo, a teoria psicanalítica de Sigmund Freud (1856-1939), em que a adolescência foi caracterizada enquanto um período de elaboração de lutos pela perda infantil, de estresse, de confusão e de desenvolvimento da sexualidade para além dos objetos iniciais. Para Freud (1905/1976), a adolescência ocorre na transição da fase de latência para a fase genital, e nessa fase a libido que antes era voltada para o próprio Ego passa a ser direcionada para objetos e pessoas que lhes despertam interesse sexual. É nesse período que o adolescente descobre a zona erógena genital e têm pulsões sexuais mais fortes.

Já Erik Erikson (1972) teria introduzido o conceito de moratória psicossocial, que caracterizaria a adolescência como um período intermediário entre infância e vida adulta que é reconhecido socialmente. Esse conceito refletiria a ideia de que na adolescência haveria uma confusão de papéis e uma dificuldade identitária. Para o autor, “a

³ O nome de Lev Semionovitch Vigotski – que aparece escrito de diferentes formas na literatura - será reproduzido nesse trabalho do modo como está em cada obra utilizada como referência.

personalidade se desenvolve de acordo com uma escala pré-determinada na prontidão do organismo humano para ser impelido na direção de um círculo cada vez mais amplo de indivíduos e instituições significantes” (p. 92).

De acordo com Erikson (1972), cada fase da vida humana tem sua crise, em especial na adolescência, momento no qual instala-se o conflito “identidade *versus* confusão de papéis” que se encerra somente na “idade adulta jovem”, quando ocorre uma definição de identidade composta por três elementos: identidade sexual, identidade profissional e identidade ideológica. Sobre a crise vivenciada na adolescência, Erikson (1972, p. 16) denomina como “crise normativa da adolescência” ou “crise de identidade”, em razão de sua agudez e transitoriedade. Em outras palavras, a crise normativa da adolescência tem tonalidades diferentes dependendo da sociedade e da cultura em que vive o sujeito. A crise se explica no jovem porque ele se depara com uma “revolução fisiológica” dentro de si mesmo, a desestruturar sua imagem corporal antes constituída e sua identidade antes estabelecida. A adolescência, continua o autor, é a etapa em que se acentua o conflito de identidade, “é quase um modo de vida entre a infância e a idade adulta” (p. 111).

No Brasil, Aberastury e Knobel (1981) tiveram um papel importante na compreensão da adolescência dentro da perspectiva psicanalítica. Os autores mantiveram a compreensão de uma etapa do desenvolvimento que seria confusa e dolorosa, “um período de contradições, confuso, ambivalente, doloroso, caracterizado por fricções com o meio familiar e social” (p. 13). Introduziram a compreensão de “síndrome normal da adolescência”: “(...) uma verdadeira patologia normal do adolescente, no sentido de que precisamente esse exterioriza seus conflitos de acordo com as suas estruturas e as suas experiências” (p. 27). Além disso, segundo os autores, a adolescência envolve a elaboração do luto da perda da estrutura infantil, sendo que ao referir - se à “síndrome normal da adolescência”, afirmam que algumas características são:

- 1) Busca de si mesmo e da identidade; 2) tendência grupal; 3) necessidade de intelectualizar e fantasiar; 4) crise religiosa (...); 5) deslocalização temporal, onde o pensamento adquire as características de pensamento primário; 6) evolução sexual manifesta, que vai desde o auto - erotismo até a heterossexualidade genital adulta; 7) atitude social reivindicatória com tendências anti ou associas de diversa intensidade; 8) contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta, dominada pela ação, que constitui a forma de expressão conceitual mais típica deste período da vida; 9) uma separação progressiva dos pais e 10) constantes flutuações de humor e de estado de ânimo. (Aberastury & Knobel, 1981, p. 29)

Entretanto, essas considerações seriam questionáveis, ao menos para algumas abordagens da psicologia. Ozella (2002) destaca que apesar de Aberastury e Knobel considerarem que a adolescência também teria influência de aspectos culturais e históricos, acabaram condicionando-a principalmente a características internas, reafirmando que haveria uma crise essencial nesse período de desenvolvimento. Em contrapartida, o autor observa que as teorias elaboradas por Freud e por Piaget teriam buscado conceitos amplos que podem ser questionados quanto à relevância social, já que desprezam o papel fundamental do contexto cultural e social no desenvolvimento do homem, considerando que seriam as estruturas internas que condicionariam o desenvolvimento, ou seja, seriam as características inatas que amadureceriam e se desenvolveriam conforme a criança e o adolescente crescessem (Ozella, 2002).

O psicanalista Contardo Calligaris (2000), por sua vez, teria afirmado que a sociedade tem dificuldades de prestar informações ao adolescente que o permitiria superar a suposta moratória e, na falta de informações sobre o que ser, o adolescente passaria a interpretar os desejos dos adultos. O autor ainda destaca que:

Numa sociedade em que os adultos fossem definidos por alguma competência específica, não haveria adolescentes, só candidatos e uma iniciação pela qual seria fácil decidir: sabe ou não sabe, é ou não é adulto. Como ninguém sabe direito o que é um homem ou uma mulher, ninguém sabe também o que é preciso para que um adolescente se torne adulto. O critério simples da maturação física é descartado. Falta uma lista estabelecida de provas rituais. Só sobram então a espera, a procrastinação e o enigma, que confrontam o adolescente – este condenado a uma moratória forçada de sua vida – com uma insegurança radical. (Calligaris, 2000, p. 21)

Mas, apesar de criticar o conceito de moratória, Calligaris (2000) voltou-se à visão hegemônica da adolescência. Nessa compreensão, a adolescência tende a ser vista e compreendida como uma fase difícil e problemática do desenvolvimento que deve ser superada. As características desse período do desenvolvimento seriam vistas de forma negativa, o adolescente enquanto parceiro social seria visto como imaturo e não seria considerada a gênese social da adolescência (Bock, 2004).

Bock (2004) destaca que a cultura capitalista valoriza somente o homem adulto produtivo e desvaloriza todas as outras fases da vida – infância, adolescência e velhice – já que não são produtivas ao capital. A visão naturalista reforça esses valores e acoberta as diferenças sociais e o papel destas no desenvolvimento humano.

Entre outras teorias clássicas, temos a do historiador Philippe Ariès como uma das principais no que tange a introdução do tema da infância e adolescência enquanto uma

construção social (Klein, 2012). Ariès (1986/2011), em seu livro *A história social da criança e da família*, discorreu sobre as representações sociais de crianças e adolescentes com base em registros antigos (documentos e dossiês de famílias) e com base nesse material traçou a representação da infância e de suas características a partir do século XII. Ariès (1986/2011) defendeu que:

A passagem da criança pela família e pela sociedade era muito breve e muito insignificante para que a família tivesse tempo ou razão de forçar a memória e tocar a sensibilidade (...) a velha sociedade tradicional mal vislumbrava a criança e menos ainda o adolescente. (p. 10)

Tal afirmação não significava para o autor que a criança fosse negada, negligenciada ou que não houvesse por parte dos adultos um sentimento pela criança e pelo adolescente, mas demonstrava apenas que não haveria preocupação com as especificidades dessa etapa do desenvolvimento. Ariès (1986/2011) destacou que essa situação teria se alterado a partir do fim do século XVII, especialmente quando a escola tomou o lugar da aprendizagem por meio da educação, surgindo um afeto diferente do até então para com as crianças e reorganizando a vida social e familiar em prol dos seus estudos e ensinamentos.

Nesse sentido, o autor concluiu que no período entre a Idade Média e a Revolução Francesa não haveria uma significação de infância e adolescência no mundo ocidental, de modo que não era uma realidade considerada na época. Naquele tempo não havia distinção entre crianças e adultos, e a entrada precoce nos afazeres e na organização social inviabilizava a constituição de uma consciência social acerca das particularidades infantis, conforme descreve Ariès (1986/2011, p. 156): “Essa consciência não existia. Por essa razão, assim que a criança tinha condições de viver sem a solicitude constante de sua mãe ou de sua ama, ela ingressava na sociedade dos adultos, e não se distinguia mais destes”.

A falta do sentimento de infância teria se alterado com a criação de novas instituições sociais que contribuiriam para a formação do homem: a família nuclear como espaço privado em oposição à família extensa e a comunidade em geral e a entrada da escola como espaço isolado e local de aprendizagem, como dissemos há pouco. Desse modo, houve uma reorganização da vida social, pois antes a educação era realizada por meio da inserção nas atividades práticas da vida cotidiana dos adultos em comunidade (espaço público), e agora passaria a ser realizada pelo papel fundamental da escola e da família como espaços privados. Teria sido nesse contexto que as diferenças entre adultos e o público infantojuvenil se manifestaram e ganharam espaço para significação, dando

origem a práticas sociais e representações de distinção em relação ao adulto. A criança teria deixado de ser vista como um adulto incompleto, passando a ser caracterizada como uma criança em si (Ariès, 1986/2011).

Vale ressaltar que esse processo de distinção entre crianças *versus* adolescentes *versus* adultos se insere em um conjunto de outras separações onde outras categorias e classes sociais não conviveriam mais como antes, ou seja, se separaram da mesma forma como se distinguiram as idades das crianças para a escolarização e as famílias se fecharam para fora do espaço público.

Os estudos de Ariès (1986/2011) trouxeram contribuições pertinentes, mas estudos realizados por Klein (2012) demonstraram que o autor não levou em consideração as condições concretas de existência da maioria das crianças. As fontes de dados utilizadas por Ariès (1986/2011) expressavam principalmente a realidade da nobreza e da aristocracia da época, tomando essa classe como representante da totalidade social quando na verdade seria uma minoria da população que teria as condições de vida semelhantes às da classe dominante (Klein, 2012).

Klein (2012), por sua vez, propõe que seja considerada a realidade da maioria das crianças, especialmente daquelas que pertencem à classe trabalhadora. E, ao analisar os documentos públicos da mesma época analisada por Ariès, não encontrou a mesma criança vislumbrada pelo autor. A realidade de fato era consequência do processo de expropriação dos camponeses de suas terras em um volume maior do que a capacidade de absorção manufatureira, o que ocasionou muita pobreza. As famílias, incluindo crianças, adolescentes e mulheres eram trabalhadores fabris e haveria registros de trabalho infantil desde os seis anos de idade, inclusive no trabalho noturno. Em casa a situação era precária, sem condições de higiene ou de mínimo conforto, geralmente a família de trabalhadores residia em porões privados de utensílios, fosse para cozinhar ou para outros afazeres (Klein, 2012).

Foi somente em 1844 que mulheres e menores de 18 anos tiveram a carga horária de trabalho reduzida pela lei fabril inglesa, primeira legislação a controlar a jornada de trabalho a 12 horas por dia, sendo proibido o trabalho noturno. Klein (2012) destaca ainda que o trabalho fabril tendia a simplificar o trabalho de modo que não fosse necessário o conhecimento escolar a crianças e jovens.

Heywood (2004), ao conceber a infância como histórica e culturalmente construída, critica as ideias de Ariès dizendo que ele tratou os dados em sua obra de forma ingênua e simplista ao declarar que na Idade Média não havia um sentimento pela

infância. Para Heywood (2004), já no período medieval existia um conceito de infância, mas com concepções distintas das de hoje. De acordo com o autor, há indícios de investimento na infância nos séculos XII e XIII, influenciados pelas mudanças na vida social e econômica – revolução agrária, fixação da economia na Europa – o que acarretaria um maior investimento nas crianças, principalmente via educação (nos espaços de monastérios). Já nos séculos XVI e XVII, existiria “uma consciência de que as percepções de uma criança eram diferentes das dos adultos” (Heywood, 2004, p. 36).

Heywood (2004) destaca igualmente que o surgimento social da criança no século XVIII foi marcado pelas obras de John Locke (1632-1704), Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) e dos primeiros românticos. Locke defendeu a ideia da criança como uma *tabula rasa*, onde poderia se inscrever o que quisesse no decorrer do desenvolvimento, questionando a ideia de a criança ser portadora da impureza cristã por ser fruto do pecado original. Já Rousseau desenvolveu a ideia da criança enquanto um ser ingênuo e puro que precisaria ser livre para que a natureza atuasse e favorecesse o seu pleno desenvolvimento. E as concepções românticas defendiam que as crianças portavam sabedoria e sensibilidade estética apurada e por isso necessitavam de condições favoráveis para o desenvolvimento, compreendiam a infância como um período doce e sagrado. Todas essas perspectivas trazem consigo concepções dicotômicas a respeito da infância. Conforme Heywood (2004, p. 49): “entre anjos e demônios a história da infância oscila”.

A religião teve uma grande influência na mudança de concepção a respeito da infância. As crianças – até mesmo na Idade Média – sempre foram o desejo dos casamentos, principalmente devido ao mandato bíblico “crescei-vos e multiplicai-vos”, até mesmo rituais eram realizados para manter afastada a infertilidade da vida do casal. Na Idade Média a Igreja se preocupava com a educação das crianças pelo monastério. E, dentro da Igreja, a arte sacra passou a conter características infantis nas suas esculturas e pinturas, influenciada principalmente pela devoção ao Menino Jesus, apresentado de forma a exaltar a infância. Portanto, devido a esses fatos, Heywood (2004) afirma que a infância sempre teve seu lugar, apesar de ser compreendida de formas distintas nas diferentes épocas e organizações sociais.

No período medieval as crianças eram amamentadas e cuidadas pelas mulheres até os sete anos de idade, denominada por Heywood (2004) como a idade da razão. Após esse período, elas adentravam o mundo adulto, as meninas eram preparadas pelas mães para o casamento, e os meninos ficavam sob o cuidado dos pais que lhes ensinavam o

trabalho. Vale ressaltar que, de acordo com historiadores, o cuidado das crianças sempre pertenceu às mães, sendo incumbido aos homens o sustento da casa. A história da infância pode ter permanecido oculta até esse período porque ninguém tinha a preocupação de contar a história das mulheres. As poucas tentativas de histórias escritas sobre mulheres daquela época são a respeito da realeza, da aristocracia medieval e da rainha e suas funções públicas (Heywood, 2004).

É no século XIX que se inaugura a concepção da criança sem valor econômico, mas com alto valor emocional. Heywood (2004, p. 45) destaca que: “a história cultural da infância tem seus marcos, mas também se move por linhas sinuosas com o passar dos séculos: a criança poderia ser considerada impura no início do século XX tanto quanto na alta Idade Média”. Em relação ao alto valor emocional atribuído à criança e à reorganização da família e da sociedade com o advento da industrialização, Heywood (2004, p. 42) coloca que:

Para estimular a retirada das crianças dos locais de trabalho, os reformadores norte-americanos promoveram uma sacralização da infância (...) lucrar a partir do trabalho de crianças era ‘tocar de forma profana em algo sagrado’. A consequência foi um aumento muito grande no valor sentimental das crianças, tanto nos círculos de classe trabalhadora quanto de classe média.

Portanto, o movimento de industrialização impactou na reorganização da sociedade, na reestruturação da família e conseqüentemente no lugar ocupado por crianças e adolescentes na nova organização social. É a partir deste ponto que se faz pertinente discutir a concepção sócio-histórica do surgimento do que ficou conhecido entre nós como adolescência.

1.2 A concepção sócio-histórica de adolescência

Sobre o impacto do processo de industrialização sobre a concepção de infância, Ozella (2002) destaca que na sociedade moderna, com a sofisticação dos meios de trabalhos, passou a ser necessário um tempo maior de formação na escola, além de que o alto índice de desemprego na sociedade capitalista levou a necessidade de retardar o ingresso dos jovens no mercado de trabalho, assim como, aumentar os requisitos para as vagas de emprego. Por outro lado, lembra o autor, a ciência com as diversas tecnologias e descobertas prolongou a expectativa de vida dos homens e todos esses aspectos contribuíram para que o jovem passasse a permanecer mais tempo na escola ou em formação para uma futura atividade profissional.

As crianças deveriam permanecer mais tempo sob os cuidados dos pais até ingressarem no mercado de trabalho e aumentar o tempo de estudos foi a solução. Ao permanecer mais tempo no ambiente escolar, as crianças se distanciavam dos pais e se aproximavam de grupos de iguais. Essa aproximação teria contribuído para o surgimento de um novo grupo social, com padrão de comportamento específicos, denominado de adolescência. Outro ponto de vista é que a adolescência poderia ter sido usada pelos burgueses para manter seus filhos distantes dos postos de trabalho (Ozella, 2002).

Desse modo, para uma leitura sócio-histórica, a adolescência seria resultado da reorganização da vida com o advento do capitalismo e do avanço da ciência. Seria uma reposta, segundo Ozella (2002), à latência social constituída a partir da organização social capitalista que necessitava de justificativas para o afastamento de um determinado grupo social do mercado de trabalho, já que não haveria postos para todos dentro desse sistema. Conforme descreve Ozella (2002, p. 22):

Essas questões sociais e históricas vão constituindo uma fase de afastamento do trabalho e de preparo para a vida adulta. As marcas do corpo e as possibilidades na relação com os adultos vão sendo pinçadas para a construção das significações, para a qual é básica a contradição, que se configura nesta vivência entre as necessidades dos jovens, as condições pessoais e as possibilidades sociais de satisfação delas. É dessa relação e de sua vivência, enquanto contradição, que se retirará grande parte das significações que compõem a adolescência: a rebeldia, a moratória, a instabilidade, a busca da identidade e os conflitos. Essas características, tão bem anotadas pela Psicologia, ao contrário da naturalidade que se lhes atribui, são históricas, isto é, foram geradas como características dessa adolescência que aí está. Entende-se, assim, a adolescência como constituída socialmente a partir de necessidades sociais e econômicas e de características que vão se constituindo no processo.

Para Klein (2012), é por essas condições concretas de vida que se torna historicamente necessário emergir uma inquietude com os direitos da infância, e não pelo surgimento de um sentimento em si pela infância como proposto Ariès (1986/2011). Marx (1867/1982, p. 570) descreve de modo muito claro o que queremos dizer:

A força dos fatos, entretanto, compeliu a que se reconhecesse finalmente que a indústria moderna, ao dissolver a base econômica da família antiga e o correspondente trabalho familiar, desintegrou também as velhas relações familiares. O direito das crianças tinha que ser proclamado.

Portanto, é a criança capturada pelo capitalismo e vítima da violência em nome da produção do capital que força a sociedade a pensar sobre ela. Klein (2012) destaca que essa preocupação emerge no processo social de luta de classes pelas leis fabris na sociedade europeia no século XIX, já que as fábricas eram, em grande parte, sustentadas pelo trabalho infantil.

Nesse mesmo sentido, ao falarmos sobre adolescência é preciso considerar a inserção histórica do jovem e suas condições objetivas de vida, conforme destaca Ozella (2002, p. 18):

Ao supor uma igualdade de oportunidades entre todos os adolescentes, a psicologia que se encontra nos manuais de Psicologia do Desenvolvimento, dissimula, oculta e legitima as desigualdades presentes nas relações sociais, situa a responsabilidade de suas ações no próprio jovem: se ideologiza.

Como vimos, a visão naturalista do fenômeno da adolescência é típica da ciência positivista e estaria presente na maioria das vertentes teóricas dentro da psicologia. Vale destacar o fato de as teorias e estudos tomarem como base sempre os adolescentes de classe média/alta, brancos, residentes da Europa-Ocidental ou dos Estados Unidos, e quase nunca adolescentes de outras realidades materiais, culturais, etc. (Ozella, 2002; Ozella & Aguiar, 2008).

De acordo com Ozella (2002), dentro da psicologia as vertentes não conseguem superar visões dicotomizantes e fragmentadas, pois atribuem o fenômeno da adolescência ora ao social, ora ao psicológico e ora ao aspecto biológico. Desse modo, os fatores sociais se tornam genéricos e a influência das condições concretas de vida difusas, levando a descaracterização de todo o contexto do desenvolvimento. É instituída e reforçada a ideia de que o homem se desenvolveria a partir de uma natureza humana, já nasceria dotado de potencialidades que só aguardariam o tempo exato para amadurecerem (Ozella, 2002).

Nesse sentido, o que queremos destacar é que a adolescência não é uma fase natural do desenvolvimento do homem, mas sim um fenômeno historicamente construído enquanto representação, fato social e psicológico. Conforme Ozella (2002, p.21), a adolescência:

É constituída como significado na cultura, na linguagem que permeia as relações sociais. Fatos sociais surgem nas relações e os homens atribuem significados a esses fatos. Definem, criam conceitos que representam esses fatos. São marcas corporais, são necessidades que surgem, são novas formas de vida decorrentes de condições econômicas, são condições fisiológicas, são descobertas científicas, são instrumentos que trazem novas habilidades e capacidades para o homem. Quando definimos a adolescência como isto ou aquilo, estamos constituindo significações (interpretando a realidade), a partir de realidades sociais e de marcas que serão referências para a constituição dos sujeitos.

Portanto, a adolescência tem seu significado criado e interpretado pelo homem. As mudanças de humor e corporais são marcas significadas e destacadas pela sociedade, mas não quer dizer que não existiriam outras mudanças ocorrendo na vida dos sujeitos que não foram destacadas e generalizadas. Dentro da perspectiva sócio-histórica, que

norteia esse estudo, só é possível a compreensão de qualquer fato humano dentro da totalidade que o constitui e que o produziu, para então conseguirmos apreender seu significado e seu sentido. Assim, a manutenção de perspectivas que naturalizam a adolescência como um período de crise e rebeldia teriam o papel ideológico de disfarçar as contradições da realidade e as verdadeiras mediações que constituem o fenômeno da adolescência (Ozella, 2002; Ozella & Aguiar, 2008).

Ozella e Aguiar (2008) realizaram um estudo que revelou uma concepção de adolescência diferente para as classes A, B, C, D e E. Obviamente a maioria dos jovens reproduz a ideologia dominante, mas as classes C, D e E apontam a família como apoio e não como centro de conflito, revelam o medo de não ter emprego e de não ter como ajudar no sustento da própria casa. Outro ponto importante desse estudo se refere à importância do gênero na manutenção dos valores da ideologia dominante. Os dados apontaram as meninas enquanto reprodutoras da ideologia e dos valores da família burguesa, especialmente os ligados à afetividade, já aos meninos caberia a definição das situações familiares e profissionais. No geral, para os autores esses dados demonstraram que os adolescentes reforçam o que é esperado socialmente do gênero feminino e do masculino.

Portanto, a vivência da adolescência não pode ser generalizada para todos os sujeitos de uma determinada faixa etária como uma etapa igualitária de desenvolvimento, conforme Ozella e Aguiar (2008, p. 121):

Não podemos negar que a construção do sentido subjetivo (social, histórico e singular) do que é ser adolescente ocorre nas relações concretas, na atividade significada, e aí verificamos a importância das variáveis classes sociais, cultura, sexo, raça e idade. (...) o sentido tem, na sua constituição, múltiplas procedências, nunca estando ligado a uma atividade isolada, sendo sempre uma unidade integradora de experiências, emoções e atividades.

Em contraposição à patologização, naturalização e universalização da adolescência, a Psicologia Sócio-Histórica a compreende como produto de uma construção social dependente das relações estabelecidas no processo de socialização em uma perspectiva que considere os fatores econômicos, culturais, políticos, educacionais, sociais, etc. (Ozella, 2003).

Para a Psicologia Sócio-Histórica, a visão de homem é oposta ao que é difundido pela visão liberal, já que considera o homem enquanto um ser histórico com características constituídas nas e pelas relações sociais, desenvolvidas pela atividade e pela organização da vida material e concreta.

Nessa perspectiva, a relação indivíduo-sociedade é uma relação dialética na qual o homem se desenvolve na medida em que modifica a realidade. Leontiev (1978, p. 262) afirma:

O homem é profundamente distinto dos seus antepassados animais e (...) a hominização resultou da passagem à vida numa sociedade organizada na base do trabalho; (...) esta passagem modificou a sua natureza e marcou o início de um desenvolvimento que, diferentemente do desenvolvimento dos animais, estava e está submetido não às leis biológicas, mas a leis sócio-históricas.

Portanto, os comportamentos e características humanas não são submetidos somente às características biológicas, mas são desenvolvidos e complexificados através da atividade. Para Leontiev (1978), o psiquismo existe em uma forma dupla. A primeira se expressa na atividade como forma primária e objetiva de existência. A segunda, como forma subjetiva, se manifesta na construção da ideia, da imagem como consciência. Assim, ao mesmo tempo em que modifica a realidade objetiva, o homem também transforma e desenvolve o psiquismo, existindo uma relação dialética entre ambos.

Nesse processo de objetivação-subjetivação do homem, a categoria trabalho-atividade tem papel fundamental, pois é a base da sociabilidade e do desenvolvimento humano (Kahhale & Rosa, 2009). Duarte (2001, pp. 256-257) abona que:

(...) o trabalho é, para Marx, uma atividade que distingue o ser social do ser natural, isto é, define a especificidade do ser humano como um ser histórico, social e cultural, por possuir essas três características: a de ser uma atividade conscientemente dirigida por uma finalidade previamente estabelecida na consciência, a de ser uma atividade mediatizada pelos instrumentos e a de ser uma atividade que se materializa em um produto social, um produto que não é mais um objeto inteiramente natural, um produto que é uma objetivação da atividade e do pensamento humano.

Em suma, a atividade é dirigida conscientemente (requer planejamento, previsão e avaliação), é mediatizada por instrumentos (implica o uso de signos e a comunicação entre os sujeitos) e é produtora de elementos da cultura (seja de forma física ou de forma simbólica). Kahhale e Rosa (2009, p. 37) colocam que:

(...) é construído em toda atividade humana, a qual produz cultura e, no processo dessa produção, objetiva o ser humano, ao mesmo tempo em que o subjetiva. Ou seja, o resultado da atividade é tanto a produção de uma realidade humanizada quanto a humanização do sujeito que a empreende (...).

Dessa forma, todas as funções psicológicas superiores teriam origem nas relações que o homem estabelece com outros homens no contexto social. Vygotski (1991) denomina essa relação de reconstrução interna de uma atividade externa de internalização, isto é, uma atividade que até então representa algo externo passa a ocorrer

internamente. O processo interpessoal é transformado em intrapessoal, e nas palavras do autor:

Todas as funções no desenvolvimento da criança aparecem duas vezes: primeiro, no nível social, e, depois, no nível individual; primeiro, entre pessoas (interpsicológica), e, depois, no interior da criança (intrapicológica). Isso se aplica igualmente para a atenção voluntária, para a memória lógica e para a formação de conceitos. Todas as funções superiores originam-se das relações reais entre indivíduos humanos. (Vygotski, 1991, p. 41)

Por isso a importância do meio social para o desenvolvimento do homem e das funções psicológicas superiores⁴, já que é nessa relação dialética que tudo se transforma. Vale destacar que esse processo de internalização é resultado de uma série de eventos e mediações ocorridas durante o desenvolvimento. Segundo Vygotski (1991), o processo que ocorre até a internalização completa de uma atividade externa não acontece de uma hora para outra, mas requer que a atividade seja repetida diversas vezes até a internalização efetiva.

Desse modo, o desenvolvimento das funções psicológicas superiores envolve o uso de instrumentos, de signos e de mediações, é por meio deles e da realização da atividade que o homem se desenvolve. De acordo com Vygotski (1991), esse é o salto qualitativo que diferencia a psicologia humana: “A internalização das atividades socialmente enraizadas e historicamente desenvolvidas constitui a aspecto característico da psicologia humana; é a base do salto qualitativo da psicologia animal para a psicologia humana” (p. 41).

Leontiev (1978) coloca que há características que só aparecem na sociedade humana, especialmente os fenômenos da cultura material e intelectual. Como destacamos há pouco, o homem transforma intencionalmente a realidade por meio do trabalho, se coloca nos objetos e humaniza-os, de modo que todos os objetos materiais ou intelectuais presentes em nossa sociedade são frutos da intervenção humana.

Assim, diferentes dos fatos naturais, “(...) os atos e os acontecimentos sociais e pessoais são produtos da ação dos homens entre si no mundo; são simbolizados e possuem intenções e significados construídos nesse processo de existência” (Kahhale & Rosa, 2009, p. 35). Com isso, damos destaque a outra categoria central na Psicologia Sócio-Histórica: a historicidade.

⁴ Vygotski (1896-1934) define como funções psicológicas superiores àquelas funções tipicamente humanas, como: atenção voluntária, memória, abstração, imaginação, linguagem, pensamento por conceitos, afetividade, etc.

O homem enquanto um ser complexo, histórico e social, deixou de satisfazer suas necessidades de modo instintivo e passou a respondê-las conforme as normas e regras estabelecidas socialmente. Para além da contribuição da historicidade na compreensão do desenvolvimento humano, essa categoria também reflete na produção do conhecimento. Acreditamos na concepção de que a realidade é complexa e multideterminada, sendo impossível atingir toda a totalidade. Conforme Kahhale e Rosa (2009, p. 39):

(...) a impossibilidade de atingir a infinitude dessa totalidade, embora seja possível avançar em algumas direções, desvelar alguns aspectos, sem que com isso se perca de vista a multiplicidade de relações e determinações que os constituem. Em todo esse percurso, a noção de historicidade é a referência fundamental, pois aponta a necessidade de incluir, na compreensão dos processos da realidade, o conteúdo que identifica cada fenômeno na sua relação com a produção humana histórica, inclusive e principalmente, na sua relação com diferentes grupos sociais, definidos por diferenças no lugar social produzido pelas contradições de base material.

No sentido da produção humana histórica, Leontiev (1978) também atesta que o homem não se adapta à natureza, mas a modifica conforme suas próprias necessidades. O homem cria objetos e meios de produção desses objetos para se satisfazer. Esse processo de criação e complexificação dos bens materiais é acompanhado pelo desenvolvimento da cultura.

De acordo com Bock (2004), por meio da atividade o homem humaniza o mundo material ao mesmo tempo em que desenvolve suas capacidades, de modo que seus conhecimentos também estão presentes no que foi produzido. Nesse sentido, Leontiev (1978, p. 284) nos lembra que:

Cada geração começa, portanto, a sua via num mundo de objetos e de fenômenos criado pelas gerações precedentes. Ela apropria-se das riquezas desse mundo participando no trabalho, na produção e nas diversas formas de atividade social e desenvolvendo assim as aptidões especificamente humanas que se cristalizaram, encarnaram nesse mundo.

Para Leontiev (1978) não há aptidões ou características humanas que sejam transmitidas pela via única da hereditariedade biológica, todas foram adquiridas no processo de apropriação da cultura, logo, o indivíduo aprende a ser um homem, se hominiza. As características genéticas não são suficientes para garantir a vida em sociedade e é preciso que o homem se aproprie durante o seu desenvolvimento do que já foi produzido na história da sociedade humana.

Nesse sentido, Marx (1859/1983) é quem primeiro nos afirmou que o homem é um ser social, síntese de múltiplas determinações, sendo que a universalidade se concretiza histórica e socialmente por meio da atividade humana – o trabalho – objetivada

por cada homem singular. Oliveira (2001, p.2) observa que “é, portanto, nesse vir-a-ser social que é criado o humano no homem singular”.

Aqui faz-se necessário destacarmos a relação dialética entre singular-particular-universal. Na concepção histórico-social de homem, a relação indivíduo-sociedade só é compreendida dentro de uma relação mais ampla: homem-genericidade (gênero humano), ou seja, a relação de homens singulares com as objetivações produzidas historicamente pela humanidade que são apropriadas pelos sujeitos no contexto em que vivem. Nesse sentido, a relação entre indivíduo (o singular) e o gênero humano (o universal) é mediada pela sociedade (o particular). O termo sociedade não se refere somente a forma de organização da vida, mas também a toda produção humana já existente (patrimônio da humanidade). Vale ressaltar que a genericidade só se expressa através da socialidade, de modo que a relação entre indivíduo e o gênero humano ocorre por meio das relações sociais concretas e históricas em que cada indivíduo se insere (Oliveira, 2001).

A respeito dessa relação, Duarte (1993, p. 111) adverte:

(...) porque não analisar essa formação simplesmente como uma relação entre indivíduo e sociedade? Porque embora a forma concreta de existência da genericidade seja a socialidade, a apropriação de uma socialidade concreta do indivíduo não possibilita necessariamente a objetivação plena desse homem enquanto ser genérico, isto é, pertencente ao gênero humano.

A objetivação plena de cada indivíduo depende dos limites da estrutura social do contexto em que vive, e se há condições de superá-los ou não. Assim, compreendemos que indivíduo e sociedade não são antagônicos, mas estabelecem uma relação dialética na qual são partes complementares de um mesmo processo (Oliveira, 2001).

A relação dialética entre singular-particular-universal, segundo Oliveira (2001), está conectada a uma questão ético-política que diz respeito ao conhecimento e transformação da realidade. Nessa perspectiva, a realidade concreta deve ser o ponto de partida e de chegada, porém, deve ultrapassar o imediatismo, o observável e apreender os aspectos processuais (aqueles não observáveis) que em conjunto com os demais formam a totalidade das manifestações produzidas, “é preciso compreender o processo ontológico da realidade humana e de como esse processo tem se efetivado, historicamente, dentro das relações sociais de produção” (Oliveira, 2001, p. 9).

A relação singular-particular-universal não é somente lógico-epistemológica, mas também ontológica, já que manifesta o vir-a-ser da sociedade dentro das relações sociais. A atuação (do psicólogo e de todos os profissionais) deve (ou ao menos deveria) ter como

objetivo esse vir-a-ser para transformá-lo, visando no horizonte o alcance do projeto ético-político de emancipação humana.

Em suma, Oliveira (2001, p. 10) estabelece que três dimensões abarcam a relação dialética singular-particular-universal, a saber:

- a) A dimensão ontológica - como o humano se forma ontologicamente no homem, dentro de determinadas situações sócio-históricas.
- b) A dimensão epistemológica - como se conhece esse processo (que, em nossa sociedade, se tem dado contraditoriamente).
- c) A dimensão lógica - qual a lógica inerente a essa processualidade, a qual precisa ser apropriada pelo sujeito, para que se possa compreender essa processualidade em seu vira- ser real, que é histórico-social.

A relação dialética entre essas três dimensões só é compreendida se considerado seu movimento, sua dinâmica e sua interdependência entre todas as partes. Todo esse movimento e dinamicidade da realidade são representados no pensamento humano através de categorias; entretanto, pela pluralidade presente na relação singular-particular-universal, não há como estabelecer um modelo único para todas as análises:

É preciso identificar e caracterizar, na própria realidade, as condições histórico-sociais que determinam seu modo de ser e suas transformações histórico-sociais para formular determinada lei e respectiva categoria que represente a singularidade, a particularidade e a universalidade de determinado processo. (Oliveira, 2001, p. 12)

E, para captar o movimento que constitui a realidade é preciso utilizar a lógica dialética, pois esta permite compreender o movimento e a reciprocidade dos vários elementos que compõem a realidade de fato. Na lógica dialética há duas leis gerais que aqui merecem destaque: contraditoriedade e negação da negação. A primeira refere-se ao fato de que os fenômenos são compostos por polos opostos, mas que não são excludentes entre si e se complementam em sua constituição. A relação (mediada) entre os polos aparentemente opostos gera algo novo na realidade (Oliveira, 2001).

Já a lei negação da negação diz respeito ao fato de que quando busca-se modificar algo, se conhece primeiro o que deseja modificar e ao modificá-lo se conserva determinados elementos de sua base. Melhor dizendo, só se constrói algo novo tendo como base algo que já existe, “modifico aquele algo, conservando suas bases válidas e rompendo seus limites. É o momento em que se dá a superação por incorporação do que surge o novo” (Oliveira, 2001, p. 16).

Nessa concepção de homem e de mundo, os sujeitos são ao mesmo tempo criadores de suas criaturas, já que ao construírem o mundo material cristalizam as habilidades desenvolvidas com a própria ação no mundo, e ao desenvolverem uma nova

ação internalizam as habilidades ali deixadas pelas gerações precedentes. É um processo contínuo de transformação de si e do mundo, já que ao mesmo tempo em que criam novas habilidades, se apropriam de habilidades ali deixadas. O homem como ser ativo também deixa suas novas habilidades cristalizadas nos instrumentos para as futuras gerações (Bock, 2004).

Contudo, como Leontiev (1978) coloca, para que o homem se aproprie dos objetos e fenômenos frutos do desenvolvimento histórico, é necessário que realize uma atividade que tenha relação com essa herança deixada pelos seus precedentes. A apropriação requer a reorganização de movimentos instintivos e o desenvolvimento das funções psicológicas superiores. Bock (2004) nos lembra que a apropriação é um processo ativo na medida em que forma novas aptidões e possibilita o desenvolvimento de funções que hominizam o ser humano.

As aptidões e habilidades históricas foram criadas e desenvolvidas ao longo da história, e ao homem nada foi dado *a priori*, conforme destaca Bock (2004, p. 31): “o homem nasce candidato a essa humanidade, humanidade esta que está no mundo material, cristalizada nos objetos, nas palavras e nos fenômenos da vida humana”. Dessa forma, a relação com o mundo material e com os outros homens é necessária ao desenvolvimento do psiquismo e das características essencialmente humanas.

O homem já nasce em um mundo cultural criado pelas gerações antecedentes e para se humanizar, precisa se apropriar dos conteúdos elaborados ao longo da história. Por meio da internalização dos instrumentos e signos sociais as funções psíquicas elementares se transformam dialeticamente em superiores, “os signos externos tornam-se internos, e o comportamento torna-se social e cultural. O homem passa a ser capaz de controlar seu próprio comportamento” (Aita & Tuleski, 2017, p. 109).

Nessa relação com o mundo externo a principal atividade humana é o trabalho, a qual requer uma forma essencialmente humana de reflexo da realidade: a consciência. Martins (2007, p. 67) define a consciência:

(...) um sistema de conhecimentos que vai formando-se no homem à medida que ele vai apreendendo a realidade, pondo em relação as suas impressões diretas como os significados socialmente elaborados e vinculado pela linguagem, expressando as primeiras através das segundas. Por tais razões podemos afirmar que a consciência é social por natureza, isto é, socialmente condicionada em seus determinantes e conteúdos.

A consciência, igualmente, não é imutável e dada *a priori*, mas construída por meio das relações sociais conforme os sujeitos se apropriam da realidade objetiva.

Martins (2007) afirma que os indivíduos podem dar um significado pessoal aos significados sociais de acordo com as experiências, necessidades, motivos e sentimentos particulares.

O processo de desenvolvimento da consciência implica avanços, recuos e saltos qualitativos. Vigotski (1991) afirma que a consciência é formada pelas funções psicológicas superiores que juntas compõem um sistema complexo e inter-relacionado. Vale ressaltar que para Vigotski (2005), nenhuma função psíquica se desenvolve de modo independente e no decorrer do desenvolvimento todas mantêm relação entre si e com a realidade material. A respeito dessa interdependência, Oliveira (2011, p. 33-34) diz que:

Este processo humano, no qual consciência e atividade se constituem mutuamente (na medida em que consciência se produz a partir da atividade humana, a qual é necessariamente atividade consciente, dotada de sentido e intencionalidade) é possível pelo desenvolvimento da linguagem como recurso mediador da atividade e do pensamento (...) pela linguagem a ação humana configura-se como *práxis*, isto é, como atividade inscrita nas relações de produção e de trabalho e, a partir disso, é caracterizada pela sua condição de planejamento e reflexão humana.

A linguagem é a principal via de transmissão da cultura. Linguagem não como sinônimo de fala, mas como função psíquica que funda e regula todas as demais funções psicológicas superiores. A linguagem é uma categoria essencial para a construção das ações e das operações internas, assim como para a construção e desenvolvimento do pensamento. Pela linguagem a criança se comunica com o mundo, com os outros indivíduos, se apropria dos signos, instrumentos e atribui a eles significados (social) e sentidos (pessoal). É também por meio do uso, apropriação e internalização da linguagem que ocorre o desenvolvimento dos conceitos e do pensamento abstrato (Vigotski, 1934/2005).

Nessa perspectiva, linguagem e pensamento são intrinsecamente relacionados, de modo que no decorrer do desenvolvimento a palavra é internalizada, ao passo que o pensamento é transformado em linguagem e juntos possibilitam que o sujeito controle sua própria atividade (Vigotski, 1934/2005).

Toda forma de linguagem e de pensamento contém elementos afetivos, visto que em todas as suas expressões há componentes sociais (significados) e pessoais (sentidos). De acordo com Vigotski (1934/2005, p.14), “(...) existe um sistema dinâmico de significados em que o afetivo e o intelectual se unem, mostra que todas as ideias contêm, transmutada, uma atitude afetiva para com a porção de realidade a que cada uma delas se refere”. E ainda sobre a relação existente entre pensamento e linguagem:

A relação entre o pensamento e a palavra é um processo vivo; o pensamento nasce através das palavras. Uma palavra vazia de pensamento é uma coisa morta, e um pensamento despido de palavras permanece uma sombra. A conexão entre ambos não é, no entanto, algo de constante e já formado: emerge no decurso do desenvolvimento e modifica-se também ela própria (Vigotski, 1934/2005, p. 151).

Mais uma vez reiteramos que o homem se humaniza conforme se apropria das objetivações produzidas no decorrer do desenvolvimento sócio-histórico, “(...) o homem é um ser de natureza *social*, que tudo o que tem de humano nele provém de sua vida em sociedade, no seio da cultura criada pela humanidade” (Leontiev, 1978, p. 279, grifos do autor).

Todas essas premissas nos levam a compreender que para a Psicologia Sócio-Histórica não há fases universais do desenvolvimento que não foram criadas, instituídas e significadas ao longo da história, inclusive a concepção e entendimento que temos hoje a respeito da infância e da adolescência são produto do desenvolvimento da história humana. Vale ressaltar que a humanidade é transmitida por meio dos signos e apropriada pelo indivíduo a partir do contato com instrumentos da cultura, mas a forma de organização da sociedade em classes sociais não permite que todos tenham as mesmas condições de acesso aos bens produzidos, o que implicará em diferenças no desenvolvimento de cada um (Bock, 2004).

Nesse sentido, podemos dizer que a leitura sócio-histórica compreende qualquer fenômeno a partir da sua historicidade e de sua inserção na totalidade em que foi produzido. Conforme vão sendo estabelecidas a organização da vida material e as relações sociais, alguns fenômenos vão ganhando destaque e significação dentro do processo histórico. Desse modo, a adolescência foi criada pelo homem e surgiu enquanto etapa do desenvolvimento na sociedade moderna e ocidental (Bock, 2004).

Portanto, as condições sociais em que se encontram os jovens são fontes mobilizadoras e geradoras do que se acredita ser a adolescência. Retomando Bock (2004), a sociedade registra e significa os períodos desenvolvimento humano e não há nada de patológico e de natural nesse processo, mas sim de histórico e de social. O que existe hoje pode não ser o mesmo que será compreendido em outras formas de organização social, pode se expressar de formas diferentes em grupos sociais distintos e conforme coloca Bock (2004, p. 42), “Não há uma adolescência, como possibilidade de ser; há uma adolescência como significado social, mas suas possibilidades de expressão são muitas”.

Vygotski (1996) define a adolescência como a idade de transição, sendo um período de grande salto qualitativo do desenvolvimento psíquico. Como já exposto

anteriormente – na perspectiva teórica aqui defendida – o desenvolvimento do homem ocorre por meio da relação dialética que este estabelece com o meio social e material em que vive através de instrumentos e signos. Na adolescência, de acordo com Vigotski (2005), ocorre a formação dos conceitos, e as tarefas e novas exigências que o adolescente se depara são fundamentais para desenvolvê-los.

Para Vigotski (2005), na adolescência a nova estrutura se incorpora às funções elementares já existentes constituindo um novo todo que contribui para o uso de novas palavras e signos que corroboram para o desenvolvimento dos conceitos propriamente dito. A formação de conceitos é dividida em três fases: 1) formação de aglomerados sincréticos; 2) pensamento por complexos e 3) desenvolvimento de conceitos potenciais. Essas três fases se processam no decorrer do desenvolvimento desde a tenra infância, sendo completada somente ao final da adolescência.

De forma breve, pode-se dizer que na primeira fase a criança agrupa objetos de forma desorganizada para solucionar um problema, especialmente pela tentativa e erro. Aos poucos a criança desenvolve a organização do campo visual e dá lugar a uma imagem vaga, mas mais complexa dos objetos. Na segunda fase, a criança já distingue suas impressões dos objetos e os associa em um complexo que pode se subdividir em: complexo associativo; complexo de coleção; complexo de cadeia; complexo difuso; até chegar ao pseudoconceito, definido por Vigostki (2005, pp. 85-86):

O pseudoconceito serve de elo de ligação entre o pensamento por complexos e o pensamento por conceitos. É dual por natureza: um complexo já carrega a semente que fará germinar um conceito. Desse modo, a comunicação verbal com os adultos torna-se um poderoso fator no desenvolvimento os conceitos infantis. A transição do pensamento por complexos para o pensamento por conceitos não é percebida pela criança porque os seus pseudoconceitos já coincidem, em conteúdo, com os conceitos do adulto. Assim, a criança começa a operar com conceitos, a praticar o pensamento conceitual antes de ter uma consciência clara da natureza dessas operações. Essa situação genética peculiar não se limita à aquisição de conceitos; mais que uma exceção, é a regra no desenvolvimento intelectual da criança.

E a última fase do processo de desenvolvimento de conceitos é denominada de conceitos potenciais, esta etapa diz respeito ao desenvolvimento da abstração a qual ocorre gradualmente desde o primeiro estágio da formação dos conceitos. Na adolescência, mesmo com os conceitos formados, as formas primárias de pensamento não desaparecem, mas no período de transição, o adolescente oscila entre o pensamento por complexos e o pensamento por conceitos. Nas palavras de Vigotski (2005, p. 99):

O adolescente formará e utilizará um conceito com muita propriedade numa situação concreta, mas achará estranhamente difícil expressar esse conceito em

palavras, e a definição verbal será, na maioria dos casos, muito mais limitada do que seria de esperar a partir do modo como utilizou o conceito.

Vygotski (2005) ainda diferencia os conceitos espontâneos dos científicos. Os primeiros são desenvolvidos em situações cotidianas, enquanto os segundos são transmitidos por meio da educação e pela mediação do educador. Cabe ressaltar que conceitos espontâneos e científicos estão interligados, já que o segundo se desenvolve a partir de certa maturação do primeiro, não são conceitos excludentes entre si.

Portanto, os conceitos se constituem ao longo do desenvolvimento sócio-histórico do psiquismo, estão relacionados à linguagem e iniciam-se na infância, alcançando o pleno desenvolvimento ao final da adolescência. O pensamento por conceitos é o salto qualitativo que ocorre na idade de transição. Nesse período, além das mudanças corporais oriundas da puberdade, Vygotski (1996) também destaca que há o desenvolvimento das necessidades culturais superiores, a qual denominou de interesses.

As funções psicológicas são orientadas por interesses e vontades que diferem em cada etapa do desenvolvimento humano. Na adolescência há uma relação dialética entre interesses e comportamentos, há uma correlação no desenvolvimento de ambos:

Podemos observar como a maturação e o aparecimento de novas atrações e necessidades internas **ampliam infinitamente** o círculo de objetos que possuem força incitadora para os adolescentes, como esferas inteiras de atividade, antes neutras para eles, se convertem agora em momentos fundamentais que determinam sua conduta, como, a par do novo mundo interno, surge para o adolescente um mundo exterior completamente novo. (Vygotski, 1996, p. 24, grifo nosso)

Na adolescência ocorreria uma ampliação significativa das relações que viria a repercutir, posteriormente, sobre sua conduta. Segundo Vygotski (1996), o desenvolvimento dos interesses coincide com o desenvolvimento da puberdade. Por esse motivo, teorias biologizantes e naturalizantes tendem a destacar aspectos biológicos e características negativas da adolescência em detrimento aos demais aspectos do período. Em contrapartida, Vygotski (1996) ressalta as potencialidades dessa etapa do desenvolvimento, onde a aprendizagem e a formação do pensamento por conceitos propiciam ao indivíduo uma maior apropriação de conhecimentos.

Vygotski (1996) observa ainda que as teorias tradicionais do desenvolvimento dentro da psicologia não compreenderam que as funções psíquicas superiores não são somente continuação de funções primárias, mas sim uma formação qualitativamente nova do psiquismo humano. O desenvolvimento das funções psicológicas superiores é resultado do desenvolvimento histórico da humanidade e, portanto, apesar de terem

relação, não são determinadas pelo desenvolvimento biológico do homem, conforme segue (Vygotski, 1996, p. 58):

O histórico e o biológico no desenvolvimento da criança aparecem separados; não há ponte entre eles que nos ajude a relacionar os dados relativos à dinâmica das formas de pensamento com os dados da dinâmica do conteúdo que cumula ditas formas. Tão somente com a introdução da teoria sobre as formas superiores da conduta, que são produtos da evolução histórica, tão somente com o estudo exclusivo do desenvolvimento histórico ou do desenvolvimento das funções psíquicas superiores é possível preencher o vazio da ontogênese da conduta, franqueá-lo com a ajuda de uma ponte e abordar assim o estudo da dinâmica da forma e do conteúdo do pensamento e da sua unidade dialética. Podemos correlacionar a dinâmica do conteúdo e da forma mediante o momento comum do historicismo que diferencia por igual tanto o conteúdo de nosso pensamento como as funções psíquicas superiores.

Desse modo, o desenvolvimento está relacionado ao desenvolvimento sócio-histórico, sendo que na idade de transição ocorrem mudanças dos interesses, assim definido por Vygotski (1996, p. 24): “é quando se manifestam com toda nitidez as relações entre as verdadeiras necessidades biológicas do organismo e suas necessidades culturais superiores, que chamamos de interesses”. Logo, os interesses não dependem somente de necessidades biológicas, mas também das necessidades histórico-sociais, ou seja, das condições concretas de vida do adolescente.

Para compreender o desenvolvimento psicológico da idade de transição é preciso entender o desenvolvimento de seus interesses, já que as funções psicológicas não estão dadas *a priori* e não se desenvolvem somente pela maturação do organismo e nem se desenvolvem separadamente. Os interesses mudam de acordo com cada etapa do desenvolvimento e alteram as formas de conduta do indivíduo.

Assim sendo, há uma relação entre uma nova aquisição no pensamento e o comportamento do sujeito (Vygotski, 1996). No desenvolvimento do pensamento do adolescente, conforme assinala Vygotski (1996, p. 70):

O pensamento abstrato, pelo contrário, é o que reflete pela primeira vez, com a maior profundidade e verdade, do modo mais completo e diversificado, a realidade com que se enfrenta o adolescente. Ao falar de trocas no conteúdo do pensamento no adolescente é preciso não esquecer uma esfera que aparece no memorável período da reestruturação do pensamento em seu conjunto: nos referimos ao conhecimento da própria realidade interna.

Ao ter mais clareza da realidade interna – através da formação de conceitos – são também desenvolvidas a autopercepção e a auto-observação. Com a reestruturação do pensamento, o adolescente passa a ter um maior conhecimento a respeito de si mesmo e dos fenômenos, e é capaz de compreender toda a complexidade presente no conceito:

O verdadeiro conceito é a imagem de uma coisa objetiva em sua complexidade. Tão somente quando chegamos a conhecer o objeto em todos seus nexos e relações, tão somente quando sintetizamos verbalmente essa diversidade em uma imagem total mediante múltiplas definições, surge em nós o conceito. O conceito, segundo a lógica dialética, não inclui unicamente o geral, senão também o singular e o particular. A diferença da contemplação, do conhecimento direto do objeto, o conceito está cheio de definições do objeto, é o resultado de uma elaboração racional de nossa experiência, é o conhecimento mediado do objeto. Pensar em algum objeto com ajuda do conceito significa incluir este objeto no complexo sistema de seus nexos e relações que se revelam nas definições do objeto. O conceito, portanto, não é, nem muito menos, o resultado mecânico da abstração, senão o resultado de um conhecimento duradouro e profundo do objeto. (Vygotski, 1996, p. 78)

Ao compreender toda a complexidade envolvida na realidade, o adolescente desenvolve a consciência social objetiva, isto é, por meio da apropriação, o que antes era externo passa a ser interno. E com a maior percepção da relação mundo externo-interno, o adolescente passa a vivenciar as contradições presentes no mundo. Os novos conteúdos do pensamento passam a fazer parte da personalidade do adolescente e o conduzem a novas atividades e a novas formas de pensar. É através do pensamento por conceitos que o adolescente compreende a realidade objetiva e, conseqüentemente, sua própria subjetividade, conforme afirma Vygotski (1996, p. 71):

A função da formação de conceitos, na idade de transição desempenha um papel decisivo pois permite que o adolescente se adentre em sua realidade interna, no mundo de suas próprias vivências. A palavra não é tão somente o meio de compreender os demais, senão também a si mesmo (...). Por ele, tão somente com a formação de conceitos se chega ao desenvolvimento intenso da auto-percepção, da auto-observação, ao conhecimento profundo da realidade interna, do mundo das próprias vivências.

Dessa forma, é pelo desenvolvimento do pensamento por conceitos que o jovem desenvolve o pensamento abstrato, as convicções internas, a orientação dos interesses em normas de conduta. Segundo Vygotski (1996), esse é o salto qualitativo que ocorre no psiquismo do adolescente quando deixa de ser criança e adentra o mundo dos adultos. O desenvolvimento do psiquismo está intimamente relacionado com o desenvolvimento histórico-cultural e com a atividade humana.

O psiquismo humano se desenvolve por meio da relação dialética entre a objetivação e apropriação através da atividade mediada. Especialmente, as funções psicológicas superiores desenvolvem-se na relação direta com o meio externo, são produtos históricos e se estruturam a partir das funções elementares: “se estruturam à medida que se formam novas e complexas combinações das funções elementares mediante a aparição de sínteses complexas” (Vygotski, 1996, p. 118). Contudo, vale

ressaltar que as funções psicológicas superiores não extinguem as funções psicológicas elementares, ambas permanecem no funcionamento psíquico.

A respeito do desenvolvimento das diversas funções psíquicas, Vygotski (1996, p. 119) coloca:

Toda a história do desenvolvimento psíquico na idade de transição está constituída pelo salto das funções e da formação de sínteses superiores, independentes. Neste sentido, na história do desenvolvimento psíquico do adolescente predomina uma estreita hierarquia. As diversas funções (atenção, memória, percepção, vontade, pensamento) não se desenvolvem umas ao lado de outras como um feixe de ramos postos em um recipiente, nem sequer crescem como diversas ramas de uma mesma árvore unidas por um tronco comum. No processo de desenvolvimento todas essas funções constituem um complexo sistema hierárquico onde a função central ou receptora é o desenvolvimento do pensamento, a função de formação de conceitos. Todas as restantes funções se unem a essa formação nova, integram com ela uma síntese complexa, se intelectualizam, se reorganizam sobre a base do pensamento em conceitos.

Há uma relação entre as diversas funções que se desenvolvem ao longo da história do homem e são por ela influenciadas. Conforme destaca Vygotski (1996, p. 57), “Quando falamos do conteúdo do pensamento e de suas mudanças, nos referimos a uma magnitude historicamente variável, socialmente condicionada que é produto do processo de desenvolvimento cultural”.

Nesse sentido, reiteramos que o desenvolvimento humano é histórico e social: “(...) poderíamos dizer que a natureza psíquica do homem é um conjunto de relações sociais deslocadas ao interior, e convertidas em funções da personalidade, partes dinâmicas de sua estrutura” (Vygotski, 1996, p. 228). O desenvolvimento da personalidade é uma operação externa, visto que as funções foram interiorizadas tendo início no mundo externo, ou seja, na realidade concreta de vida. Segundo Vygotski (1996, p. 229): “Ao converter-se em forma individual de conduta perde, durante um longo caminho de desenvolvimento os traços de operação externa e se converte em operação interna”.

Podemos dizer, portanto, que os homens se constituem primeiro externamente – por meio da organização coletiva da vida – e após se apropriarem das produções humanas, internalizam as funções de forma que os comportamentos, mesmo que individuais, têm sua origem nas relações históricas e sociais.

Interessa-nos destacar que a consciência a respeito da própria conduta e o controle das operações internas fazem parte do desenvolvimento da personalidade na adolescência. Retomando novamente Vygotski (1996, p. 232):

Vemos, portanto, como se manifestam as complexas leis na estrutura dinâmica da personalidade do adolescente. O que se pode denominar personalidade não é outra coisa que a autoconsciência do homem que se forma justamente até aquela época: o novo comportamento do homem se transforma em comportamento para si, o homem toma consciência de si mesmo como de uma determinada unidade. Este é o resultado final e o ponto central de toda a idade de transição (...). Os atos psíquicos adquirem caráter pessoal somente baseando-se na autoconsciência da personalidade e em seu domínio.

O adolescente, além de desenvolver a consciência de si e das peculiaridades de sua própria personalidade, desenvolve também uma consciência dos critérios morais vigentes na cultura social, passando pela moral coletiva e a autoconsciência sobre os outros indivíduos. Vale destacar que no desenvolvimento da autoconsciência há uma relação com a posição social que o adolescente ocupa, ou melhor dizendo, a autoconsciência tem relação com o desenvolvimento social do adolescente. Nas palavras de Vygotski (1996, p. 245) “(...) é mais do que a projeção das relações sociais no interior da personalidade. A autoconsciência é a consciência social transladada ao interior”.

Para Vygotski (1996), na idade de transição ocorre um grande salto qualitativo no desenvolvimento, contudo, o surgimento de novos interesses em contraposição aos velhos é muitas vezes doloroso para o jovem que ainda não encontrou seu lugar nas novas posições sociais dele exigidas. A crise⁵ dessa idade – diferentemente das abordagens tradicionais – é compreendida pelo autor não de modo negativo, mas como um impulso para o desenvolvimento, já que por meio das crises é possível a constituição de novas funções psíquicas.

A crise é evolutiva e em conjunto com as novas necessidades e com os novos motivos surgem as novas qualidades psíquicas. As crises não estão presentes somente na idade de transição, mas também em outras etapas do desenvolvimento e são imprescindíveis para o desenvolvimento psicológico do sujeito. Como dissemos anteriormente, as novas necessidades ampliam os objetos de interesse e as atividades antes ignoradas pelo sujeito passam a conduzir o comportamento.

Nesse sentido, o desenvolvimento do homem – incluindo o desenvolvimento do pensamento em conceitos na idade de transição – ocorre em relação direta com as atividades realizadas no mundo externo. Em cada etapa do desenvolvimento, apesar de

⁵ Conforme Almeida (2018, apud Palmieri & Zaniani, 2022) existiriam relações e distinções entre as ‘crises do desenvolvimento’ tal qual trabalhadas por Vigotski e as ‘crises psiquiátricas’, conhecidas pela psiquiatria como surtos. Enquanto as primeiras impulsionaliam qualitativamente o desenvolvimento humano, contribuindo para o surgimento de novos interesses em contraposição aos velhos, as segundas representariam o momento de agudização dos sintomas, podendo desestabilizar e produzir rupturas em diversas dimensões da vida do sujeito.

realizar várias atividades consecutivas, uma delas se destaca na condução do desenvolvimento, a qual é denominada de atividade dominante. Na idade de transição, de acordo com Vygotski (1996), a atividade dominante é o grupo de estudos e a comunicação íntima pessoal. Essas atividades darão gradativamente lugar a novas atividades sociais, como o trabalho e a profissão.

O que se pretende destacar aqui, retomando essas reflexões acerca de como se dá o desenvolvimento humano, é que na perspectiva sócio-histórica a adolescência não é compreendida simplesmente pelas mudanças corporais e hormonais ou pelas crises e comportamentos nomeados rebeldes, mas como uma etapa histórico-social fundamental para o desenvolvimento humano pleno, sendo um período de importantes saltos qualitativos que reestruturam todo o psiquismo.

Esses saltos qualitativos no desenvolvimento humano dependem, como já dissemos, da apropriação dos bens culturais historicamente objetivados e das condições materiais de vida que oferecem ou cerceiam essas apropriações. E qual é a realidade concreta dos adolescentes brasileiros? Quais as oportunidades estão postas para que se dê essa apropriação?

Dados do relatório da Fundação Abrinq (2022) apontam que adolescentes correspondem a 33% da população do Brasil, totalizando 70.406.587 crianças e adolescentes com idade entre 0 e 19 anos. Desse total, 57.549.347 de crianças e adolescentes vivem na área urbana e 12.857.334 na área rural. Em relação à distribuição demográfica pelo país, os dados apontam que 41,6% vivem na região norte; 36,3% na região nordeste; 33,5% na região centro-oeste; 30,4% na região sul; 29,9% na região sudeste.

Em relação à renda⁶ das famílias brasileiras em 2020, 61,4 milhões de pessoas viviam com uma renda *per capita* de até meio salário-mínimo (R\$522,50), sendo que outros 22,5 milhões de brasileiros declararam viver com metade deste valor (R\$261,25). Em 2020, 44,5% (19,6 milhões) das crianças e adolescentes de até 14 anos viviam em condição de baixa renda. E 27,1% (12,0 milhões de indivíduos) sobreviviam com $\frac{1}{2}$ do salário-mínimo, sendo que os outros 17,4% (7,7 milhões de indivíduos) restantes sobreviviam com até $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo. Já em relação à educação⁷ e à adolescência,

⁶ Dados referentes à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2018 pelo IBGE.

⁷ Números catalogados pela Fundação Abrinq a partir de dados do Ministério da Educação (MEC)/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP)/ Diretoria de Estatísticas Educacionais (DEED).

os índices de 2020 apontam que 3% abandonaram os estudos no Ensino Fundamental e 2,3% o Ensino Médio.

No que se refere ao trabalho de crianças e adolescentes, a PNAD-Contínua realizada pelo IBGE no ano de 2019 apontou que 38.281 habitantes com idade entre 5 e 17 anos trabalhavam, dentre esses, 2.003 indivíduos realizavam atividades econômicas ou de autoconsumo e 1.768 encontravam-se em situação de trabalho infantil, sendo que 706 mil se enquadravam nas piores formas de trabalho infantil. Em relação à distribuição das idades no total desses dados, 377 mil indivíduos tinham de 5 a 13 anos, 442 mil se referem a indivíduos de 14 a 15 anos e 950 mil entre 16 e 17 anos de idade (IBGE, 2019).

Ainda sobre a questão do trabalho, os dados apontam que a distribuição das pessoas no mercado de trabalho com idade entre 5 e 17 anos é 51,1% homem e 48,9% mulher. Já na situação de trabalho infantil, 66,4% eram do sexo masculino e 33,6% do sexo feminino. Dessa população, 37,7% dos indivíduos são brancos e 61,5% são negros, apontando-nos que a inserção prematura no mundo do trabalho ocorre sobretudo entre os adolescentes negros. Nessa faixa etária, 96,6% trabalham e estudam e 3,4% se encontram fora do sistema educacional. Já em relação à ocupação, 57,7% são empregados, 11,5% trabalham por conta própria ou são empregadores e 30,9% foram enquadrados como trabalhador familiar auxiliar. Em relação ao agrupamento das atividades, 24,2% trabalham com agricultura, 27,4% na área do comércio e reparação, 7,1% com serviços domésticos e 41,2% foram enquadrados em outras atividades (IBGE, 2019).

Com relação às horas trabalhadas, 42% das crianças e adolescentes com idade entre 5 e 17 anos trabalhavam 14 horas na semana, 26,6% executavam atividades por um período de 15 a 24 horas semanais, enquanto 15,3% realizavam atividades por um período de 25 a 39 horas semanais e 16% trabalhavam por mais de 40 horas semanais. Já em relação ao rendimento médio daqueles que se encontram em situação de trabalho infantil com idade entre 5 a 17 anos, os dados apontam um valor médio de R\$503. Contudo, quando se analisa esses dados por sexo, observamos traços da desigualdade de gênero, pois os homens ganhavam em média R\$524 e as mulheres R\$461. Em relação à cor ou raça, a população branca ganhava R\$559 e a população negra ou parda R\$467. Vale destacar que o valor médio aumentava conforme a progressão da idade, sendo que de 5 a 13 anos o valor médio é de R\$ 163; de 14 a 15 anos de R\$376 e de 16 a 17 anos correspondente a R\$560. Outra informação extremamente relevante é que o valor conseguido por aqueles que não eram estudantes é superior aos que se encontravam dentro

do sistema educacional, de forma que o estudante atingia o valor médio de R\$ 470, enquanto não estudantes conseguiam R\$ 624 (IBGE, 2019).

Em relação a adolescentes com idades entre 16 e 17 anos presentes de modo informal no mercado de trabalho, dados apontam um total de 772 mil indivíduos, sendo que 66,6% encontravam-se empregados no setor privado, sem carteira assinada e como trabalhador doméstico. Entre os que trabalhavam de modo informal, 13,3% realizam atividades por conta própria ou como empregador e 21,1% trabalham na informalidade como trabalhador familiar auxiliar (IBGE, 2019).

Outro dado importante para se pensar as condições de vida de crianças e adolescentes brasileiros é que 448 mil indivíduos com idade entre 5 a 17 anos que realizavam atividades econômicas residiam em domicílios cuja renda era complementada pelo Programa Bolsa Família ou pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC) da política de Assistência Social. Nesse contingente de sujeitos que trabalhavam para complementar a renda somada aos benefícios da assistência social, 50,8% representam aqueles com idade entre 5 e 13 anos; 29,1% se referem aos sujeitos com idade entre 5 e 17 anos; 32,7% tinham idade entre 14 e 15 anos e 24,6% abarcavam os sujeitos com idade entre 16 e 17 anos de idade (IBGE, 2019).

A respeito da exposição à violência de crianças e adolescentes, em 2018 mais de 56,8 mil mortes foram provocadas por homicídios e registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), dentre as quais 9,8 mil foram cometidas contra crianças e adolescentes com idade entre 0 e 19 anos. Dentre esses números, 7.818 de mortes foram provocadas pelo uso de armas de fogo, o que equivale a 79,4% do total de mortes por homicídios de crianças e adolescentes em 2018 (Fundação Abrinq, 2020).

Uma análise referente ao mesmo período demonstrou que as taxas de homicídio contra crianças e adolescentes de 0 e 19 anos de idade segundo raça (para cada 100 mil habitantes), apontou que 2,4% foram praticados contra brancos; enquanto 11,5% contra negros. Já em relação aos homicídios oriundos, as intervenções legais (ação policial) demonstram que ocorreram 1.905 mortes em ações policiais, o que equivale 27,2% (Fundação Abrinq, 2020).

Já dados divulgados pela Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2020) indicam que uma das maiores violações contra meninos e meninas no Brasil são os homicídios de adolescentes, pois a cada hora um indivíduo com idade entre 10 e 19 anos morre no país. Para além, no ano de 2018, 31 crianças e adolescentes foram assassinados por dia no Brasil.

No período pandêmico, a partir de março de 2020 muitos desses marcadores se agravaram. Muito se alardeou sobre o aumento da violência relacionando-o à questão do desemprego decorrente da pandemia de COVID 19. Segundo dados do IBGE divulgados pelo UOL em 30/06/2020 cerca de 7,8 milhões de postos de trabalho foram perdidos. Destes, 5,8 milhões referiam-se a empregos informais. Os que mantiveram os empregos reclamavam da sobrecarga do trabalho remoto, desafios na conciliação de rotinas e exigências com a casa e com os cuidados com crianças e outros membros da família (Garcia, 2022).⁸

Todos esses dados expostos acima corroboram para a compreensão de que não existe uma adolescência, mas adolescências com experiências diversas e adversas que, por conta das diferenças e desigualdades (de classe, gênero e raça/etnia), redundam em modos bastante plurais de viver esse momento do desenvolvimento humano.

O impacto causado pela compreensão positivista das teorias tradicionais a respeito da adolescência é enorme e reflete em muitos aspectos e espaços da realidade social. Nesse sentido, Bock (2004) afirma que a visão universalizada, naturalizada e patologizada da adolescência se expressa na falta de políticas públicas ao público infantojuvenil:

Ao se pensar a problemática da adolescência não se toma qualquer questão social como referência. A falta de políticas para a juventude em nossa sociedade, a desqualificação e inadequação das atividades escolares para a cultura jovem, o sentimento de apropriação que os pais têm, em nossa sociedade, com relação aos filhos, as contradições vividas, a distância entre o mundo adulto e o mundo jovem, a impossibilidade de autonomia financeira dos jovens que ou não trabalham ou sustentam a família, nenhuma destas questões é tomada como elemento importante para compreender a forma como se apresenta a adolescência em nossa sociedade(...) O adolescente está tomado como universal, quando são evidentes as diferenças entre os grupos das diferentes classes sociais, em razão de diferentes formas de inserção social (...) A psicologia não pode mais manter-se divulgando e reforçando estas visões, pois não contribui para a construção de políticas sociais adequadas para a juventude; não ajuda a construir projetos educacionais adequados para manter os jovens na escola, não ajuda a inserir os jovens nos grupos e nas instituições que têm como vocação o debate sobre a juventude (...) é uma visão que impede a construção de uma política social adequada para que os jovens possam inserir-se na sociedade como parceiros sociais fortes, criativos, cheios de projetos de futuro. (pp. 38-39)

Posto isso, abrimos um parêntese aqui para dizer que consideramos imprescindível almejar que o psicólogo atue na direção contrária a essas perspectivas,

⁸ Para saber mais acesse: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/06/desemprego-chega-a-129-em-meio-a-pandemia-da-covid-19.shtml>

contribuindo para a construção de políticas públicas e de um cuidado em saúde/saúde mental direcionados ao público infantojuvenil que considerem toda a complexidade envolvida. Conforme Bock (2007, p. 75) nos ensina:

Os psicólogos (...) entendendo a adolescência como um período do desenvolvimento que tem suas características constituídas nas relações sociais e nas formas de produção da sobrevivência, podem contribuir para a re-significação, pelo adulto, deste período e sugerir novas formas de relacionamento que tenham no jovem um parceiro social. Além disso, os psicólogos devem contribuir com seus saberes para que a adolescência seja vista como de responsabilidade de todos. O que nossos jovens estão fazendo, como estão se comportando, deve ser compreendido como fruto das relações sociais, das condições de vida, dos valores sociais presentes na cultura, portanto, como responsabilidade de todos que fazem parte de um conjunto social. Pais, professores, profissionais e adultos e geral devem ser alertados para a responsabilidade que possuem na formação e na construção social de nossa juventude (...).

O fenômeno do uso abusivo aos adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas é complexo, multideterminado, histórico e social, refletem o modo de organização de uma sociedade que responde às necessidades da vida e do capital. Na perspectiva aqui defendida acredita-se que o conhecimento deve contribuir para as ressignificações necessárias frente ao que se tem (re)produzido tanto nas pesquisas científicas quanto nas práticas profissionais, pois não é possível colocar de um lado a teoria e, do outro – ou a reboque desta – a ação profissional.

A visão das teorias hegemônicas acoberta a determinação social e auxilia na manutenção de ideologias dominantes. Essa problemática se expressa dentro das políticas públicas de inúmeras formas, aqui será destacada sua influência na compreensão do fenômeno do uso de substâncias psicoativas e na construção das ações de cuidado em saúde mental voltada ao público infantojuvenil.

SEÇÃO II - LÓGICA PSIQUIÁTRICA X LÓGICA PSICOSSOCIAL: TENSÕES NA BUSCA POR UM NOVO PARADIGMA DE CUIDADO

A História Humana não se desenrola apenas nos campos de batalha e nos gabinetes presidenciais. Ela se desenrola também nos quintais entre as plantas e galinhas, nas ruas de subúrbios, nas casas de jogos, nos prostíbulos, nos colégios, nas usinas, nos namoros de esquinas. (...) Porque o canto não pode ser uma traição à vida, e só é justo cantar se o canto arrasta as pessoas e as coisas que não têm voz (Ferreira Gullar, 1997).

2.1 Considerações sobre a constituição do paradigma psiquiátrico

As pessoas que sofrem psicicamente, ao longo da história, foram nomeadas por diversos termos, como: leproso, loucos, degenerados, idiotas, doentes mentais e portadores de doenças mentais, até que foram ampliadas as categorizações e organizadas dentro de sistemas de classificação utilizados hoje como referência pela área médica e científica. Destacamos os dois sistemas de classificação mais utilizados na atualidade: a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID, que já está em sua 10ª edição) da Organização Mundial da Saúde (OMS); e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM, que se encontra na 5ª edição) da Associação Psiquiátrica Americana. Ambos agrupam sintomas e outras características referentes a cada transtorno a fim de auxiliar no diagnóstico e prognóstico. Dentro dessas categorizações que norteiam as ações em saúde encontram-se também os chamados “transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas”.

Como já dito, a percepção social da loucura e o cuidado ofertado àqueles considerados “loucos”, sofreram inúmeras transformações ao longo do tempo. Na Idade Média – diferentemente da modernidade na qual a loucura passou a ser atrelada à psiquiatria – a loucura era remetida à ideia de alteridade pura, uma experiência verdadeira e originária. Nessa época, o hospício e as Santas Casas de Misericórdia cumpriam a função de hospedagem dos sujeitos marginalizados pela sociedade, dentre os quais: prostitutas, leprosos, ladrões, loucos, etc. faziam parte. O termo hospital tem origem do latim e significa hospedagem, hospedaria ou hospitalidade hospital, não era uma instituição médica, mas uma instituição de caridade que buscava oferecer abrigo e alimentação aos mais pobres, por vezes vinculado a entidades religiosas. Apesar de não

estar atrelado à medicina, desde o início o hospital ocupava um lugar importante na ordem social, fosse de exclusão/assistência/filantropia (Amarante, 1995; 2007).

Foi por meio de um longo processo que o hospital se transformou em instituição médica, mas antes dessa transformação a loucura e o louco tinham múltiplos significados sociais, segundo Amarante (2007, p. 23): “(...) de demônios a endeusados, de comédia e tragédia, de erro e verdade. Múltiplos e plurais eram também seus lugares e espaços: ruas e guetos, asilos e prisões, igrejas e hospitais.” No século XVII, os hospitais já não tinham como fim único a filantropia, mas cumpriam uma função social e política mais explícita. Na França, em 1656, foi criado pelo rei o Hospital Geral – que tem grande importância para o novo lugar social ocupado pelo louco e pela loucura no ocidente. Este novo dispositivo realizava o isolamento e a segregação de alguns segmentos sociais, especialmente dos mais pobres. Foucault (1978, p. 49) definia o Hospital Geral como “A Grande Internação” ou “O Grande Enclausuramento”, destacando o fato que o hospital acolhia quem chegasse de vontade própria e aqueles que fossem encaminhados pelas autoridades judiciárias.

A internação no Hospital Geral era determinada e controlada por autoridades reais e judiciárias, sendo que o diretor do hospital tinha poder sobre a população ali recolhida e sobre os potenciais internos que estavam fora dos muros hospitalares. Nesse sentido, Foucault (1978, p. 50) destaca que o Hospital Geral seria:

(...) uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa (...)
O Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a ordem terceira da repressão.

É nesse contexto que o hospital deixa de ser somente uma instituição de caridade e passa a exercer funções sociais e políticas. Com a Revolução Francesa, muitos médicos foram para os hospitais no intuito de modernizá-los e acabaram transformando-os em instituições médicas. Os internos que ali viviam foram liberados e novas instituições foram criadas – como escolas, orfanatos, centros de reabilitação – e o hospital foi perdendo suas funções sociais e de caridade, passando a ter o objetivo de tratar dos enfermos. Dessa forma, a atuação do médico passou a ser constante dentro do ambiente hospitalar e isso possibilitou que as doenças fossem agrupadas e sistematizadas com base no modelo epistemológico das ciências naturais (Amarante, 2007).

No fim do século XVIII, o hospital passou a ser medicalizado. Foucault (1978) ressalta que o processo de medicalização ocorreu por meio da disciplina, onde era possível a vigilância constante dos indivíduos ali internados. Amarante (2007) destaca

que o hospital se tornou ao mesmo tempo espaço de tratamento, de catalogação de doenças, de disciplinamento dos sujeitos e de reprodução do saber médico. Entretanto, nesse processo a doença foi perdendo seu conteúdo histórico e social, passando a ser vista de forma institucionalizada. “Em outras palavras, a doença isolada, em estado puro, como pretendia a história natural, terminava por ser uma doença produzida, transformada pela própria intervenção médica” (Amarante, 2007, p. 26).

Tomando as contribuições de Foucault para rememorar a história da loucura, Amarante (2007) observa que a substituição da sociedade absolutista (monárquica, totalitária e clerical) para a sociedade disciplinar levou à normatização dos indivíduos e tornou o hospital um lugar de saber, especialmente positivista, de tal modo que a doença passou a ser compreendida como algo natural e abstrato, não tendo lugar nesta compreensão o sujeito da experiência da loucura.

Na área da saúde mental, a figura do médico como detentor do saber teve sua primeira expressão em 1793, com Philippe Pinel, que passou a dirigir o Hospital Bicêtre em Paris, ficando conhecido como o fundador da psiquiatria. Pinel compreendia a doença como um problema de ordem moral, postulava que o isolamento era fundamental para o tratamento dos doentes, já que por meio dele supostamente seria devolvido aos sujeitos as capacidades que lhes foram retiradas pela alienação. Assim, com o indivíduo isolado (internado) seria possível discriminar e conhecer a alienação em seu estado mais puro, sem interferências externas, e possibilitaria também a execução do tratamento moral que requeria ordem e disciplina. O tratamento moral seria a soma de princípios e medidas que eram impostos aos alienados no intuito de reeducar a consciência e trazê-los de volta à realidade. Foi Pinel que elaborou a primeira nosografia-classificação das doenças mentais e instituiu o conceito de alienação mental e também a profissão do alienista. Foi Pinel que fundou os primeiros hospitais psiquiátricos e estabeleceu o tratamento moral dos indivíduos como modelo terapêutico (Amarante, 1995; 2007).

Importante ressaltar que Pinel não fez uso do conceito de doença mental, mas de alienação mental, que segundo Amarante (2007, p. 30) seria definida como: “um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade.” Portanto, esse conceito nasceu associado a noção de periculosidade do louco, já que a alienação produziria desarmonia e provocaria a perda da razão. Nesse sentido, os conceitos fundados por Pinel contribuíram para a construção da atitude social de medo e de discriminação frente às pessoas que fossem identificadas

como alienadas. Tal significado ainda hoje repercute no modo como a sociedade concebe a loucura.

A transformação do hospital de um espaço filantrópico e de assistência social para um local de tratamento médico não alterou a institucionalização dos ditos “loucos”, apenas alterou as nomenclaturas que justificavam a institucionalização, já que essa passou a ocorrer não mais pela via da caridade ou da repressão, mas pela imposição terapêutica. Amarante (1995, p. 58) lembra que: “A caracterização do louco, enquanto representante de risco e periculosidade social, inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional”.

Em pouco tempo os hospitais ficaram lotados de alienados e aumentava cada vez mais as dúvidas acerca da sua eficácia e as evidências do tratamento desumano prestado aos internos. De acordo Amarante (2007, p. 38):

A enorme dificuldade em estabelecer os limites entre a loucura e a sanidade; as evidentes funções sociais (ainda) cumpridas pelos hospícios na segregação de segmentos marginalizados da população; as constantes denúncias de violências contra os pacientes internados fizeram com que a credibilidade do hospital psiquiátrico e, em última instância, da própria psiquiatria, logo chegasse aos mais baixos níveis.

A caracterização do louco como representante de risco e periculosidade inaugurou a institucionalização da loucura pelo saber psiquiátrico. A relação estabelecida com esses indivíduos nos manicômios era de tutela, algo que, segundo Amarante (1995, p. 59), “é um dos pilares constitutivos das práticas manicomiais e cartografa territórios de segregação, morte e ausência de verdade”. Cunha (1986) destaca que as aparentes rupturas dos pressupostos psiquiátricos visavam ampliar as possibilidades de intervenções sociais da medicina, já que era o saber médico que regulava a percepção social sobre a loucura e a relação que a sociedade estabelecia com o louco.

O conceito da loucura seria assim “escorregadio, de limites imprecisos e de natureza indefinível” (Cunha, 1986, p. 111). O alienismo, apesar de sofrer duras críticas, inaugurou uma concepção a respeito da loucura que era invisível aos leigos, ou seja, aqueles que não fossem médicos e não detinham o saber do alienista. A medicina mental se legitimou como uma instância legal de exclusão e de controle a agir em prol da defesa da sociedade por meio de estratégias de disciplinarização e de poder.

O hospício desde o início abrigou os loucos invisíveis, entretanto, dentro de seus muros também se refletiam as diferenças de classes sociais. Os sujeitos considerados loucos morais – em que a família pertencia a classes mais altas – recebiam tratamento

diferenciado quando comparados àqueles loucos considerados “idiotas” ou “imbecis”. Essa diferenciação é visível nos registros de prontuários das primeiras décadas do século XX do Hospital Psiquiátrico Juquery analisados por Cunha (1986), em que eram praticamente distintos em branco para negros e pobres; visível nas vestes e visível na hierarquização do cuidado prestado por médicos e enfermeiros.

O que se pretende ressaltar é que dentro do hospício também se encontravam pessoas que a doença era justificada a partir de comportamentos sociais específicos, isto é, sujeitos com capacidades perfeitas de julgamento, raciocínio e juízo, mas que ao recusarem os padrões morais e de conveniências sociais eram ali enclausurados e condenados ao silêncio; por exemplo, aqueles que tinham comportamentos de má gestão de bens ou de dinheiro, de vícios como o álcool, uma vida sexual irregular, mulheres que não se enquadravam nos papéis femininos da época e nas funções que deviam realizar dentro da família, dentre outros (Cunha, 1986).

O alienismo constitui a experiência da loucura por meio da relação triangular estabelecida entre médico-louco-família. Para a família, o alienismo suscitava sentimentos contraditórios, de um lado a vergonha de ter um louco como membro familiar, especialmente pelos organicistas acreditarem que a loucura tivesse componentes hereditários e, de outro lado, o alívio em ter uma alternativa para a situação que vivenciava e que era dificultada pela vida urbana e o crescente espaço ocupado pelo trabalho. Já para os loucos, o sentimento era de abandono e humilhação (Cunha, 1986).

O hospício foi uma solução encontrada para os problemas da organização do espaço urbano e atendia às necessidades políticas de disciplinarização e controle dos corpos, sendo uma alternativa aceitável pela maioria da população, apesar de gerar o que Basaglia (1979) define como morte civil do louco, já que este perde completamente seu espaço social e a sua cidadania. Cunha (1986) afirma que o manicômio foi a instauração do espaço médico para quem não tinha espaço social e não se adaptava às novas exigências do trabalho e da vida urbana. Nesse sentido, vale destacar que o alienismo

Cientificiza procedimentos discriminatórios e excludentes para, medicalizando aquilo que é “estranho”, oferecer uma alternativa política e moralmente aceitável para famílias atingidas pela desgraça e pela vergonha, para governos embaraçados pela necessidade de dispor de saídas institucionais de exclusão e controle. O próprio louco, de uma certa forma, não deixa de construir um parceiro do alienista na construção da loucura – posto que parceiro subordinado, cuja voz deve ser suprimida pela fala do saber. Como fenômeno social e histórico, a loucura termina por assumir as formas da rebeldia, da submissão, do medo, da fuga, da vingança, da negação, do avesso, mas sempre referida a uma sociedade que a produz – relação percebida pelos alienistas da virada do século: a loucura se torna então

uma ameaça, uma denúncia, um demônio a ser exorcizado pelos sacerdotes da ciência (Cunha, 1986, p. 160).

Mas, essa ciência na prática dentro hospício não conseguiu definir de modo claro o objeto que prometia tratar. Era uma medicina que se ancorava em cima de uma “doença” invisível – que é social e histórica – e que tentava se apossar destas dimensões e atribuir a elas outra natureza. Fazendo uso novamente das palavras de Cunha (1986), temos que:

Guardiões da alma, carcereiros da “natureza humana”, os alienistas deste período produzem um discurso capaz de se sobrepor ao do louco que fala de sua experiência desde o outro lado do espelho – referendando cientificamente a desigualdade racial e social, os papéis sexuais, os preconceitos, a moral-e-bons-costumes, o sexo normalizado, a lei e a ordem (...) articulando-se num projeto de normalização da sociedade, do conjunto de relações conflitos que ela comporta. Neste momento, o hospício torna-se pequeno para seus novos propósitos, já não mais voltado para individualidades patológicas, mas para uma sociedade enferma. (p. 161)

Nesse sentido, estendendo a análise para além da instituição psiquiátrica, Basaglia (1968/2010) adverte que a violência e a exclusão estão na base de todas as relações e instituições da nossa sociedade, como a família, a escola, a fábrica e a universidade. Essa violência se transforma em exclusão e o grau de violência aplicada em cada instituição depende da necessidade daqueles que possuem o poder em ocultá-la ou disfarçá-la. Por esse motivo o autor as denomina como ‘instituições da violência’, já que dentro delas os especialistas têm o poder de executar a violência técnica e de adaptar os sujeitos a objetos da violência sem que haja reação, ampliando assim as fronteiras da exclusão, conforme segue:

O novo psiquiatra social, o psicoterapeuta, o assistente social, o psicólogo de indústria, o sociólogo de empresa (para citar só alguns), são os novos administradores da violência no poder, na medida em que, atenuando os atritos, dobrando as resistências, resolvendo os conflitos provocados por suas instituições, limitam-se a consentir, com sua ação técnica aparentemente reparadora e não-violenta, que se perpetue a violência global. Sua tarefa, que é definida como terapêutico-orientadora, é adaptar os indivíduos a aceitação de sua condição de “objetos da violência”, dando por acabado que a única realidade que lhes cabe é serem objeto da violência se rejeitarem todas as modalidades de adaptação que lhes são oferecidas. (Basaglia, 2010, p. 102)

Assim, o objetivo continuaria sendo o mesmo: reduzir o conflito entre o excluído e o excludente através da cientificidade, pois a ciência mesma cria as normas e as sanciona. Importante ressaltar que a abordagem terapêutica tem íntima ligação com o sistema socioeconômico, de modo que a doença tem significados e tratamentos distintos de acordo com o nível social do doente. Basaglia (2010) observa que o problema não é a

doença em si, mas o tipo de relação que se estabelece com o doente, que o estigmatiza e o anula socialmente, o colocando à margem da vida em sociedade.

Essa violência da psiquiatria contra o doente rendeu muitas críticas e registros de maus-tratos, ocasionando tentativas de resgatar sua imagem e seu possível potencial terapêutico, fazendo surgir assim as colônias de alienados. As colônias eram localizadas em grandes propriedades e tinham o trabalho como potencial terapêutico. No Brasil, houve inúmeras colônias espalhadas pelo país, sendo a mais famosa localizada em São Paulo e denominada de Colônia Juquery, que chegou a ter 16 mil internos. Contudo, logo as colônias também se mostraram instituições asilares e privativas de liberdade.

Após a II Guerra Mundial, passaram a ocorrer comparações – devido às grandes semelhanças – entre os hospícios e os campos de concentração. O período pós-guerra não poderia pactuar com tantas violências, dando origem às primeiras experiências de reformas psiquiátricas (Amarante, 2007), sobre as quais falaremos a seguir.

2.2 Experiências de reformas psiquiátricas e a luta por uma nova psiquiatria

Maus-tratos, superlotação e segregação dos marginalizados sociais cada vez mais evidentes, somados às denúncias de violências cometidas contra os internos, abalaram a credibilidade da psiquiatria, colocando em xeque seu potencial terapêutico. No contexto histórico pós II Guerra Mundial, era preciso reformar a psiquiatria e a partir de então, surgiram vários movimentos que, cada um a seu modo, revelavam o que se pretendia (ou não) transformar.

Amarante (2007) divide as reformas psiquiátricas em dois grupos e mais um que não se enquadra nos dois primeiros. O primeiro se referia às Comunidades Terapêuticas e Psicoterapia Institucional, as quais acreditavam que o fracasso da psiquiatria seria devido ao modo de gestão das instituições, sendo preciso introduzir mudanças no hospital. O segundo grupo é composto pela Psiquiatria de Setor e pela Psiquiatria Preventiva, que consideravam que o modelo hospitalar estava esgotado e por conta disso, o cuidado deveria ser realizado por meio da conciliação entre instituições hospitalares e a instituição de novos serviços assistenciais, ou, em outras palavras, na transição entre essas duas instituições. Em um outro grupo estariam a Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática. Amarante (2007) não as considera dentro das reformas psiquiátricas propriamente ditas, já que ambas questionam as instituições e todo o modelo científico psiquiátrico.

Com o fim das Guerras Mundiais era preciso que os jovens soldados voltassem ao mercado de trabalho para a recuperação da economia, já que grande parte da mão-de-obra se encontrava internada e incapacitada nas instituições asilares. Os asilos passaram a ser considerados como responsáveis e mantenedores das enfermidades de seus internos, visto que não possibilitavam aos doentes que assumissem outros papéis além do papel de enfermo. Os cuidados precários prestados por essas instituições dificultavam a recuperação, o que contribuiu para que buscassem utilizar o potencial terapêutico dos próprios doentes (Birman & Costa, 1994).

Nesse sentido, surgem as Comunidades Terapêuticas⁹, que pregavam a horizontalidade e democratização das relações, realizavam assembleias, reuniões, grupos operativos e propostas de trabalho que envolvessem todos na sua elaboração e execução; enfim, buscavam envolver pacientes, técnicos e familiares no trabalho terapêutico, alterando o foco do trabalho individual para o trabalho grupal. Soldados que se encontravam afastados com problemas emocionais foram reintegrados por essa estratégia, e do hospital psiquiátrico foi exigido que acompanhasse o ritmo turbulento de retomada da vida e de retorno às atividades sociais, não podendo mais desperdiçar o potencial energético dos alienados (Amarante, 2007; Birman & Costa, 1994).

O espaço hospitalar se tornou um espaço da pedagogia social, pois passou a ser um espaço restrito de experimento e réplica do espaço social extra-asilar, onde os sujeitos, por meio do aprendizado, se recuperavam para a vida em sociedade. Nessa perspectiva, a saúde e a doença mental oscilam entre a adaptação e desadaptação, conforme Birman e Costa (1994, p. 50):

As normas e limites que devem regular e delinear a vida dos pacientes no interior do hospital são uma síntese das regras da vida social mais ampla, que devem ser internalizadas pelos pacientes, e a cura estaria relacionada com esta possibilidade de reeducação (...). A possibilidade da cura relaciona-se com a perspectiva de entrar neste novo arranjo asilar. As situações hospitalares tornam-se um modelo, simultaneamente real e simbólico, que desenharam as linhas reais e virtuais dos comportamentos permitidos e interditos, que erige um modelo de homem adulto.

A Psicoterapia Institucional também foi uma experiência de reforma no período pós-guerra na França. Seu fundador, François Tosquelles, defendia a importância da ampliação do referencial teórico na área da psiquiatria, assim como a importância de toda a equipe no acolhimento e suporte prestado aos internos. Essa perspectiva tinha como premissa de que no hospital todos tinham uma função terapêutica e deveriam lutar contra

⁹ Vale ainda ressaltar que as Comunidades Terapêuticas daquele período mencionadas não têm relação com as Comunidades Terapêuticas atuais, especialmente aquelas vinculadas a instituições religiosas.

a violência institucional e a verticalidade das relações. A principal contribuição dessa corrente foi a noção de transversalidade na qual, através do encontro e do confronto dos papéis profissionais e institucionais, seriam problematizadas as hierarquias e as hegemonias (Amarante, 2007).

Nesse sentido, a doença deixou de ocupar o centro das intervenções e das discussões e passou a ter espaço na promoção da saúde mental. Tal tarefa pode ser realizada por qualquer profissional ou pessoa adaptada às normas vigentes, ou seja, deixa de ser uma tarefa exclusiva do médico. Aqui não se trata mais de cura, mas de adaptação social. O critério para a alta hospitalar deixa de ser a remissão dos sintomas (delírios, alucinações etc.) e passa a ser a capacidade de adaptação do interno ao grupo, visto que se ele se adaptasse a um grupo no interior da dinâmica hospitalar seria possível se adaptar também a um grupo extra-hospitalar. De acordo com Birman e Costa (1994, p. 52):

Apesar de informável num sistema teórico, o que podemos claramente ler nas entrelinhas das novas práticas e das novas instituições, é a criação de um novo objeto da psiquiatria, que é a Saúde Mental. Este é delineado com linhas bem marcadas: 1) A Saúde Mental é definida em termos adaptativos, como a capacidade do sujeito de integrar-se num grupo; 2) Adaptar-se num pequeno grupo representa a possibilidade do indivíduo de submeter-se, nem que seja aparentemente, às suas regras, formuladas por seus líderes formais, que se traduzem na linguagem e na realização de suas tarefas práticas.

Essa mudança de objeto ocorre no fim da década de 1950 e levanta a necessidade de um trabalho que vá além dos muros do manicômio. Nesse sentido, a reforma não deve mais ser restrita ao hospital psiquiátrico, mas deve abarcar toda a comunidade social que passa a ser espaço de ação e intervenção da psiquiatria. A promoção da Saúde Mental se torna responsabilidade de todos os cidadãos e governo. No plano teórico, essa alteração surge por uma abordagem preventiva (Birman & Costa, 1994).

É nesse contexto que surgem as experiências da Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva. Na primeira, foram criados centros de saúde mental em diversos setores administrativos das regiões francesas, distribuídos de acordo com o quantitativo populacional de cada região. O impacto desses setores no hospital se referia a uma dinâmica que favoreceria o estabelecimento de vínculos, já que todos os pacientes oriundos de determinada região eram alocados na mesma enfermaria, e quando recebiam alta eram encaminhados ao mesmo centro de saúde mental. O acompanhamento terapêutico poderia ser realizado pela mesma equipe profissional em ambos os espaços – hospital e centro de saúde mental – e o tratamento não era exclusivo da medicina, mas de profissionais de diferentes áreas (Amarante, 2007).

Já a Psiquiatria Preventiva teve origem nos Estados Unidos e ficou conhecida como Saúde Mental Comunitária. Essa linha surgiu após a divulgação de um censo realizado em 1955 para dar visibilidade às precárias condições da assistência prestada aos doentes, repleta de maus-tratos e de violência. O contexto de sua origem também teve influência da Guerra do Vietnã e do crescente envolvimento dos jovens com *gangues*, drogas e outros movimentos. Essa perspectiva pressupõe uma linearidade no processo saúde-doença acreditando que todas as doenças mentais poderiam ser supostamente prevenidas¹⁰ se detectadas precocemente. A sociedade estaria livre dos males se os suspeitos de desenvolver possíveis desordens mentais fossem identificados e tratados (Amarante, 2007). Na Psiquiatria Preventiva o psiquiatra se torna um funcionário burocrático que busca o equilíbrio comunitário e a promoção à adaptação dos ideais dos grupos instituídos, conforme Birman e Costa (1994, p. 56):

Prevenir, palavra ambígua, implica em adaptar, em equilibrar os contextos socialmente tensos desde o seu surgimento, como forma de bloquear o surgimento do desvio e do marginalismo nos grupos constituídos, já que são ameaças, reais e (ou) simbólicas, para sua dissolução.

A relação saúde-doença passa a ser associada à noção de adaptação-desadaptação social, sendo a promoção da saúde mental associada à interação normatizada. No sentido de que “trata-se de esquadrihar o bem-estar moral e não mais tratar doenças psíquicas: o mal engloba todos os desvios das normas; a Psiquiatria é a promotora do Bem-Estar” (Birman & Costa, 1994, p. 56).

Nesse contexto, surge pela primeira vez na psiquiatria o conceito de crise¹¹, sendo esse um indicador de desequilíbrio ou de desadaptação social. Importante ressaltar que a crise não é sinônimo de doença mental, mas pode conduzir ou favorecer seu desenvolvimento. O conceito de crise corroborou para a atuação da psiquiatria para além da doença mental, já que por meio dele se estabeleciam estratégias de trabalho de base comunitária nas quais as equipes de saúde mental se tornavam consultores comunitários

¹⁰ Segundo Birman e Costa (1994), a psiquiatria incorpora alguns dos conceitos da Saúde Pública, principalmente o de História Natural da Enfermidade, o qual distingue três tipos de intervenção conforme a constituição da doença: 1) Prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, se refere a condições etiológicas que podem ser de origem individual ou do meio; 2) Prevenção Secundária: diagnóstico e tratamento precoce da doença mental; 3) Prevenção Terciária: readaptação do sujeito à vida social, após a melhoria com o tratamento.

¹¹ As crises se dividiriam em dois grupos: 1) Evolutivas: ocasionadas pelo processo normal de desenvolvimento, gerando conflitos que podem levar à desadaptação, e se não elaborada pode levar à doença mental; 2) Acidentais: imprevistas e desencadeadas por ameaça ou perda, gera grande perturbação que pode conduzir futuramente à doença mental (Birman & Costa, 1994).

que podiam identificar e intervir em crises individuais, familiares e sociais (Amarante, 2007; Birman & Costa, 1994).

Contudo, a atuação preventiva nas crises e em outros aspectos de vida da população é um tanto quanto controversa. Especialmente quando se fala de prevenção primária das doenças mentais, visto que não há fundamento etiológico que garanta que evitando um ou outro fator se evite o desenvolvimento de doença mental em todos os seus tipos. Portanto, nas enfermidades mentais não há modelos de causa-efeito que garantam a efetividade da prevenção primária. Birman e Costa (1994, p. 59) definem muito bem a prática da Psiquiatria Preventiva da seguinte forma:

A Psiquiatria Preventiva vai querer repetir a prática histórica dos primeiros higienistas do século XIX para justificar uma atuação sem conhecimento de causa, e chamar a isto de Prevenção Primária. Entretanto, o que ocorre nesta prevenção sem sustentação teórica efetiva, é uma forma abusiva de psiquiatrização da vida social, com o nome de promoção da saúde mental, já que a doença ou sua ameaça torna-se caracterizada como desadaptação ou negativismo social. A terapêutica ou a promoção de saúde torna-se idêntica à realização de práticas de ajustamento social.

Outro aspecto da prevenção primária é a multiplicação do psiquiatra pela comunidade, já que ele é auxiliado em sua tarefa de vigilância dos comportamentos desadaptados pela população não-doente em prol da ideologia do Bem-Estar Social. É dessa forma que a psiquiatrização adentra todos os espaços sociais e culturais, uma vez que nenhum lugar da comunidade é protegido da possibilidade de adoecer. A população se junta aos esforços da psiquiatria em prevenir, curar e reabilitar aqueles que adoecem por questões mentais (Birman & Costa, 1994).

Destacamos que atrelada à psiquiatrização está a medicalização, termo cunhado por Ilich (1976) para discutir o processo de tornar aspectos da ordem social, cultural, individual, econômica e política em problema médico. O autor afirma que questões da existência humana são transformadas em mercadorias para que os sujeitos desejem e consumam as terapias, em outras palavras, o indivíduo passa a comprar a cura que lhe é oferecida. Apesar de em muitos momentos a psiquiatrização e a medicalização serem tratadas e discutidas separadamente, entendemos que esses processos se entrecruzam na realidade, se articulam e se multideterminam, andando de mãos dadas no cotidiano da vida e nas práticas ditas terapêuticas de muitos serviços de saúde.

É pertinente salientar que o termo medicalização surgiu na literatura na segunda metade do século XX após a II Guerra Mundial, período de surgimento de várias terapias, vacinas, medicamentos e, particularmente, da consagração da indústria farmacêutica. No

campo da saúde mental, houve um aumento das psicoterapias e a descoberta dos psicofármacos conhecidos como “pílulas milagrosas”, que eram a esperança de cura para as aflições psíquicas, como advertem Freitas e Amarante (2017), entendendo que:

Embora o termo medicalização remeta diretamente à medicação e uso de medicamentos, não devemos reduzir uma ideia à outra. Medicalização, é *grosso modo*, um processo amplo pelo qual condições humanas e problemas ordinários passam a ser definidos e tratados como condições médicas, tornando-se, portanto, objeto de estudo exclusiva ou predominantemente médico, diagnóstico, prevenção ou tratamento. Pelas implicações dessa lógica, trata-se de um fenômeno que é, ao mesmo tempo, de ordem cultural, política e econômica. As experiências individuais e coletivas de mal-estar, de sofrimento psíquico, que são convertidas em objetos da medicalização existem de fato, são *reais*. (...) Ao longo do tempo, tem variado a forma como as experiências são descritas, tratadas e interpretadas. (p. 113., grifo dos autores)

Portanto, por medicalização prescinde o processo de transformar situações inerentes à condição da vida humana, seja em relação ao sofrimento ou aspectos da organização da vida material, em objeto de intervenção médica. E que este processo é atrelado à psiquiatrização da vida, ao saber e ao fazer do psiquiatra.

Retomando os aspectos históricos das reformas psiquiátricas, na proposta da psiquiatria preventiva a palavra do psiquiatra era insuficiente para promover consenso em torno da saúde mental. Isso porque o conceito de comunidade é instável e também inadequado para a realidade brasileira, pois nem todas as comunidades aderem a essa perspectiva que foi sendo transposta dos EUA para outras realidades econômicas, sociais, culturais e políticas totalmente distintas. Nesse sentido, Birman e Costa (1994, pp. 65-66) destacam:

Nenhuma dessas tarefas compete ao psiquiatra, enquanto profissional. O psiquiatra, quando recebe o pedido de auxílio por parte do paciente, torna-se depositário de uma expectativa terapêutica e não de um pedido de intervenção na ordem social. O recurso à psiquiatria tem lugar quando a intervenção de amigos, familiares, assim como todo o conjunto de prescrições, interdições e permissões da cultura foram utilizados até a saturação. Alcançado este ponto, a cultura designa outros instrumentos e outros agentes responsáveis pela intervenção terapêutica junto a quem sofre (...). De qualquer forma, a função de mandatário da ordem social exigida do psiquiatra é uma dimensão que ultrapassa o núcleo racional de sua tarefa terapêutica.

Portanto, uma comunidade cooperativa é mais um desejo da psiquiatria do que uma realidade concreta para os indivíduos nos mais diferentes contextos. A Psiquiatria Comunitária tendo como núcleo a prevenção primária não possui um aporte teórico científico propriamente dito. Para Birman e Costa (1994), este movimento da psiquiatria foi uma crítica ao monopólio da loucura e dos loucos pelas instituições privadas, que eram

sustentadas pela Previdência Social, mal administradas e acarretavam a cronificação dos internos dentro dos hospitais.

É no âmbito dessa perspectiva que surge nos EUA o conceito de desinstitucionalização, atrelado principalmente à desospitalização ou à redução de ingresso/reingresso aos hospitais psiquiátricos. Entretanto, os serviços de base comunitária instalados pelo território tornaram-se um novo mecanismo de captação, recepção e encaminhamento de sujeitos aos hospitais psiquiátricos (Amarante, 2007). Segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), a desinstitucionalização/desospitalização no contexto estadunidense também era um programa de racionalização financeira e administrativa, sendo a regulação de leitos uma das primeiras operações da crise fiscal. Ao mesmo tempo, os serviços comunitários passaram a funcionar em consonância com estruturas assistenciais e judiciárias que confirmavam a necessidade da institucionalização dos pacientes psiquiátricos.

Essa difusão e fragmentação de serviços psiquiátricos na comunidade aumentaram as chances da psiquiatrização de problemas sociais e do alcance de mecanismos de controle social. Além do fato dos serviços selecionarem os sujeitos atendidos conforme sua competência de assistência, excluindo aqueles que não se enquadravam no perfil de atendimento do dispositivo de saúde. Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) definem de modo muito claro as consequências dessa fragmentação:

Ao final, e como consequência, esta forma especialista e seletiva de funcionar dos serviços psiquiátricos faz com que as pessoas sejam separadas, “despejadas”, jogadas de um lado para outro entre competências diferentes e definitivamente não sejam responsáveis de ninguém e sim abandonadas a si mesmas. O abandono de que foram acusadas as políticas de desospitalização é uma prática cotidiana, ainda que mais leve e inaparente, dos serviços territoriais. Este abandono produz nova cronicidade e alimenta a necessidade de lugares nos quais, temporariamente, possa “despejar” e internar os pacientes. (p. 22)

Desta forma, o sistema organizado entre serviços hospitalares, serviços comunitários e judiciários passou a funcionar em forma circuito que se retroalimenta. Os sujeitos antes segregados em instituições separadas e totais, passam a ser segregados pela circulação entre os serviços desse sistema. Essa forma de desinstitucionalização não superou de fato a necessidade de coação e de controle social da psiquiatria (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001).

Outro grupo que marcaria fortemente a psiquiatria é Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática, essas não se enquadram nos movimentos já citados, pois rompem com o paradigma psiquiátrico tradicional. Amarante (2007, p. 52) afirma que: “o essencial é o

que existe entre as pessoas. E a prática psiquiátrica é, mais ou menos, a completa negação disso”.

A Antipsiquiatria teve origem na Inglaterra por volta de 1950, se expressando mais fortemente na década de 1960. Alguns psiquiatras – merecendo destaque David Cooper e Ronald Laing – começaram implantar nos hospitais em que trabalhavam as experiências das Comunidades Terapêuticas e da Psicoterapia Institucional, mas perceberam que essas transformações eram somente nas aparências e postularam que os ditos loucos eram oprimidos e violentados tanto pelas instituições, quanto pela família e sociedade em geral. Formularam a hipótese de que o discurso dos loucos era a expressão e a denúncia dos conflitos e contradições vividos nessa relação violenta, sendo que a experiência patológica não estava no corpo ou na mente do sujeito, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade (Amarante, 2007).

A principal crítica realizada se refere ao equívoco metodológico da psiquiatria que, tomando como base o modelo de conhecimento das ciências naturais, transpôs os conceitos dessa para as ciências humanas. Nesse sentido, a Antipsiquiatria postulava que não existia a doença mental enquanto objeto natural de estudo – como o que era postulado pelo paradigma tradicional da psiquiatria – mas sim, a experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social. Fazendo uso das palavras de Amarante (2007, pp. 53-54):

Na medida em que o conceito de doença mental era então rejeitado, não existiria exatamente uma proposta de tratamento da ‘doença mental’, no sentido clássico que damos a ideia terapêutica. O princípio seria o de permitir que a pessoa vivenciasse a sua experiência; esta seria, por si só, terapêutica, na medida em que o sintoma expressaria uma possibilidade de reorganização interior. Ao ‘terapeuta’ competiria auxiliar a pessoa a vivenciar e a superar este processo, acompanhando-a, protegendo-a, inclusive da violência da própria psiquiatria.

Sendo assim, a noção de tratamento e de desinstitucionalização proposta por esse movimento é complexa e se diferencia daquelas propostas pelos grupos anteriores, em que era sinônimo de desospitalização. Nessa mesma linha, tem origem na Itália, no início de 1960, a Psiquiatria Democrática, tendo como principal nome Franco Basaglia (1985), que afirmava o seguinte a respeito da instituição psiquiátrica:

Uma vez acionado o processo de transformação institucional, damos-nos conta do quanto é contraditória a existência de uma instituição que nega a própria institucionalidade no seio de nosso sistema social, e cuja dinâmica tende a absorver qualquer movimento que poderia alterar o equilíbrio geral (...) nossa situação não tem outra saída senão continuar sendo contraditória: a instituição é concomitantemente negada e gerida; a doença é simultaneamente posta entre parênteses e curada; a ação terapêutica é ao mesmo tempo refutada e executada. (pp. 315-316)

Para Basaglia (1985), a Instituição Psiquiátrica promovia processos de mortificação e des-historicização dos indivíduos, de modo que não seriam medidas de reforma administrativa ou de humanização dos hospitais que solucionariam seus problemas. Para tanto, ele elaborou práticas e ideias que superassem todo o aparato manicomial transcendendo para além da transformação da estrutura física dos hospícios, mas abarcando os saberes e as práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas que norteavam o isolamento, a segregação e a patologização da experiência humana.

No início dos anos de 1970, Basaglia conduziu a transformação do hospital psiquiátrico de Trieste que foi uma das experiências mais ricas e transformadoras do mundo todo, inspirando movimentos e transformações em outros países, inclusive no Brasil na cidade de Santos, na década de 1980. Basaglia (2010) asseverava que o primeiro passo para a cura do doente é a sua volta à liberdade, sendo que a abertura do manicômio produziria uma mudança gradual no modo de se colocar no mundo e de vivenciar a doença. Nesse movimento, ocorre verdadeiramente a desinstitucionalização – com significado muito diferente da mera desospitalização – definido por Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, p. 18) como:

A verdadeira desinstitucionalização em Psiquiatria tornou-se na Itália um **processo social complexo** que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituem inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados (Grifo nosso).

Nos movimentos reformistas ocorridos na Europa na década de 1960 era proposta a substituição gradual dos manicômios através da criação de serviços na comunidade em que a intervenção terapêutica acontecesse no contexto social dos sujeitos. Essa transformação na forma de organização do sistema de saúde mental rompeu com o modelo clássico da psiquiatria, ampliando e multiplicando dispositivos extra-hospitalares – tanto médico quanto sociais – em que acolhia os pacientes egressos e evitava novas hospitalizações (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001).

Em Trieste, simultaneamente ao fechamento do hospital, foram criados vários serviços substitutivos ao modelo manicomial envolvendo todos os atores sociais nesse processo. Envolveu não só a psiquiatria, mas toda a sociedade e a relação que essa estabelecia com a loucura. Para Basaglia (2010), as Comunidades Terapêuticas e a Psicoterapia Institucional não eram o objetivo final, mas um caminho para a extinção de todo o aparato manicomial. Os primeiros serviços implantados foram os Centros de Saúde

Mental distribuídos em vários pontos da cidade de forma regionalizada – só que diferente do que ocorreu em outros movimentos – esses não serviam de mão-dupla para encaminhamentos ao hospital psiquiátrico. Eram dispositivos que assumiam a integralidade do cuidado de todos os sujeitos do território em que era responsável. Aos poucos, foram criados diversos serviços e ações que garantiam a inserção e a participação social dos ex-internos, cooperativas de trabalho e renda, residências que garantiam o direito à moradia e muitas outras formas de produção social que possibilitaram a reconstrução da forma como a sociedade local se relacionava e significava a loucura (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001; Amarante, 2007).

Nesse sentido, a desconstrução do aparato manicomial vai além da alteração do modelo assistencial, abarca também as práticas e concepções sociais a respeito da loucura e exige o desenvolvimento de uma relação genuína com os sujeitos em sofrimento. Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) consideram que o mal da psiquiatria está em ter criado e selecionado um objeto fictício – a doença – separando-a de toda experiência material e social do indivíduo, e construindo-se em cima dessa separação artificial. Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) ainda destacam a respeito da psiquiatria e suas práticas:

O manicômio efetivamente se constitui sobretudo como local de descarga e ocultamento de tudo aquilo que, como sofrimento, miséria ou distúrbio social, resulta incoerente frente aos códigos de interpretação e intervenção (de problema-solução) das instituições que fazem fronteira com a Psiquiatria, ou seja, a medicina, a justiça e a assistência social. E por isso, a Psiquiatria constitui em última instância na fronteira, no cruzamento dessas instituições e assume o dever de absorver no seu interior tudo aquilo que resta da lógica problema-solução que governa e, portanto, todos os problemas que ao resultarem incoerentes, insolúveis e irreduzíveis são por isso expulsos. Nesse sentido, a psiquiatria revela ser uma instituição que mais do que qualquer outra coisa administra aquilo que sobra, isto é, uma instituição, residual ela mesma, que detém, em relação ao sistema institucional em sua totalidade, um poder tanto vicário quanto insubstituível. (pp. 26-27)

Por esse motivo, segundo os autores, a psiquiatria faliu em suas reformas não superando a cronicidade e a sua função dentro do sistema de coação e internação. Para desinstitucionalizar efetivamente os sujeitos é preciso que seja desmontado todo o aparato manicomial – legislativo, administrativo, científico – que se ancoram em cima da doença e impedem que seja estabelecida uma relação genuína com os sujeitos. O que ocorreu na Itália é um caminho muito diferente do que ocorreu em outros movimentos, já que se buscou o desmonte da relação causal problema-solução no qual a intervenção passou a ser direcionada para a remontagem das determinações normativas sobre a doença, sobre a loucura e, de igual forma, alterasse suas formas de existência e expressão dentro da

sociedade. Assim, a ação terapêutica também era uma ação de transformação institucional (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001). Em outras palavras, de acordo com os autores, a desinstitucionalização seria:

Um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos como as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. (...) É o conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto “doença”. Mas, se o objeto ao invés de ser “a doença” trona-se “a existência-sofrimento dos pacientes” e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para esse objeto bastante diferente do anterior. (pp. 29-30).

Nesse sentido, a desinstitucionalização reconstrói a complexidade do objeto e a ênfase não se encontra mais na cura, mas “no projeto de invenção de saúde e de reprodução social do paciente” (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001, p. 30). Aqui compreende-se que há diferentes formas de ter e de produzir saúde, implica a produção de vida, de sociabilidade, de sentidos, de solidariedade, de afetividade e requer o envolvimento de diferentes atores sociais, implicando aqueles inerentes às instituições e aqueles que se encontram fora dela, pois “(...) a mudança das estruturas e mudanças dos sujeitos e de suas culturas só podem acontecer conjuntamente” (p. 32).

O objetivo principal da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização italiana era de transformar as relações de poder entre instituições e sujeitos. Para isso era preciso devolver aos pacientes a liberdade, a autonomia, o direito à palavra, os direitos civis e o convívio comunitário. Conforme descreve de forma precisa Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), descarta-se a busca pela solução-cura para voltar-se ao cuidar:

A desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. **Talvez não se “resolva” por hora, não se “cure” agora, mas, no entanto, seguramente “se cuida”.** Depois de ter descartado a “solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento. Uma existência mais rica de recursos, de possibilidades e de experiências é também uma existência em mudança. Certo, o sofrimento psíquico talvez não se anule, mas se começa a remover-lhes os motivos, mudam as formas e o peso com que este sofrimento entra no jogo da vida de uma pessoa. E igualmente, não se anula a necessidade

desta pessoa de ser ajudada, isto é, precisamente tratada nos termos que falamos (...). (p. 33, grifo nosso)

Assim, o trabalho terapêutico é dinâmico e complexo e se transforma conforme a história, as condições de vida concreta e as necessidades de cada sujeito. Vale salientar que a desinstitucionalização também deve refletir no sistema jurídico, que deixa de coagir e de promover medidas tutelares e transforma o paciente em um cidadão de direitos. Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) afirmam que a intervenção é terapêutica quando se é um direito, e deixa de ser quando se torna uma técnica de tratamento.

Outra mudança da reforma italiana que aqui merece destaque – e que ocorre de forma muito distinta de outros países – foi a utilização de recursos internos da estrutura em decomposição para reconstruir as novas estruturas externas, isto é, os mesmos técnicos, pacientes, espaços físicos eram utilizados como mecanismos de ação, interação e transformação no processo de desinstitucionalização. Desse modo, as novas estruturas não surgem externamente ao manicômio como opostas a ele, mas se originam através de seus próprios componentes e passam a ser inteiramente substitutivas às práticas preexistentes. A desinstitucionalização transforma as necessidades de toda a comunidade que antes o internamento correspondia, e essas passam agora a serem respondidas pelos serviços substitutivos. Portanto, a reforma italiana implantou uma reforma social através de um processo complexo que não está finalizado, mas que se encontra em constante transformação. Não fixou uma solução institucional e não estabeleceu um quadro normativo, mas suscitou dinâmicas e conflitos que transformaram toda a cultura e estrutura local (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001).

No Brasil, as influências da Psiquiatria italiana se farão mais fortes principalmente a partir de 1987, quando o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, que encabeçava até aquele momento a luta pela reforma psiquiátrica, se desdobrará no Movimento da Luta Antimanicomial, compreendendo que a reforma deveria extrapolar a busca por mudanças na assistência psiquiátrica e avançar em direção à construção de “uma sociedade sem manicômios”, como veremos a seguir.

2.3 A Reforma Psiquiátrica brasileira e a busca pela constituição do paradigma da Atenção Psicossocial

No Brasil, as políticas de saúde mental e atenção psicossocial estão intimamente ligadas à ideia-proposta-movimento-processo da reforma sanitária, que foi conduzida

pela sociedade civil. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, responsável por estabelecer a saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado. O SUS é constituído por organizações públicas e privadas e tem por objetivo promover uma atenção abrangente em diferentes níveis de complexidade, respeitando os princípios da equidade, da universalidade e da integralidade do cuidado. Promove ações preventivas, curativas, reabilitadoras por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, fomentando a participação da comunidade em todos os níveis de governo – municipal, estadual e federal (Paim *et al.*, 2011; *Lei nº 8.080/1990*).

Antes da instituição do SUS a saúde pública brasileira era precária e não oferecia condições de acesso a todos os cidadãos. O Ministério da Saúde era subfinanciado pelo sistema de assistência médica da previdência social, de modo que somente os trabalhadores que fossem vinculados à previdência social tinham acesso aos serviços de saúde, ainda que com coberturas diferentes de acordo com a categoria profissional. A reforma do setor da saúde começou na década de 1970 durante a luta pela redemocratização, onde um grande movimento social se espalhou pelo país, em que a saúde era tida não somente como uma questão biológica – de cargo médico – mas uma questão social e política que deveria estar presente no espaço público. O movimento que reunia diferentes setores da sociedade cresceu e em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito de saúde como direito de todos, delineando os fundamentos do SUS (Paim *et al.*, 2011).

O SUS¹² nasceu pautado em uma concepção ampliada de saúde, considerando saúde-doença como processos multideterminados, dinâmicos e contraditórios que articulam situações complexas e singulares da vida humana. Assim, a saúde passa a ser compreendida como sendo bem mais que ausência de doenças. Ela seria resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde, entre outros.

Essa concepção de saúde é chamada ampliada porque conjuga múltiplas dimensões e elementos (econômicas, sociais, políticas, individuais, entre tantos outros)

¹² Em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080/90, que dispôs sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Lei nº 8.080/1990). Contudo, o presidente da época, Fernando Collor de Mello, não se comprometeu com a reforma sanitária e o projeto foi retomado somente em 1992, após o *impeachment* desse mesmo presidente por corrupção.

que não são dados *a priori*, mas produzidos e mantidos pela própria sociedade e os modos de organização da vida (Kahhale & Silva, 2014). Nesse sentido, concebe-se que as diferenças e as desigualdades sociais podem se desdobrar em diferentes modos de viver a vida, a saúde e de vivenciar a própria experiência do adoecimento.

A respeito do processo saúde-doença, Laurell (1982) coloca que não é possível verificar sua natureza social tomando como base somente os casos clínicos individuais, mas verificando o “modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos” (p. 3). O caráter social do processo saúde-doença é um fenômeno material objetivo que sofre alterações de acordo com o momento histórico e com o desenvolvimento da sociedade. Nas palavras de Laurell (1982, p. 9):

(...) as diferentes formações sociais apresentam perfis patológicos que, a nível geral, distinguem-se conforme o modo particular de combinar-se o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção (...) a análise histórica mostra como as necessidades das classes dominantes, que se expressam como se fossem as necessidades da sociedade em seu conjunto, condicionam um ou outro conceito de saúde e doença. Na sociedade capitalista, por exemplo, o conceito de doença explícita está centrado na biologia individual, fato que lhe retira o caráter social. O conceito de doença oculta, quer dizer, que está subjacente na definição social do que é doença, refere-se à incapacidade de trabalhar, o que a coloca em relação com a economia e eventualmente com a criação da mais-valia e possibilidade de acumulação capitalista.

Nessa perspectiva o processo saúde-doença é concebido como resultante da forma como o ser humano se apropria da natureza em dado momento histórico, o que ocorre por meio do trabalho e das relações sociais de produção. Assim, as noções de “normalidade” e “anormalidade” biológicas são definidas em função do social, onde o biológico e o social fazem parte de um processo único, pois não basta estar presente somente fatores biológicos, é preciso compreender como estes estão articulados com o processo social, como esclarece o excerto acima que traz como na sociedade capitalista, por exemplo, a noção de doença está relacionada à de improdutividade (Laurell, 1982).

Para a construção de uma concepção ampliada de saúde, a Saúde Coletiva e seu ideário socializador foram muito importantes. No Brasil, a Saúde Coletiva, influenciada parcialmente pelo materialismo histórico-dialético e pela Medicina Social latino-americana, se constituiu como um movimento teórico e político que buscou contribuir para a superação da crise sanitária e se articulou ao movimento pela institucionalização de uma saúde pública e universal com a proposição do SUS. Contudo, é preciso esclarecer que a Saúde Coletiva vai além do setor da saúde e ao longo dos anos passou a conglomerar conhecimentos interdisciplinares e práticas multiprofissionais, lançando, a partir de

referenciais teóricos diferentes e por vezes divergentes, críticas à visão biomédica e unicausal.

Com base nas contribuições da Saúde Coletiva influenciada pelo materialismo histórico-dialético, temos a teoria da determinação social do processo saúde-doença, que não foca na doença, mas olha para as necessidades sociais da saúde ou para a determinação social do processo saúde-doença. Essa teoria não olhará para os nomeados “fatores determinantes” da saúde-doença, ou seja, fatores como os comportamentos isolados ou os clássicos fatores de risco e estilos de vida. Rocha e David (2015, p. 132) afirmam justamente que “a determinação social da saúde é um referencial teórico que discute a abrangência da coletividade e do caráter histórico-social do processo saúde-doença, não colocando em foco discussões de dados epidemiológicos individuais”. Esses dados geralmente localizam nos indivíduos a causa etiológica e a solução para a saúde e para a doença, não contemplando a totalidade social que os produz.

No que tange ao sofrimento/adoecimento psíquico, a teoria da determinação social do processo saúde-doença rebate a histórica fragmentação das dimensões corporal e psíquica, ou seja, entende que essas duas dimensões compõem um nexo biopsíquico que constitui o sujeito integralmente. Esse nexo se desenrola na vida em sociedade e mesmo que esse sujeito seja constituído pelas dimensões biológica, psíquica e social, não há uma “posição hierárquica superior na determinação dos sujeitos e coletivos humanos, inclusive em seus processos de saúde-doença, dada a sua capacidade de subsunção dos outros dois âmbitos” (Viapiana *et al.*, 2018, p. 177).

No Brasil, como dissemos há pouco, foi por volta da década de 1970 que surgiram os primeiros movimentos relacionados à defesa da necessidade de uma reforma na assistência psiquiátrica, pois nessa época profissionais recém-formados, ao adentrarem o mercado de trabalho, encontravam cenários de violência e descaso para com os internos das instituições. Nesse período, o cenário era de luta pela redemocratização e pelo fim da ditadura militar e, acrescido a esses, acirrou-se a luta e mobilização específica de direitos humanos para as vítimas de violência psiquiátrica (Amarante & Nunes, 2018).

A primeira fase dessa mobilização diz respeito ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que se configurou como o primeiro sujeito coletivo em prol da reforma da assistência psiquiátrica. Esse coletivo organizou diversas comissões de saúde mental por vários estados brasileiros e, em 1979, organizou o I Congresso de Saúde Mental em São Paulo. Em 1980 houve uma crise da Previdência Social que acarretou a reformulação da assistência médica, vale ressaltar que esse processo contou com a

participação de muitos integrantes do MTSM. Devido às mudanças políticas – especialmente da Nova República – ocorreu a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, citada há pouco, que revolucionou as políticas públicas brasileiras e a forma de participação social em seu processo de elaboração e execução (Amarante & Nunes, 2018).

Após a 8ª conferência foram convocadas conferências específicas, especialmente a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) que ocorreu no Rio de Janeiro em 1987, mesmo à revelia dos setores do Ministério da Saúde que eram contra as reformas. Importante destacar que na I CNSM as ações e políticas direcionadas a crianças e adolescentes foram pouco discutidas, sendo mencionadas somente de modo circunstancial e sem que fossem propostas ações efetivas. Ainda assim, a I CNSM indicou certo alinhamento com a crítica à redução de crianças e adolescentes à categoria “*menor*” (Couto & Delgado, 2015).

Posteriormente, ocorreu o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental na cidade de Bauru, que reforçou a ideia da constituição de uma sociedade sem manicômios, conforme atestam Amarante e Nunes (2018, p. 2069):

Por uma sociedade sem manicômios” revela duas transformações significativas do movimento. Uma, que diz respeito à sua constituição, na medida que deixa de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social, não apenas com os próprios “loucos” e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos. Outra, que se refere à sua imagem-objetivo, até então relacionada a melhoria do sistema, à luta contra a violência, a discriminação e segregação, mas não explicitamente pela extinção das instituições e concepções manicomialistas. A partir de então se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA).

O MLA aumentou a participação social dentro das conferências, audiências públicas e passou a organizar núcleos em diversas cidades do país, instituindo o dia 18 de maio como dia Nacional da Luta Antimanicomial, destinado a despertar o pensamento crítico em toda a sociedade sobre a violência institucional da psiquiatria e a exclusão, segregação dos sujeitos em sofrimento psíquico. Outro coletivo importante na reforma psiquiátrica foi a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), responsável por organizar congressos, fóruns e defender assiduamente a crítica ao modelo biomédico em psiquiatria e aos interesses que o sustentavam (Amarante & Nunes, 2018).

A Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo que não se restringe somente à mudança na organização da assistência, mas em estabelecer um outro lugar para a loucura dentro da cultura e da sociedade. Nesse sentido, ao defini-la como um processo, é compreendê-la como um caminho que está em constante transformação e que envolve diferentes sujeitos, interesses e conflitos (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001;

Amarante, 2007). Se a mudança deve abarcar os aspectos sociais e culturais, as estratégias utilizadas também devem se direcionar a eles. Desse modo, a cultura é utilizada como meio e como fim, ou seja, deixa de ser um recurso terapêutico auxiliar e passa a ser um mecanismo central na produção de subjetividade e de vida. A reforma psiquiátrica é composta de inúmeras iniciativas artísticas e culturais que visam promover transformações no imaginário nacional a respeito da loucura, do diferente e da diversidade (Amarante & Nunes, 2018).

Considerando o pensamento crítico difundido por todo o movimento da reforma psiquiátrica, no fim da década de 1980 surgiu a proposta de criar serviços que dessem continuidade aos seus ideários. Foi então criado em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que, junto a outros serviços, oferecia cuidado intensivo a pacientes psiquiátricos graves sem precisar fazer uso da internação.

Com a inclusão dos princípios do SUS na Constituição Federal de 1988, houve uma abertura para a autonomia das políticas municipais de tal modo que em 1989, em Santos, se instituiu a primeira rede de serviços inteiramente substitutiva da perspectiva manicomial no Brasil. Os gestores da cidade extinguiram a Casa de Saúde Anchieta (hospital psiquiátrico privado que tinha registros de inúmeras violências e violações) e criaram uma rede substitutiva com serviços descentralizados que abarcasse todas as dimensões de vida dos sujeitos (moradia, trabalho, lazer, cultura, etc.). Além dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), foram instituídas residências para egressos, cooperativas de renda e trabalho, projetos culturais em rádios, televisão, teatros, projetos intersetoriais com crianças, jovens, profissionais do sexo, vítimas de violências doméstica, ações que visavam a estratégia de redução de danos, dentre outros (Amarante & Nunes, 2018).

Cabe aqui destacar que antes da instituição da rede substitutiva na cidade de Santos, na cidade de São Paulo, no dia 12 de março de 1987, foi fundado o primeiro CAPS do Brasil, que recebeu o nome do Prof. Luís da Rocha Cerqueira (conhecido como CAPS Itapeva). A criação do CAPS de Itapeva se deu em meio à reformulação administrativa da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que teve início em 1986. Nessa reforma, as antigas divisões e coordenações internas foram extintas, deram lugar aos Escritórios Regionais de Saúde (ERSA). Devido a isso, o casarão sede da Divisão de Ambulatórios (localizado na rua Itapeva) foi cedido para a implantação do novo serviço assistencial. Outro acontecimento que merece destaque é a implantação do primeiro NAPS brasileiro na cidade de Bauru em novembro de 1987. Ambos os acontecimentos serviram de base

para os demais municípios – inclusive para a implantação da rede substitutiva de Santos – e foram experiências centrais na instauração de novos modelos assistenciais (Pistelli, 2008; Yasui, 2006).

Entretanto, cabe também destacar que apesar das mudanças ocorridas na década de 1980, por mais de 80 anos crianças e adolescentes não tiveram lugar dentro das políticas públicas brasileiras, especialmente aquelas direcionadas à saúde mental. Até o final do século XX no Brasil não havia ações organizadas de cuidado de saúde mental para o público infantojuvenil. O que existia eram ações assistenciais de cunho tutelar-coercitivo que visavam responder questões relacionadas à pobreza e ao abandono, características na época consideradas incapacitantes para um desenvolvimento socialmente adequado e economicamente produtivo (Couto & Delgado, 2015). Em outras palavras:

As ações dirigidas a crianças e adolescentes no Brasil atravessaram um século de história circunscritas a um ideário de proteção, que, paradoxalmente, redundou na construção de um modelo de assistência com forte tendência à institucionalização e em uma concepção segmentada, não integradora, da população infanto-juvenil. Ao mesmo tempo em que o início do século XX propagou a importância da assistência a crianças e adolescentes, principalmente porque elas representavam um futuro diferenciado para a nação brasileira, engendrou-se um conjunto de medidas, calcadas na lógica 3 e de inspiração normativo-jurídica, que expandiu sobremaneira a oferta de instituições fechadas para o cuidado de crianças e adolescentes, em sua maioria sob a tutela do campo filantrópico. O discurso hegemônico sobre a importância da criança na organização da sociedade republicana não teve como correspondente a tomada de responsabilidade do Estado que, por outro lado, oficializava o modelo em curso e a concepção da criança a ser assistida: a deficiente social (pobre), deficiente mental e deficiente moral (delinqüente). O resultado desse longo processo que visava a assistir crianças e adolescentes foi, por um lado, a institucionalização do cuidado e, por outro, a criminalização da infância pobre, gerando um quadro que, no limite, é um quadro de desassistência, abandono e exclusão (Ministério da Saúde, 2005b, pp. 7-8).

O Estado Republicano se referia a crianças e adolescentes utilizando o termo “menor”, o qual foi amparado e reforçado na área jurídica pelo *Código de Menores de 1927* e também pelas ideologias e práticas da medicina higienista. A condição de “menor” relacionado à pobreza fez surgir a concepção de “menor em perigo”, quando lhe faltavam o sustento material e afetivo; e o “menor delinqüente” quando relacionado à pobreza moral, esse entendimento exigia do Estado Republicano ações que “visavam basicamente à prevenção (vigiar o menor), educação (moldar o menor), recuperação (reabilitar o menor vicioso) e repressão (conter o menor delinqüente)” (Couto & Delgado, 2015, p. 25).

O Código de Menores de 1927 era norteado pela doutrina da situação irregular, ideário que se manteve até 1979 e que consistia em “legitimar a disponibilidade estatal absoluta de sujeitos vulneráveis que, precisamente por esta situação, são definidos em situação irregular” (Mendez & Costa, 1994, p. 93). Essa política era direcionada principalmente a crianças e adolescentes pertencentes às classes mais pobres, “(...) eram clientes em potencial desta doutrina os chamados ‘menores’ em perigo ‘material ou moral’; ou seja, destinava-se a uma infância específica, tida como desvalida e infratora” (Ciarallo et al., 2009, p.614., grifos do autor). Dito de outra forma:

O Código (...) tinha por finalidade “o saneamento social”. (...) em função de uma ausência de redes de apoio, o referido código era composto por uma forte aliança entre médicos e juristas sob o discurso de proteção/assistência. Ao juiz de menores cabia intervir na vida da população infantojuvenil para garantir sua proteção, calcada em ‘parâmetros morais e higienistas’ (Ministério da Saúde, 2014a, p. 10).

É por meio do referido código que surgiu o termo “menino de rua”, a reforçar o estereótipo de que sujeitos em vulnerabilidade social representam perigo para a população em geral. O código de menores era aplicado principalmente em crianças e adolescentes que “se encontravam em situações vulneráveis em decorrência de abandono, carência, vitimização em crimes ou por desvio de conduta e/ou autoria de infração” (Ministério da Saúde, 2014a, p. 10).

O Estado amparava suas ações na noção de situação irregular de crianças e adolescentes a partir “do descaso de pais, da situação das mães solteiras, enfim, da existência de ‘famílias desorganizadas’, uma vez que se entendia que a falta de autoridade colocava os menores em situação de risco social, conduzindo-os à ilegalidade, ao crime” (Ciarallo *et al.*, 2009, p.614., grifos do autor). Essa compreensão permitia ao Estado retirar crianças e adolescentes de seus lares, pois compreendia que a situação irregular era oriunda do abandono material, afetivo ou moral pelos responsáveis, o que de certo modo, segundo Ciarallo *et al.* (2009, p. 614) “acabava por estabelecer associações entre carência, desorganização familiar e ato infracional. A doutrina da situação irregular, enfim, investigava a conduta pessoal, a família e o abandono social, em uma espécie de “controle da pobreza”.

Como dito anteriormente, crianças e adolescentes consideradas em situação irregular eram vistos como perigosos, pois ofereciam riscos à ordem pública – motivo pelo qual era necessário a intervenção do Estado. Sob a tutela do Estado, essas crianças e adolescentes se desenvolveriam de acordo com as normas impostas pela sociedade e se

tornariam cidadãos produtivos. A política proposta pelo Código de menores de 1927 e mantida até 1979 era:

Pautada no discurso da proteção, reeducação, assistência, prevenção e recuperação, essa legislação “menorista” acabou por adotar práticas de repressão, típicas do sistema penal, revelando seu velado caráter ambíguo. A um só tempo, o “menor em situação irregular” simbolizava um perigo a ser detectado e disciplinado, e uma inocência a ser recuperada e educada. Era tratado, portanto, como objeto da tutela do Estado, sem direito ao exercício de sua cidadania, refém de atos arbitrários, vez que não usufruía dos mesmos direitos à defesa e ao contraditório, assegurados aos adultos no processo penal. (Ciarallo *et al.*, 2009, p. 615., grifos do autor)

Essa compreensão a respeito de crianças e adolescentes não difere das concepções, das propostas e das intervenções da Liga Brasileira de Higiene Mental, que teve início em 1925. Por todo período de atuação, a Liga – em relação ao público infantojuvenil – instituiu um olhar normalizador sobre a educação, defendendo que essa exercia influência na evolução mental durante a infância. Nos primeiros Arquivos Brasileiros de Higiene Mental, contém um artigo que discute sobre a relação entre a higiene e a educação, e justifica a importância de ensinar mães a formar os primeiros hábitos dos filhos. Em resumo, o intuito do material era o seguinte: “abrangendo toda a população, o resultado desse processo seria uma mentalidade corretamente desenvolvida, traduzida em comportamentos mais adequados ao ajustamento do indivíduo ao meio físico” (Ministério da Saúde, 2005b, p.25). Essas intervenções e atividades serviam de mão dupla: primeiro, detectar possíveis distúrbios; e segundo, classificar e separar os sujeitos conforme seu desenvolvimento, sua classe social e outras características (Ministério da Saúde, 2005b).

A Liga também desenvolveu propagandas de higiene mental em jornais, conferências e em publicações de revistas. A leitura de um folheto, que à época teve ampla circulação, levaria todas as mães a identificarem e acreditarem que seus filhos tinham algum problema psíquico, e caso identificado, deveriam procurar um especialista (o médico), de modo que “criava-se um novo mercado” (Ministério da Saúde, 2005b, p. 27). A seguir, um trecho da referida publicação:

Vamos ler “Exortação às Mães:

Estás certa de que teu filho não possui nenhuma predisposição nervosa? A criança normal é geralmente alegre, sorridente, ativa, chora pouco e gosta de brincar. Se o teu filho é tristonho e apático, ou excessivamente excitado e brigão, se chora muito e tem ataques de raiva, cuidado com a predisposição nervosa que o pode transformar, no futuro, em uma criança doente e infeliz (...) Teu filho é tímido, ciumento, desconfiado? É teimoso, pugnaz, exaltado? Cuidado com esses prenúncios de constituição nervosa.

Teu filho tem defeitos na linguagem, é gago? Manda-o examinar para saber sua verdadeira causa. Teu filho tem vícios de natureza sexual? Leva-o ao especialista para que te ensine a corrigi-lo. Teu filho é mentiroso ou tem o vício de furtar? Trata-o sem demora, se não quiseses possuir um descendente que te envergonha. Teu filho tem muitos tiques ou cacoetes? É um hiperativo. Procure evitar a desgraça futura do teu filho, que poderá ser candidato ao suicídio. Teu filho pouco progride nos estudos? Antes de culpar o professor, submete-o a um exame psicológico. Conhecerás então, o seu nível mental, o seu equilíbrio emotivo, e terás, assim, elementos para melhor o encaminhar na vida. Lê e reflete. A felicidade do teu filho está em grande parte nas tuas próprias mãos. Não esperes, portanto, que o teu filho fique nervoso, ou atinja as raias da alienação mental; submete-o quanto antes, a um exame especializado, a fim de que, amanhã, não te doa, nem de leve, a consciência. É esta a exortação que te faz a Liga Brasileira de Higiene Mental, que somente deseja ver felizes todas as mães, para que felizes sejam também todos os filhos deste querido Brasil. (Ministério da Saúde, 2005b, pp. 27-28)

Enfim, qualquer dúvida, qualquer comportamento inadequado era passível de intervenção médica. Em 1934, o Centro Psiquiátrico Nacional ganhou reconhecimento de instituição assistencial pública. E, em 1942, a Liga amplamente reconhecida difundia o seguinte:

A educação de uma criança deve sempre ser feita de um modo científico, e a família deverá sempre recorrer ao seu médico para que a oriente”. Percebe-se a permanente busca de consolidação de um espaço social ampliado de intervenção especializada, de constituição de um campo de trabalho: criar e educar os filhos transforma-se em missão científica complexa, difícil, senão impossível, de ser cumprida a contento por meros e leigos pais. (Ministério da Saúde, 2005b, p. 28)

A ideologia higienista do fim do século XIX e começo do século XX ainda repercute nos dias de hoje. Suas concepções, ainda que sob outros aspectos, sob outras palavras, sob novos termos, são atuais e influenciam em grande medida a atuação de diversos profissionais em relação ao público infantojuvenil.

Retomando o aspecto histórico, a matriz de compreensão a respeito da infância e da adolescência só foi abalada no fim da década de 1980, influenciada pelos diversos movimentos sociais que buscavam a transformação do Estado e de suas políticas. Nessa nova compreensão, crianças e adolescentes passaram a ser considerados sujeitos de direitos que precisam de proteção integral e bem-estar social, exigindo do Estado ações de cuidado em liberdade e de orientação psicossocial (Couto & Delgado, 2015). O movimento nacional de promoção e defesa dos direitos das crianças e adolescentes alcançou êxito na década de 1980, conseguindo influenciar a Assembleia Nacional Constituinte (1986-1988) por meio da emenda popular “Criança Prioridade Nacional”, o que acarretou a inclusão na Constituição Federal de 1988 do artigo 277, que estabelece

que é responsabilidade da família, da sociedade e do Estado a garantia dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes (Ministério da Saúde, 2014a).

Para que essa mudança de concepção se processasse e as políticas fossem reorganizadas, foi preciso a mobilização de vários movimentos e atores sociais que organizavam eventos e outras atividades para a discussão do tema e elaboração de ações específicas. Entre os eventos se destacam as Conferências Nacionais em Saúde Mental (CNSM), que contribuíram para a organização e implantação da política de saúde mental no Brasil. Assim, lembramos que na I CNSM realizada em 1987, a infância e adolescência foram pouco debatidas, segundo Couto e Delgado (2015, p. 30):

(...) o tema da criança e do adolescente foi tratado de forma tangencial, incluído apenas no eixo da reforma legislativa, com propostas pouco esclarecedoras e, algumas vezes, contraditórias, como a da afirmação sobre a necessidade de limitação da internação psiquiátrica de crianças (existente de fato em poucas capitais brasileiras) atrelada à defesa da ‘garantia de educação formal ou especializada, e direito ao espaço lúdico, para os menores internados em instituições psiquiátricas’ (...) sem qualquer questionamento sobre esse procedimento.

Apesar das contradições, as proposições proferidas na I CNSM estavam alinhadas com a crítica ao caráter reducionista da categoria “menor” utilizada naquele momento para se referir a crianças e adolescentes. Já a II CNSM, realizada em 1992, contou com a participação de usuários, familiares e trabalhadores, e apontou os efeitos cruéis da institucionalização de crianças e adolescentes (Ministério da Saúde, 2005b). No relatório da II CNSM constam duas citações que referem ao cuidado infantojuvenil: uma menciona a inclusão da saúde da criança nas capacitações do SUS, e a outra fala da criação de uma comissão no Ministério da Saúde para a “proteção dos direitos de cidadania de crianças e adolescentes portadores de saúde mental” (Ministério da Saúde, 1994, p. 20).

O que chama a atenção é que na década de 1990 foi muito discutida a política de direitos de crianças e adolescentes – tanto que foi nesse momento que houve a instauração do ECA – mesmo período em que ocorreram importantes discussões e conquistas na área da saúde mental, mas as duas políticas não se encontravam ou se entrecruzavam de fato (Couto & Delgado, 2015).

Em paralelo à realização das Conferências e dos Fóruns, foram instituídas novas portarias, decretos e serviços. Aos poucos, vários municípios começaram a implantar os chamados serviços substitutivos, regulamentados pelas portarias 189 de 1991 – que introduziu os códigos CAPS/NAPS na tabela de serviços do SUS e pela portaria 224 de 1992 – que definiu as unidades de saúde locais/ regionalizadas responsáveis por uma

população definida pelo nível local a oferecer cuidados intermediários entre a rede hospitalar e ambulatorial. Lembramos que em 1989 – principalmente após a demonstração da eficácia da rede substitutiva pela cidade de Santos – foi apresentado o Projeto de Lei nº 3.657, que visava a extinção dos manicômios e a instauração da rede substitutiva em todo o país. Contudo, esse projeto permaneceu 12 anos em tramitação, foi rejeitado e aprovado um substitutivo que embora não contemplasse todas as diretrizes do projeto original, trouxe mudanças significativas para a saúde mental. Vale ressaltar que um dos anseios que não foi correspondido foi a extinção dos hospitais psiquiátricos.

No período em que essa lei ficou em tramitação, várias outras leis e portarias municipais e estaduais foram promulgadas, por exemplo, as Portarias nº 106/2000 e a nº 1.120/2000, que regulamentaram os Serviços Residenciais Terapêuticos; e a Lei nº 10.708, que em 2003 instaurou o Programa de Volta pra Casa.

A aprovação da Lei nº 10.216, em 6 de abril de 2001 – dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas “portadoras de transtornos mentais”, contribuiu para redirecionar o modelo assistencial em saúde mental e tornar a política de saúde mental uma política de Estado. Essa lei ficou conhecida entre nós como a Lei da Reforma Psiquiátrica (Amarante & Nunes, 2018; Paim *et al.*, 2011).

Embalados pelo entusiasmo da aprovação da Lei 10.216, ocorreu em dezembro desse mesmo ano a III CNSM, na qual, ao contrário das duas conferências anteriores, foi dado destaque à saúde mental de crianças e adolescentes. Antes de sua realização, ocorreu o Seminário Nacional, em que foram discutidos os rumos das políticas públicas de saúde para crianças e adolescentes, reunindo diferentes setores (saúde, educação, assistência social, justiça, etc.) de vários estados brasileiros, o caráter intersetorial do evento refletiu nas discussões e preposições da III CNSM. O Seminário teve o intuito de estabelecer as diretrizes ético-políticas que favorecessem a construção de uma rede psicossocial de saúde mental no SUS destinada ao cuidado de crianças e adolescentes.

As recomendações formuladas no Seminário foram aprovadas na íntegra no relatório final da III CNSM. As principais recomendações se referem à: compreensão de crianças e adolescentes enquanto sujeitos psíquicos e de direitos; construção de uma atenção de base comunitária; o cuidado deve ser territorial e prestado por uma rede de serviços; a intersetorialidade é o fundamento de ações e políticas; a lógica de cuidado do CAPS até então oferecida a adultos deveria ser estendida para o cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico; as ações direcionadas a crianças e adolescentes deveriam prevenir a medicalização e a institucionalização; e as práticas de cuidados

deveriam ser opostas às ações de controle e de ajustamento de conduta até então realizadas pelo Estado (Couto & Delgado, 2015; Ministério da Saúde, 2005b).

A III CNSM se aproximou dos ideais da Luta Antimanicomial e dos princípios do ECA, alterando o modo de análise dos problemas que atingiam crianças e adolescentes na sociedade brasileira, e contribuindo para a construção de uma nova lógica de cuidados (Couto & Delgado, 2015). Nessa nova lógica, a atenção à crise deve ocorrer prioritariamente no território, sendo priorizado o acolhimento, o vínculo, a garantia de direitos e a rede de relações do indivíduo em sofrimento. A internação é permitida somente como última alternativa, após esgotado todos os possíveis recursos extra-hospitalares, e quando necessária, deverá ocorrer em leito de hospital geral, por um curto período de tempo. Além do mais, deverá ser estruturada uma atenção de modo que ofereça um cuidado integral ao usuário, abrangendo cuidados médicos, psicológicos, sociais, ocupacionais, etc., tendo como finalidade a reinserção social do sujeito (*Lei nº 10.216/2001*; Ministério da Saúde, 2011).

Em sequência, a Portaria nº 336/2002 implementou os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, organizando-os de acordo com o porte/complexidade dos municípios, abrangência populacional e a clientela a ser atendida: CAPS I, CAPS II e CAPS III, destinados a adultos, o CAPS Álcool e Drogas - CAPS-AD e o CAPS infantojuvenil - CAPSi, destinado a crianças e adolescentes.

O CAPSi, no contexto maior das transformações decorrentes da Reforma Psiquiátrica, foi considerado a ação mais concreta que alocou na rede pública de saúde o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e persistente, impossibilitados ou afetados de alguma forma em sua condição de manter ou estabelecer laços sociais e projetos de vida. À época, os CAPS nasceram com a função de se estabelecer como (re)ordenador da demanda em saúde mental infantojuvenil no seu território de abrangência e se consolidar como dispositivo estratégico que faria o processo da reforma psiquiátrica avançar. A partir de 2011, passamos a assistir a centralidade dos CAPS e a missão de ordenar e organizar a rede sendo atribuída à Atenção Básica, já que essa seria a principal porta de entrada da rede de saúde como um todo¹³.

Não se pode deixar de mencionar a IV CNSM. Realizada em 2010, foi a primeira a ser nomeada “intersetorial” desde a sua convocação. Nessa conferência foram

¹³ Porém, esse processo ainda está em curso e os CAPSi's ainda continuam tendo um importantíssimo papel na ordenação e organização da rede frente aos cuidados em saúde mental, principalmente quanto se refere a uma rede que trabalha de acordo com a lógica antimanicomial.

ratificadas as propostas da conferência anterior e discutidas as questões a respeito da ampliação da atenção, assim como dos desafios encontrados na implementação da intersectorialidade (Couto & Delgado, 2015).

Em especial no campo da saúde mental infantojuvenil, o envolvimento de atores de diferentes setores (governamental e não governamental) culminou na realização do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, garantindo que este se fortalecesse “a cada dia como um importante espaço de diálogo e construção de consensos possíveis sobre o tema, consolidando as redes de serviços, de forma que possam fazer frente aos diferentes problemas apresentados pelas crianças e pelos adolescentes” (Ministério da Saúde, 2005b, p. 9). O Fórum foi instituído pela Portaria nº 1.608, de 3 de agosto de 2004, e garantia a participação de setores governamentais e não governamentais na sua composição.

O I Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil ocorreu em 2005 na cidade do Rio de Janeiro, onde debateu sobre a questão da institucionalização de crianças e adolescentes, especialmente dos portadores de transtornos psíquicos, tendo como recomendação principal: “a implementação imediata de ações que visem à reversão da tendência institucionalizante de crianças e adolescentes, seja no campo da Saúde Mental, da Assistência Social, da Educação e da Justiça” (Ministério da Saúde, 2014b, p. 13), indicando o aumento de ações e serviços de bases territoriais e comunitárias. Ainda em 2005, foi realizada a IV reunião ordinária que ocorreu em Curitiba. Na ocasião, o Fórum debateu sobre “A Articulação dos Campos da Saúde e do Direito nas Políticas e nas Práticas Públicas de Atenção à Infância e à Adolescência” e, em especial, a atenção em saúde mental. Nessa reunião, foi discutido que:

(...) o quadro histórico da desassistência e da ausência de políticas públicas eficazes de atenção às crianças e aos adolescentes no Brasil. Foi possível, então, verificar que o quadro atual de abandono da infância e da adolescência é o resultado inexorável de um longo, articulado, nocivo e eficiente processo de privação global (isto é, de tudo o que é importante para a vida humana) pelo qual passamos em nossa história. Desde o início do século XX até os dias atuais, pode-se perceber que a questão da infância e da juventude sempre esteve ligada mais ao controle social do que aos direitos dessa população, sendo a mudança da mentalidade punitiva e tutelar para uma mentalidade promotora de direitos e garantias o principal desafio para o fortalecimento do direito da criança e do adolescente, isto é, a consagração teórico-pragmática de todas as figuras legislativas que sistematicamente compõem esta área de conhecimento. (Ministério da Saúde, 2014b, p. 18)

Em 2006, ocorreu a VI reunião ordinária do Fórum, sendo retomado o diálogo com o campo do Direito, debatendo a respeito do risco de patologização de adolescentes

que cometem atos infracionais, assim como discutindo sobre a importância do acompanhamento da implantação dos CAPSi em todo território nacional. Nessa reunião, o Fórum recomendou a importância do desenvolvimento de pesquisas na área da saúde mental infantojuvenil, que tenham avaliação crítica em termos éticos e metodológicos, a fim de evitar a patologização de problemas sociais complexos. Recomendou também maior engajamento e participação de gestores de todas as esferas, assim como a criação de um grupo de trabalho intersetorial para o acompanhamento sistemático do processo de implantação e qualificação dos CAPSi's em todo território nacional, sendo uma das atividades desse grupo a elaboração de um instrumento de avaliação permanente desses serviços (Ministério da Saúde, 2014b).

Ainda em 2006, em reunião ocorrida em Brasília, foi debatido o conjunto de diretrizes que deveriam nortear o trabalho em todo território nacional para a consolidação da rede pública ampliada de saúde mental no cuidado de crianças e adolescentes. As recomendações englobaram aspectos de organização da rede de acordo com o porte habitacional dos municípios, formação e qualificação de recursos humanos, estratégias de gestão e de financiamento. Além do mais, recomendou a produção de conhecimento qualificado e difusão das informações da política de saúde mental (Ministério da Saúde, 2014b).

A VII reunião ordinária do Fórum ocorreu em 2007 na cidade do Rio de Janeiro, teve como tema central “Rede de Cuidados na Perspectiva da Intersetorialidade”. Foi recomendada a intersectorialidade de acordo com as singularidades de cada caso, implicando o encaminhamento responsável, o matriciamento, a articulação da rede, reuniões periódicas intersectoriais, a articulação entre Atenção Básica e a Atenção Especializada, e reafirmação do papel ordenador do cuidado do CAPS em relação à saúde mental. Em especial, destacamos a recomendação de ações de prevenção e tratamento do abuso abusivo de álcool e outras drogas na comunidade, em serviços territoriais, por meio da articulação entre o CAPS e outros dispositivos, tendo o adolescente como o protagonista do cuidado. Ademais, o Fórum recomenda que os CAPSad acolham jovens usuários de álcool e outras drogas e desenvolvam ações de cuidado pautadas na estratégia de RD (Ministério da Saúde, 2014b).

Em 2009 ocorreu a VIII reunião ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil em Brasília, que teve como foco o abuso de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes. O tema central foi: “Álcool e Outras Drogas: Atenção Integral e Inclusão”:

Ao se contemplar essa problemática, pretendeu-se qualificar o debate sobre álcool e outras drogas, formular caminhos para a ampliação da atenção aos usuários e contribuir para que o tema seja abordado de forma mais competente e consequente pela sociedade brasileira. As noções centrais que orientaram a discussão foram a de vulnerabilidade da população em questão, a de iniquidade social, a complexidade implicada no consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes e a necessidade de considerar os contextos socioculturais e econômicos na abordagem do problema e na construção das alternativas para enfrentá-lo. Especial atenção foi dedicada à vulnerabilidade de crianças e adolescentes em situação de rua, às necessárias interfaces entre a saúde mental e o sistema socioeducativo, à qualificação das redes de saúde (em especial da saúde mental) e das redes de apoio social para a atenção integral a esta população. (Ministério da Saúde, 2014b, p. 43)

Entre as recomendações do Fórum está a cautela em relação ao pânico instaurado relacionado ao consumo de álcool e outras drogas, e o estabelecimento de uma política protagonista que deixasse de ser apenas um discurso repressor dominante. Também foi recomendado que a demanda fosse compreendida dentro do cuidado ampliado, envolvendo ações intersetoriais corresponsáveis que visassem a integralidade do cuidado. O uso não deveria ser patologizado enquanto um transtorno psiquiátrico, mas compreendido dentro das multideterminações envolvidas no consumo de álcool e outras drogas. Em especial, destacamos também a recomendação de que as ações em saúde mental deveriam ter como alvo a crescente prescrição de psicofármacos a crianças e adolescentes (Ministério da Saúde, 2014b).

Em 2012 ocorreu a IX reunião ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil na cidade de Brasília, tendo como tema “Desafios para o Campo da Infância e Juventude no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)”. A discussão buscou qualificar o debate sobre a RAPS e seus dispositivos, formular caminhos para a ampliação do acesso de crianças, adolescentes e jovens e qualificar a interface com o sistema de garantia de direitos e o protagonismo juvenil. Entre os temas debatidos, tiveram destaque ainda os relacionados ao uso indiscriminado de psicofármacos, autismo e a preocupação com os processos de institucionalização do público infantojuvenil com demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas (Ministério da Saúde, 2014b).

Outro marco jurídico a ser citado é a Portaria nº 154 de 2008, que instituiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para o apoio matricial às equipes da Estratégia de Saúde da Família. Contudo, compondo o conjunto de retrocessos atuais, a partir da Nota Técnica nº 3/2020 do Departamento de Saúde da Família, o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2020b) reviu a questão do financiamento e custeio da Atenção Básica, e acabou com a obrigatoriedade do modelo do NASF-AB, deixando os

gestores municipais livres para comporem suas equipes da forma como quiserem e não mais seguindo parâmetros e objetivos que sustentaram a criação desses núcleos – cuja função principal era o apoio às equipes da Atenção Básica.

Em 2011 foi instituída oficialmente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da Portaria nº 3.088, que a partir de seus diferentes componentes e pontos de atenção¹⁴, tinha como objetivos principais: a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em seus diferentes níveis de complexidade; a promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; a garantia de articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território para qualificar o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Já em 2019, a Nota Técnica nº 11/2019 publicada pela coordenação-geral de saúde mental, álcool e outras drogas do Ministério da Saúde e intitulada de “Nova Saúde Mental” retomou o aumento de leitos, o investimento em hospitais psiquiátricos, a compra de aparelhos para eletroconvulsoterapia, e escancarou ainda mais os caminhos para o retorno da lógica manicomial e de todos os seus aparatos desumanos, ferindo, mais uma vez, a máxima da Luta Antimanicomial que ensinava que: “A liberdade é terapêutica”. Naquele ano, o Ministério da Cidadania ampliou o número de vagas custeadas com recursos públicos nas Comunidades Terapêuticas de 6,6 mil para 10,8 mil, totalizando um montante de R\$153 milhões.

Ribeiro e Minayo (2020) alertam para os impactos das mudanças na política sobre drogas no país. O aumento do investimento em Comunidades Terapêuticas e sua entrada na RAPS reforçam as práticas ancoradas na concepção de guerra às drogas, merecendo destaque o fato de que dentro dessas instituições a base de trabalho é a abstinência, a laborterapia e a religiosidade. Inúmeros relatórios apontam que são muitas as violações de direitos que ocorrem dentro das Comunidades Terapêuticas, como: maus-tratos, trabalho forçado, falta de liberdade religiosa, uso de medicamentos sem prescrição,

¹⁴ Componentes da RAPS segundo a Portaria nº 3.088/2011: 1) Na Atenção Básica: Unidade Básica de Saúde (UBS); equipe de atenção básica para populações específicas (equipe de consultório de rua e equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório); Centros de Convivência; 2) Na Atenção Psicossocial Especializada: Centro de Atenção Psicossocial (nas suas diferentes modalidades); 3) Na Atenção à Urgência e Emergência: SAMU; sala de estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência (pronto socorro); UBS; 4) Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Recolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial; 5) Atenção Hospitalar: enfermaria especializada em Hospital Geral; serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; 6) Estratégias de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos e Reabilitação Psicossocial.

internações compulsórias, dentre outras práticas que se fundamentam na lógica moralista e religiosa. Segundo Ribeiro e Minayo (2020, p. 30), “As CT funcionam segundo a lógica das instituições totais (...) são aparatos manicomiais, e o tratamento proposto está ancorado numa lógica moralista e religiosa – o sujeito deve recuperar-se para se adequar a um modelo de homem cristão”. Nesse sentido, Silva Surjus *et al.* (2021) definem o seguinte a respeito da internação de adolescentes usuários de álcool e outras em Comunidades Terapêuticas (instituições, como já mencionado, que possuem como características principais o aspecto religioso, a laborterapia, o isolamento e a espiritualidade a fim da “recuperação moral”), “uma reinvenção da colonização do nosso país, sob o manto da boa-fé. Ou, ainda, reproduzindo concretamente a violência contra essa população” (p. 62).

Para além, Ribeiro e Minayo (2020) afirmam que essas mudanças na política de cuidado voltado aos sujeitos com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas visam à reedição da indústria da loucura, a fim de, é claro, atender às necessidades e interesses do mercado. Para isso corroboram com a instituição de políticas e ações higienistas em uma lógica que propaga a ideia de que “o trabalho moral visa combater o ‘mal’ que se abate sobre a sociedade brasileira materializado na ‘epidemia das drogas’” (Ribeiro & Minayo, 2020, p. 32).

O investimento público em instituições manicomiais e privadas como as Comunidades Terapêuticas representam a concretização de disputas desiguais de poder. E a integração dessas instituições religiosas com a rede pública de saúde “ameaçam frontalmente o princípio de laicidade do Estado e garantem seu espaço no mercado da questão social, imiscuindo-se na agenda neoliberal. Ou seja, avançam as parcerias estatais com entidades privadas e o enxugamento dos serviços promovidos pelo próprio Estado” (Ribeiro & Minayo, p. 32).

Na contramão dessas ações, faz-se necessário o uso de estratégias para o enfrentamento das mudanças na política e na oferta de cuidado, que além da alteração na lógica de cuidado (no caso, o fortalecimento da lógica manicomial), visam ao fundo também a privatização dos serviços públicos. Nesse sentido, Ribeiro e Minayo (2020, p.32) alertam para o fato de que as

Estratégias de resistência são possíveis e mais do que nunca urgentes, porém, precisam partir de uma reflexão crítica acerca do momento político vigente. Inicialmente, destaca Delgado (2019), é preciso defender a democracia, depois o SUS. Em relação à saúde mental e à questão AD, é preciso apostar na consistente

oferta de serviços territoriais de qualidade, conforme os princípios da política de RD.

Portanto, para a garantia do funcionamento da RAPS conforme o que foi preconizado pela Reforma Psiquiátrica, é preciso a análise crítica das políticas, das práticas de cuidado e da realidade social. A Atenção Psicossocial traz no seu bojo questões políticas, sociais, teórico-práticas, ideológicas, mas sobretudo, éticas. A Atenção Psicossocial não é um modelo ou sistema fechado, pronto e acabado, mas um processo social complexo. E, enquanto um processo que se encontra em constante transformação, surgem novos elementos e situações que abarcam “novos atores sociais, com novos – e certamente conflitantes – interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, étnicas, de pertencimento de classe social (...)”. (Amarante, 2007, p. 63), ou seja, há o entrelaçamento de diferentes aspectos, realidades e sujeitos que se conflitam e se retroalimentam em sua composição.

Recuperando Amarante (2007), lembramos que o autor que divide (apenas para fins didáticos) a Reforma Psiquiátrica enquanto processo social complexo e a lógica da Atenção Psicossocial em quatro dimensões que se entrelaçam entre si e precisam ser modificadas a um só tempo, a saber: teórico-conceitual; técnico-assistencial; jurídico-político e sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual se refere à desconstrução dos conceitos e práticas manicomialistas que se sustentam em cima da doença mental, ao mesmo tempo em que se constroem novas concepções a partir da “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com a sociedade, lançando mão principalmente do acolhimento, do cuidado emancipatório e da contratualidade. Nesse sentido, se altera a concepção de doença-cura e passa a ter lugar o sujeito na sua relação com o mundo e com a realidade concreta de vida (Amarante, 2007).

Já a dimensão técnico-assistencial diz respeito à nova forma de assistência defendida pela Reforma Psiquiátrica, a qual se compõe por uma rede de novos serviços que são espaços de sociabilidade, de trocas, de produção de saúde, de vida e de subjetividades. Esses aspectos requerem que a doença seja colocada entre parênteses para que o sujeito seja colocado em evidência juntamente com as suas dificuldades, com o seu trabalho, sua família, amigos, seus desejos e anseios. Na lógica psicossocial, os serviços deixam de ser disciplinares, repressores e excludentes e se tornam locais de cuidado efetivo (Amarante, 2007).

A terceira dimensão se refere ao campo jurídico-político e requer mudanças nas leis, portarias, legislações sanitárias, civis e penais em relação aos sujeitos em sofrimento psíquico. Nesse campo, muitas foram as conquistas da Reforma Psiquiátrica para que o cuidado fosse realizado em instituições abertas, para o pleno exercício da cidadania dos sujeitos antes marginalizados e para o livre trânsito deles.

A quarta e última dimensão é a sociocultural, que tem o objetivo de transformar o imaginário social acerca da loucura, da doença mental, do diferente, da imagem das instituições, etc. E, em conjunto com as três dimensões anteriores, contribui para a construção de um novo imaginário social sobre a loucura e o sujeito em sofrimento, que não seja de exclusão e rejeição, mas de reciprocidade e solidariedade (Amarante, 2007). Basaglia (2005, p. 243., grifos do autor) alertava que era importante questionar não só “o manicômio nem a psiquiatria como ciência, mas tudo o que, partindo do *território* repelia a doença e a confiava a psiquiatria e ao manicômio”.

Como salientamos anteriormente, Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003, p. 34) definem que a Atenção Psicossocial é “um campo capaz de congregar e nomear todo o conjunto de práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão”. Nesses termos, a Atenção Psicossocial diz respeito a uma ética de cuidado e não se resume apenas a uma forma de prestar a assistência.

Portanto, os fundamentos éticos, teóricos, conceituais e assistenciais da lógica psicossocial são radicalmente distintos da lógica manicomial. Nessa perspectiva, os conflitos, contradições e problemas são vistos para além de suas características orgânicas, sendo consideradas também as suas determinações sociais, culturais e históricas. O cuidado é destinado à demanda e não aos sintomas propriamente ditos, a medicação deixa de ser a única ou a principal resposta ao sofrimento, visto que a clínica se torna lugar de acolhimento e de escuta – devendo ser ampliada e transdisciplinar – o que favorece a produção de sentidos e de ressignificações. O sujeito em sofrimento deixa de ocupar o lugar de objeto e passa a tomar seu lugar enquanto um sujeito de direitos, com uma história e parte de uma comunidade real e concreta (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003).

Outro aspecto importante da lógica psicossocial é que as relações institucionais devem ser horizontais, inseridas em instituições que fazem uso da autogestão e da co-gestão, que permitam a participação dos usuários nos processos decisórios e em tudo que se relacione ao cuidado, que favoreçam o livre trânsito desses pelos espaços e que atenda de forma integral toda a complexidade das demandas dos usuários e do território.

Dessa forma, a lógica psicossocial implica o reposicionamento do sujeito, isto é, o pleno exercício da cidadania, a garantia de direitos, o poder de contratualidade social, o acesso a todos os bens que foram e são produzidos pela humanidade até que se alcance “a capacidade do sujeito de situar-se de modo ativo frente aos conflitos e contradições que atravessa e pelos quais é atravessado” (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003, p. 40).

Acreditamos que o sujeito também deve situar-se de modo ativo no cuidado, participando dos processos de decisão e tendo autonomia de decidir e opinar sobre as ações realizadas. Nesse sentido, é de grande valia estratégias e práticas de cuidado não coercitivas, principalmente quando se fala de cuidado de sujeitos que apresentam necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Entre essas, destacamos a estratégia de Redução de Danos (RD), que visa reduzir os danos (biológicos, psicológicos e sociais) relacionados ao uso de substâncias psicoativas por sujeitos que desejam ou não parar de consumi-las.

SEÇÃO III – USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: A REDUÇÃO DE DANOS ENQUANTO POSSIBILIDADE DE CUIDADO

3.1 Historicidade do uso abusivo de álcool e outras drogas: recortes históricos para a compreensão da construção de políticas de cuidado em saúde mental

Os indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas nunca tiveram o cuidado em saúde/saúde mental e a visibilidade necessários dentro das políticas públicas de saúde. Ao longo da história, as ações ofertadas a esse público transitaram por diversos setores, dentre os quais se destacam a segurança pública e as instituições filantrópicas, até finalmente serem vistas como uma questão de saúde pública.

A questão do uso e do cuidado no que se refere ao álcool e outras drogas é atravessada e composta por múltiplas dimensões e requer que seja compreendida a partir de sua constituição histórica e a partir do modo de organização da sociedade atual. A política de drogas é marcada por lógicas morais, naturalizantes e estigmatizantes, sendo normalmente discutida a partir da necessidade de regulamentação, normatização, vigilância e diagnóstico, e não a partir das necessidades dos sujeitos (Gomes, 2017).

Esse aspecto pode ser observado, por exemplo, no uso do termo “dependência química”, que é utilizado de forma generalizada pela mídia e por políticas hegemônicas, de modo a individualizar questões de cunho histórico, moral e social, reduzindo vulnerabilidades ao critério do consumo de álcool e outras drogas. Generalizações como essa impedem a singularização das demandas dos usuários, visto que cada um se relaciona com a droga de forma diferente e nem sempre o uso é abusivo ou prejudicial à saúde ou ao desenvolvimento humano. Além disso, ao reduzir o sujeito ao consumo, se exclui toda sua capacidade de autonomia e de produção de vida frente às suas adversidades. O termo “dependência química” também impede a singularização das demandas dos usuários, visto que a mera menção de uso de álcool e outras drogas já acarreta encaminhamentos para serviços especializados em cuidado “AD”, sem que o uso configure uma real demanda por cuidado do sujeito (Joia, Oliveira, & Vicentin, 2016).

A perspectiva reducionista do proibicionismo em relação ao uso de álcool e outras drogas teve origem e influência dos EUA. Esse modelo de política e intervenção instituiu a estratégia de guerra às drogas que prioriza ações de redução de oferta em detrimento das ações de prevenção de uso, acarretando o aumento do encarceramento e a patologização dos indivíduos. Historicamente, as ações pautadas nessa estratégia fazem

uso de todo o aparato policial e judicial ao mesmo tempo em que negligenciam as políticas de apoio e de tratamento dos usuários de substâncias psicoativas (Machado & Boarini, 2013).

Segundo Rodrigues (2012), a guerra às drogas reúne diferentes instituições – Estado, empresas, narcotráfico, forças sociais – em torno de constantes embates:

As drogas psicoativas são alvo de reprovações morais que condenam seu uso e amparam os clamores por repressão. O produto droga é, assim, por demais polêmico, pois está imerso em um complexo caldo de censura moral, que, por sua vez, alimenta desaprovações médicas, sanitárias e jurídicas. Desse modo, ao longo do século XX, duas demandas não cessaram de crescer: de um lado, por drogas psicoativas, de outro, por leis e medidas de repressão. As leis vieram e o mercado ilícito de drogas foi instaurado. (p. 9)

O proibicionismo além de envolver em sua dinâmica de funcionamento muitos sujeitos e instituições, desde o seu surgimento serve aos preceitos do capitalismo, visto que, de acordo com Carneiro (2002), é preciso pensar a droga como uma mercadoria. Nessa perspectiva, o proibicionismo surgiu com o intuito do controle da vida privada, envolvendo o controle de corpos e do mercado de trabalho. No início, o controle do uso de álcool e do sexo eram realizados para o melhor aproveitamento e desempenho da força de trabalho. Nesse sentido, conforme indica o autor, o proibicionismo e a racionalização do trabalho na lógica capitalista estão intimamente conectados. Ressaltando que no método do capital tudo se torna passível de regulação e normatização para criação de novas mercadorias, nisso se inclui a fabricação, a comercialização ilegal, o controle do uso e a repressão das substâncias psicoativas.

O ciclo de reprodução do capital em relação às drogas está além da sua produção e circulação. Nas palavras de Mendes e Costa (2021, p. 556):

A partir do momento em que alguma dessas drogas são tornadas ilícitas, sendo que tal ilicitude possui valor econômico ao agregar valor à mercadoria, não apenas a droga-mercadoria passa a ser ilegal, como, também, a mercadoria força de trabalho que a produz e comercializa. Nesse marco proibitivo, de ausência de regulamentação estatal, a superexploração da força de trabalho se normaliza como mecanismo e aumento das taxas de mais-valor, compensando a transferência de valor às economias e países centrais decorrentes das trocas desiguais deles com a periferia, assim como também se normaliza a repressão de tal mercadoria força de trabalho (superexploração majoritariamente negra, pobre e periférica).

Portanto, a reprodução do capital no que se refere às drogas (produção, circulação e consumo), assim como na sua repressão, cumpre funções econômico-políticas e ideológicas.

As drogas sempre estiveram presentes na história da humanidade, conforme Lima (2009, p. 49) da “transmutação de planta ‘mágicas’ à condição de mercadoria droga parece ter se dado desde o período da acumulação primitiva e chegando à maioridade, a partir do século XIX, quando sua paternidade foi completada pela indústria farmacêutica através da química orgânica”.

De tal modo, as drogas se transformaram em mercadorias com o advento do capitalismo, que atribuiu a elas valor de uso e valor de troca, “ao invés de meros meios de satisfazer necessidades humanas – as mais variadas possíveis (espirituais, lazer, recreação e socialização, medicinais etc.) –, passam a ser produzidas com valor de troca e venda, se orientando à valorização do Capital” (Mendes & Costa, 2021, p. 557).

É desse modo que ocorre a passagem das drogas-produtos para as drogas-mercadorias, o uso passa do consumo para o consumismo, e, conseqüentemente, o aumento da produtividade e a superprodução requerem que essas mercadorias sejam consumidas em maior velocidade e intensidade. Essa lógica do consumismo, ancorada no excesso e no individualismo, faz com que os sujeitos que não se encontram nos grupos prioritários se incluam no consumo de outras formas, por exemplo, no consumo de drogas “em situação de extrema pauperização (como em situação de rua (...)), muitas vezes é uma das poucas mercadorias consumidas e a que inclui tal população no ciclo de consumo ao mesmo tempo em que as criminaliza” (Mendes & Costa, 2021, p. 558). Os autores ainda destacam: “há outro aspecto da relação econômica fetichista, onde o álcool, o crack e outras drogas se tornam sujeitos da ação e as pessoas que a consomem viram objetos”.

Logo, é equivocada a ideia de que na sociedade capitalista a inclusão ocorre somente por inserção no mercado de trabalho, mas ocorre também pelo consumo. Além disso, em especial no contexto brasileiro, Mendes e Costa (2021, p. 559) afirmam que uma “característica do capitalismo dependente brasileiro, de inserção tardia e subordinada na divisão internacional do trabalho, que se (sub) desenvolve nas/pelas trocas desiguais e transferência de valor para as economias centrais tendo na superexploração da força de trabalho o seu fundamento”.

No capitalismo, mesmo no capitalismo dependente como o brasileiro, o lucro obtido através das drogas é um dos maiores do mundo e, apesar de ser estimado em bilhões de dólares, ainda é subestimado em razão da própria dificuldade em rastrear esses fluxos entre o tráfico e o mercado financeiro. No Brasil, em 2016 foi estimado os seguintes gastos em relação às drogas: maconha R\$5,69 bilhões; cocaína, R\$44,7 bilhões; crack R\$ 3 bilhões; e ecstasy R\$1,2 bilhão; totalizando aproximadamente R\$14,59

bilhões, isso sem considerar as demais substâncias. A respeito da lucratividade do mercado das drogas, Mendes e Costa (2021, p. 560) destacam:

Tais patamares colocam o mercado das drogas como um dos mais lucrativos do mundo dizem do caráter ilícito de determinadas drogas-mercadorias. Segundo Fraga (2003) e Rocha (2015), a proibição agrega valor à mercadoria-droga e, conseqüentemente, ao seu mercado. É nessa direção que Ferraz (2010, p. 158) que o caráter ilegal de certas atividades produtivas, no caso do tráfico de drogas, constitui uma “forma eficiente de acumulação do capital”. A ilicitude deve ser analisada, pois, não como um “problema” ao sistema, mas, justamente, por sua utilidade de, num primeiro momento, agregar valor à mercadoria e seu ciclo, supondo um maior montante de trabalho abstrato na sua produção e comercialização, e possibilitar maiores taxas de mais-valia, dada a própria ausência de regulamentação e os inúmeros imbricamentos com outras atividades ilícitas e o mercado financeiro que diz tanto da origem de financiamento quanto do capital resultante da realização da mercadoria.

Retomando os aspectos históricos do proibicionismo, é somente a partir do século XX que as drogas passam a ser associadas à violência, criminalidade e ao dano à saúde. O proibicionismo se expande junto ao mercado das drogas e à consolidação do capitalismo. Em 1950, o consumo não era visto como um problema, principalmente por ser associado a grupos marginais. Segundo Mendes e Costa (2021, p. 561):

A partir de 1960, com os movimentos de contracultura, sobretudo, há a popularização (e visibilidade) de drogas como a maconha e o LSD, sendo de 1961 a instituição do tratado internacional das Nações Unidas, a Convenção Única de Entorpecentes, para combate ao abuso de drogas. Esse sistema internacional de controle, porém, foi inserido progressivamente na América Latina como forma de culpabilizá-la como região de países produtores, impondo critérios proibicionistas que, no conteúdo, se tratava da política imperialista estadunidense. Conforme Teixeira (2012), a classificação de produtores e consumidores é fictícia, visto que os Estados Unidos, por exemplo, são os maiores produtores de maconha do mundo. Ao mesmo tempo, com a massiva exportação de tais drogas aos Estados Unidos e demais países centrais, junto dos imbricamentos legais e ilegais com o mercado financeiro, temos formas evidentes de transferência de valor.

Apesar das altas transferências de valores oriundos do tráfico de drogas, em 1971 os EUA declararam “guerra às drogas”, intervindo em países que eram considerados ameaças ou compreendidos como países “produtores”. A droga passou a ocupar o lugar do inimigo e por isso se instauraram postos militares em territórios estrangeiros, em outras palavras:

Há nesse período a instituição de bases militares na América Latina e a clara distinção entre países inimigos e países vítimas do tráfico, bem como também um fortalecimento do discurso médico-jurídico, historicamente utilizado como estratégia de controle social, no qual o consumidor passou a ser qualificado como doente e o traficante como delinquente (Mendes & Costa, 2021, p. 561).

No Brasil, o contexto não foi diferente. Houve a implementação de modelos normativos e militarizados, sendo que “após o golpe de 1964, houve deslocamento das políticas criminais para o modelo bélico e a repressão do consumo de drogas, legitimada pela medicina com a expansão dos modelos manicomialis-asilares” (Mendes & Costa, 2021, p. 561). Após 1990, com a crescente precarização do mundo do trabalho e das condições de vida, ocorreu o fortalecimento do crime organizado – altamente lucrativo para o Estado. O proibicionismo se apresenta como uma tentativa de isentar o Estado de sua responsabilidade:

O poder punitivo do Estado, entretanto, não atinge toda a sociedade. Se a globalização das políticas de tolerância zero transferiu o problema da criminalidade para o âmbito moral, retirando a responsabilidade das desigualdades geradas pelo capitalismo, tal estratégia possui caráter classista e, na particularidade brasileira, racial. Tais políticas legitimam ações repressoras e de controle social do Estado. Parte-se então para um modelo de *lei e ordem*, forte nos Estados Unidos, onde é criado um estereótipo de inimigo comum da sociedade, responsabilizado por todos os problemas estruturais da nação. Tal fato caracteriza ainda a tentativa do Estado de retirar sua responsabilidade pela reprodução de mazelas sociais (as manifestações da “questão social”), havendo ainda maior transferência de responsabilidades do papel estatal para o âmbito privado (Mendes & Costa, 2021, p. 562).

Dessa forma, o discurso proibicionista carrega o conflito de classes, sendo o Estado o representante das pautas e das necessidades burguesas. Esse potencial punitivo do proibicionismo encarcera principalmente a população pobre e negra, sendo uma das funções da penitenciária “a de administração e de regulação da pobreza, do gueto, do trabalho desqualificado e da massa sobrando do capital” (Mendes & Costa, 2021, p. 562). Nos EUA os gastos com o sistema prisional são maiores do que aqueles destinados a políticas sociais, sendo as penitenciárias a terceira maior fonte de empregos do país. Além do mais, “o cárcere em massa contribui para o crescimento da economia informal, favorecendo empregos temporários e abaixo da linha da pobreza, que são o motor do capitalismo” (Mendes & Costa, 2021, p. 562).

O cenário é parecido no Brasil, onde há também o encarceramento em massa, a violência e o Estado atuando como central na instituição de políticas de “guerra às drogas”. No país, o tráfico de drogas é um dos principais motivos do encarceramento de homens e de mulheres. Em 2014 o Brasil gastou cerca de R\$3,99 bilhões com estratégias de repressão, englobando a repressão policial, gastos com processos jurídicos e com prisões relacionadas ao tráfico. Mendes e Costa (2021, pp. 563-564) questionam acerca da inadequação do Estado Penal ao contexto do capitalismo dependente brasileiro:

Nossa formação e desenvolvimento particulares, que remetem à colonização-escravocrata, se deram por uma estrutura despótica, uma autocracia burguesa segundo Florestan Fernandes: um “poder burguês em sua manifestação histórica mais extrema, brutal e reveladora” (FERNANDES, 2006, p. 297) necessário à também hiperbólica violência econômica da apropriação dual de valor (pelas burguesias nacional e, sobretudo, internacional), fundamentada na superexploração da força de trabalho – majoritariamente negra. Não obstante, tal caráter autocrático serviu, historicamente, para a coerção e manutenção da classe trabalhadora nas condições subalternizadas - cujo avolumamento como exército industrial de reserva foi (e é) proporcional ao volume e intensidade de sua coerção e repressão -, além de alijá-los dos processos decisórios e servir como contrarrevolução permanente (e preventiva). Logo, o alargamento da faceta penal do estado no presente estágio de desenvolvimento do capitalismo na particularidade brasileira remete a essa nossa estrutura autocrática e racista; uma expressão do moderno-arcaico constitutivo de nossa formação social (Fernandes, 2006) nas especificidades do âmbito penal, tendo nas “drogas” um pilar sustentador.

Com isso, concluímos que a guerra às drogas é na verdade uma guerra contra pessoas, especialmente as pessoas pobres, negras e marginalizadas. A ilicitude de certas substâncias agrega valor a elas e a seu mercado, mas também justifica e torna necessário a criação de novas mercadorias que na aparência visam combatê-las, mas que na verdade corroboram para agregar valor a elas. Nas palavras de Mendes e Costa (2021, p. 564):

Logo, o mercado das drogas produz e, também, é o mercado das mercadorias que visam suprimir as drogas-mercadorias, isto é, o mercado da segurança pública, da repressão, da “guerra às drogas”, cujo monopólio tecnológico, não à toa, encontra-se nas economias mais desenvolvidas. Ademais, a ilicitude de tais drogas-mercadorias também torna ilícita a mercadoria que irá produzi-la ou comercializá-la, a força de trabalho. Essa, por sua vez, não é algo abstrato, genérico, mas, nas nossas particularidades, negra, pobre e das camadas mais subalternizadas, periférica etc. Portanto, o que temos é um amplo e altamente lucrativo ciclo e mercado das drogas, pautado na transferência de valor para o centro, com inúmeras facetas imbricadas (produção e comercialização/realização das mercadorias, repressão, criminalização - e extermínio), cujo combate se volta a uma mercadoria diferente da que se declara: *a carne mais barata do mercado*.

A guerra contra às drogas, calcada no proibicionismo, na verdade não é contra a droga-mercadoria, mas contra a mercadoria força de trabalho (negra, pobre, periférica e feminina, se considerarmos o crescente envolvimento das mulheres no tráfico e a feminilização da pobreza).

O ciclo de produção, distribuição e consumo das drogas exigem jornadas de trabalhos exaustivas, passando muitas vezes de 18h por dia, e ainda assim “o mesmo trabalhador(a) que terá sua força de trabalho superexplorada será criminalizado, encarcerado e exterminado (...) a própria superexploração da força de trabalho, é requerido maior volume, intensidade e sofisticação das estratégias coercitivas” (Mendes

& Costa, 2021, p. 576). Estes autores destacam que o extermínio de uma parcela do exército industrial reserva tem maior valor que a sua manutenção, “em suma, mortes de determinadas parcelas têm mais valor que suas vidas” (2021, p. 576).

Retomando os aspectos históricos do proibicionismo e seu impacto nas políticas brasileiras, destacamos o fato de que no período em que Richard Nixon era presidente dos EUA – por volta de 1970 – e decretou a guerra às drogas no continente norte-americano, em outros países, inclusive no Brasil, aconteciam golpes militares que recebiam o apoio do governo estadunidense. Esse contexto foi influenciado pela Guerra Fria, na qual EUA x URSS defendiam perspectivas distintas: o primeiro defendia o capitalismo e o segundo uma sociedade mais igualitária sob a lógica do comunismo.

Nesse sentido, o apoio a golpes de governo marcados pela censura, repressão, caça ao comunismo e retirada de direitos sociais foi uma medida de proteção do governo norte-americano em relação à disseminação das ideias contrárias à lógica capitalista. É nesse contexto que ocorreu o endurecimento ao uso de substâncias psicoativas e as políticas que fossem a ela relacionadas (Hobsbawm, 2002).

Segundo Rodrigues (2012), quando o socialismo perdeu forças, a política sobre drogas ocupou o vácuo deixado pela ameaça comunista, se tornando o novo perigo para a sociedade capitalista. Sobre isso, Mendes e Costa (2021, p.561) lembram: “assim, com a droga tida como novo inimigo externo (ocupando o lugar do comunismo, o que contribuiu para, do ponto de vista ideológico, colocar fim à Guerra Fria), há nesse período a instituição de bases militares”, nesse período a polícia passou a ser utilizada para fins de coerção e de repressão em relação às drogas.

A Organização das Nações Unidas (ONU) passou a ser a porta-voz dos EUA a respeito da política de drogas para o resto do mundo. E em suas convenções estabeleceu o sistema internacional de controle das drogas – pautado no proibicionismo – que devia ser seguido por todas as nações (Ribeiro & Araújo, 2006).

No Brasil, até o começo do século XX, as drogas eram consumidas pelos jovens da classe alta sem qualquer controle do Estado. Tal controle passou a acontecer por volta de 1920, quando o uso passou a ocorrer entre os pobres e os negros, isto é, entre as classes sociais consideradas “perigosas”. Rodrigues (2012) destaca que as drogas provindas de grandes indústrias farmacêuticas da Europa eram utilizadas majoritariamente por homens de ascendência oligarca, passando a ser reprimidas – especialmente a cocaína e a heroína – quando houve ocorrências de uso entre prostitutas, cafetões e marginalizados.

Segundo Machado e Boarini (2013), foi a partir da regulamentação das drogas ilícitas no país que começou a ocorrer, por volta de 1920, que o tratamento destinado aos usuários de substâncias psicoativas era a internação e o isolamento social. Em 1921 foi instaurada a primeira lei que regulava o consumo de drogas no Brasil, versando especialmente sobre o ópio, morfina, heroína e cocaína, e a normativa seguia o modelo proibicionista de Haia, oriundo dos Estados Unidos, tornando proibido o uso de substâncias psicoativas no país que não tivessem fins médicos (Rodrigues, 2012). Em 1938, outros decretos entraram em vigor tendo como base documentos das convenções de Genebra. Já em 1976, a lógica proibicionista foi consolidada no Brasil com a aprovação da Lei nº 6.368, que atualizava e ampliava algumas normativas já vigentes no país. Essa lei ficou conhecida como a Lei de Tóxicos e regulamentou a questão das drogas até a aprovação da Lei nº 10.409, em 2002. Essa última instituiu que o traficante era um criminoso que deveria ser punido com rigidez e o usuário era um doente que deveria ser encaminhado para tratamento da toxicomania, preferencialmente na modalidade de internação (Porto & Passos, 2016; Rodrigues, 2012). Portanto, é nítido como os acordos internacionais impuseram limites sociais, culturais e até mesmo morais frente à questão do uso de drogas no país (Gomes, 2017).

Em particular, em relação à internação de crianças e adolescentes como resposta à questão do uso de álcool e outras drogas, o aumento dessa prática ocorre a partir de 1990, se intensificando a partir dos anos 2000, sendo que:

Especialmente quando imputada sob ordem judicial, ou como internação compulsória, temos como efeito a segregação prolongada e repetida de crianças e adolescentes, recobrando complexas demandas sob a chancela da “dependência química”, revigorando as funções asilares e coercitivas da internação psiquiátrica e dificultando ampliação das redes de cuidado (Joia, Oliveira & Vicentin, 2016, p. 266).

As ações de recolhimento compulsório de crianças e adolescentes, sob diversas justificas:

Remonta a um *continuum* de políticas repressivo-assistenciais, desde a retirada forçada de filhos de escravos libertos no final do século XIX, passando pelo recolhimento dos “infratores” e “vagabundos” no século XX. Contextos em que a “proteção” aos “abandonados”, “desassistidos” legitimava a supressão de liberdades. Vemos atualmente como a denominação “vulnerável” vem obtendo usos similares (Joia, Oliveira & Vicentin, 2016, p. 266).

Como já dissemos, o *continuum* aumento de internações tem relação com as políticas de drogas no Brasil, que sob a forte influência norte americana enfocaram a repressão e a criminalização, não tendo lugar de destaque a saúde pública dentro do

cenário do uso abusivo de drogas. De modo que, em 1980, foram criados os primeiros órgãos e conselhos para lidar com a questão das drogas, os quais eram ligados ao Ministérios da Justiça e Secretarias de Justiça dos Estados e municípios (Porto & Passos, 2016). Todos esses acontecimentos até aqui elencados reforçam a crença popular de criminalizar o usuário de drogas, de individualizar o social, estabelecendo que o foco das normativas estavam na repressão da produção, comércio e consumo, e não em ações preventivas e de cuidado que desestigmatizassem o uso e o sujeito do uso. Conforme Gomes (2017), a articulação da política de drogas com a justiça reforça a lógica da ilegalidade, estabelecendo que aqueles que utilizam drogas são passíveis de punição.

Até a década de 1990 não havia uma política efetiva sobre drogas no país devido a trocas no governo e a falta de comunicação entre os diversos setores envolvidos com a questão. Em 2006, foi promulgada a Lei nº 11.343, que distinguiu traficantes de usuários, sendo instituído que os primeiros deveriam ser punidos e encarcerados, enquanto os usuários deveriam receber tratamento médico. Contudo, a lei não especificava a quantidade de drogas ilícitas que seria considerada para uso pessoal ou para uso no tráfico, ficando a cargo da autoridade policial decidir em qual categoria o indivíduo se enquadrava, o que deixava margem para a criminalização da pobreza e mantinha em funcionamento uma justiça seletiva diante das diferentes classes sociais (Fiore, 2012).

Nesse sentido, Araújo e Moreira (2006) lembram que as drogas passaram a ser o bode-expiatório para a sociedade capitalista explicar os insucessos de seu modelo liberal, de modo que a marginalização, a pobreza, as desigualdades e os diferentes tipos de violência frutos do modo de produção capitalista foram sendo atribuídos ao uso abusivo e massivo de drogas. O consumo de substâncias ilícitas passou a ser a causa das mazelas da população e esses indivíduos tornaram-se perigosos ao sistema, por isso deveriam ser controlados pelos aparatos repressivos do Estado. Rodrigues (2012) destaca que se por um lado a política de guerra às drogas foi ineficaz no combate do tráfico, por outro, foi e é eficaz na política de controle social na contenção de indivíduos e de grupos que ameacem a ordem dominante, ou melhor dizendo, é eficaz na criminalização da pobreza:

Mas qual seria a ligação explícita entre proibicionismo e controle social? A ligação começa a ficar mais evidente quando se percebe quais foram os indivíduos que ocuparam os papéis de traficante e de usuário. Desde os momentos iniciais da proibição às drogas, as atividades de produção e venda de psicoativos ficaram a cargo de indivíduos postos à margem do sistema socioeconômico dominante. Na ilegalidade, a economia das drogas convocou os indivíduos que não tinham espaço no mundo legal: analfabetos, pobres e marginalizados foram recrutados pelo nascente narcotráfico. Essa mesma classe de indivíduos já era alvo das políticas

de contenção social; eles já eram os principais corpos a superlotarem os sistemas penitenciários. Capturados por ameaçarem os costumes e a propriedade privada dos *homens de bem*, esses indivíduos, tidos como desviantes, passaram a ser rastreados também por negociarem perigosos venenos. (Rodrigues, 2012, p. 119-120, grifo do autor)

Desse modo, a questão das drogas historicamente tem o recorte de classe social. Rocha (2012) aponta que comunidades mais pobres e marginalizadas tendem a ser mais suscetíveis a ações repressivas, enquanto em comunidades elitizadas o comércio e consumo de substâncias psicoativas ocorre de forma privada e não sofrem as mesmas ações do Estado. Rodrigues (2012), Ribeiro e Araújo (2006) e Rocha (2012) afirmam que as desigualdades sociais reduzem as oportunidades de acesso a direitos básicos, como à nutrição, educação, assistência médica, habitação, ao trabalho, ao lazer, etc.

Em contrapartida, o tráfico oferece oportunidade de pertencimento, sustento e de ascensão social mesmo que por meio da ilegalidade. Rocha (2012) destaca que há uma naturalização da violência indireta sofrida por esses indivíduos marginalizados – falta de acesso a direitos sociais básicos – e que quando assumem uma relação com a droga essa violência antes naturalizada passa ser contextualizada a partir do uso e do comércio de substâncias ilícitas, ou seja, a partir do que é considerado crime. Esses sujeitos são penalizados e arcam com as consequências da individualização e culpabilização de questões sociais. A guerra às drogas instituída pelo proibicionismo passa a ser uma guerra contra as pessoas e não contra as drogas em si, uma guerra contra os pobres e não contra a pobreza e as defasagens estruturais próprias da sociedade capitalista.

Por esse motivo, conforme Joia, Oliveira e Vicentin (2016), a droga não pode ser desvinculada do contexto e das funções que cumpre na vida do usuário, seja de amenizar a fome, o frio, as formas de violência ou do efeito de sensações prazerosas e de modos de pertencimento. É uma questão complexa e multifacetada que vai além do uso em si e por isso é preciso ter cuidado para que o centro da intervenção não se torne a substância, mas abarque toda a realidade de vida material do adolescente e problematize o lugar que este ocupa na trama social, considerando as desigualdades de classe, gênero, raça, geográfica, historicamente demarcadas. Nesse sentido, Silva Surjus *et al.* (2021, p. 68) destacam:

O uso de drogas pode estar associado a uma diversidade de formas de vivenciar a juventude, na construção de uma identidade social que ocorre por um processo de socialização extrafamiliar, na busca de pertencimento a grupos de pares. Porém, tomando a juventude como uma categoria sócio-histórica e múltipla, ponderam que nem todos os jovens farão uso similar, considerando que existem “juventudes” que são integradas e marcadas por desigualdades e diferenças, decorrentes das questões de gênero, situações econômicas, orientações sexuais, crenças e moradia,

sendo estas definidoras de variados graus de vulnerabilidade em relação à questão do uso de álcool e outras drogas, compondo posições sociais heterogêneas.

Além do mais, as autoras supracitadas destacam o fato de que a significação do uso de drogas se dá de forma distinta nas diferentes esferas sociais, por isso abordagens policiais, por exemplo, são tão desiguais quando comparadas as abordagens a jovens periféricos às dos jovens de classes médias/altas, “o significado do uso de uma droga é contextualmente variável nas esferas sociais” (Silva Surjus *et al.*, 2021, p. 64).

Dentre as diversas áreas relacionadas ao cuidado no uso de álcool e outras drogas, no Brasil, a saúde mental só entrou na disputa pela liderança da questão em 2001, após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, tal qual destacamos anteriormente. E somente no ano 2003 foi elaborada a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Contudo, foi apenas em 2005 que se tornou efetiva e possibilitou outra estratégia para além da “guerra às drogas” (Porto & Passos, 2016, p. 175).

A partir de então, vimos acompanhando a luta pela instauração de novas práticas de cuidado em consonância com uma Política de Saúde Mental antimanicomial, propondo a descentralização dos serviços e ações que busquem a autonomia, considerem as singularidades e que não tenham como foco único, conseguir a abstinência.

Como destacamos, no que se refere ao público infantojuvenil, as políticas públicas no geral começaram a criar e direcionar ações mais específicas a partir da instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, que dispôs sobre a proteção integral à criança e ao adolescente e estabeleceu que seria dever de todos – família, comunidade e sociedade em geral – garantir a efetivação dos direitos do público infantojuvenil, inclusive o direito à saúde (*Lei nº 8.069/1990*). No entanto, como anteriormente observamos, no contexto da saúde pública, a temática do uso de drogas por crianças e adolescentes ganhou espaço somente em 2009, quando foi tema central do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, no qual foram debatidas a organização e diretrizes do cuidado em rede, abarcando inclusive questões relacionadas ao sistema socioeducativo e à drogadição (Galhardi & Matsukura, 2018).

Destarte, a luta que vem sendo travada e marcada por alguns avanços e muitos retrocessos é para que o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas seja realizado conforme a lógica da Atenção Psicossocial. Interessa-nos destacar a dupla estigmatização sofrida por adolescentes usuários de álcool e outras drogas decorrente da visão hegemônica a respeito dos dois

fenômenos: adolescência e uso abusivo. Merecendo evidência que tanto a adolescência quanto o fenômeno do uso de substâncias psicoativas tendem a ser tratados através de lógicas morais, naturalizantes e estigmatizantes que visam a regulamentação e a normatização, a tal ponto que tornam necessário a vigilância e o diagnóstico médico-psiquiátrico desses sujeitos.

Quando falamos da exigência de um diagnóstico médico-psiquiátrico para os sujeitos que fazem algum tipo de uso considerado abusivo, bem como da internação psiquiátrica considerada como recurso imprescindível ao tratamento dos que sofrem psiquicamente em decorrência desse uso, precisamos refletir sobre como a RD e a Atenção Psicossocial trazem em comum a busca por um outro modo de compreender e cuidar desses sujeitos.

3.2 Redução de Danos – RD e Atenção Psicossocial: o cuidado de adolescentes usuários de álcool e outras drogas

São poucos os estudos que trabalham a interface adolescência - RD, especialmente porque a estratégia de RD é compreendida de modo controverso por parte da população. Há uma compreensão de que a RD seja “baseada em estratégias para atenuar efeitos tóxicos do uso de substâncias psicoativas, entretanto, ela é muito mais complexa, articulando as questões de saúde com contextos políticos e sociais” (Tristão & Avellar, 2019, p. 56).

Entende-se que a RD, em conjunto com as demais ações, serviços e políticas, pode contribuir para que o sujeito se mantenha seguro, saudável e ativo. Assim, defendemos que a RD precisa ser compreendida para além de uma prática: a RD é uma ética de cuidado que comporta uma multiplicidade de sentidos e que se distingue das abordagens moralizantes-criminais ou patológicas (Silva Surjus *et al.*, 2021). A RD se refere às estratégias que precisam ser construídas de forma complexa, sistemática e articulada, tendo em vista a atenção integral do usuário.

A RD do modo como a compreendemos é consonante com a lógica da Atenção Psicossocial. A lógica da Atenção Psicossocial, no que se refere ao cuidado de sujeitos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, compreende que as ações devem ser interdisciplinares, transversais e se dar em dispositivos abertos disponíveis no território. E como fundamento das ações esperadas dos serviços componentes da RAPS que merecem destaque, mencionamos aqui a RD.

Entretanto, sabemos que, tanto as intervenções no campo da saúde, quanto as pesquisas e produções acadêmicas sobre o tema “drogas”, ainda se dividem em duas abordagens distintas e opostas: a da abstinência e a da RD. A primeira tem alta exigência e tem a abstinência como finalidade maior do tratamento, sua principal prática é a das internações, sendo uma abordagem que difere do que foi preconizado pela Reforma Psiquiátrica, como já visto. Já a segunda, a RD, não tem a abstinência como foco prevalente e busca diminuir os riscos oriundos do uso abusivo de álcool e outras drogas na vida do sujeito.

Logo, o cuidado às pessoas que fazem o uso prejudicial envolve a escuta, o acolhimento, o respeito às singularidades, o autocuidado, o autoconhecimento, a corresponsabilização, o aumento da autonomia e a participação ativa do usuário, buscando uma ação ampliada e transversal entre diversos setores e políticas (Galhardi & Matsukura, 2018).

Uma perspectiva mais ampliada de saúde e saúde mental consonante com a lógica da Atenção Psicossocial, estabelece que o cuidado dos adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas deve ser realizado na rede substitutiva ao hospital, por uma equipe interdisciplinar, e quando necessário na atenção especializada ofertada pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - CAPSi. Todo projeto terapêutico deve ser articulado com os demais dispositivos da rede, do território, em especial com a Atenção Básica/Primária, os dispositivos da Política da Assistência Social, principalmente, com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), os estabelecimentos de ensino e demais políticas e serviços que compõem a rede ampliada de cuidados.

Além disso, para a garantia de um bom desenvolvimento de crianças e adolescentes como preconizado pelo ECA, é imprescindível o convívio com adultos acolhedores, sejam esses seus familiares ou pessoas do seu convívio com as quais tenham laços afetivos, que garantam o sentimento de pertença e viabilizem seu acesso à educação, às ações de promoção e prevenção de saúde, à cultura, ao lazer, à construção de projetos de vida e que reconheçam a interferência de fatores sociais, políticos, econômicos e culturais no lugar social por eles ocupado e no cuidado a eles destinado (Ministério da Saúde, 2014a).

É a partir da convivência familiar e comunitária que a criança e o adolescente passam a fazer parte da cultura e da vida em sociedade, isto significa dizer que é mais do que estar fisicamente dentro de uma casa (protegido, seguro e orientado), mas é por meio

desses laços que será incluído na linguagem, nos valores, nas formas de agir, é por meio do convívio familiar e comunitário que a criança e o adolescente se apropriam do mundo (Ministério da Saúde, 2005b).

Desse modo, o esperado é que os adultos sejam mediadores não só no acesso a dispositivos e políticas quando necessário, mas que sejam capazes de, junto com toda a rede, acolher situações de crise, de vínculos fragilizados, de violência e de vulnerabilidade sem que haja a culpabilização do sujeito, a patologização do sofrimento e sem que este seja apartado de todo o contexto que o produziu.

Caso a rede não consiga garantir a articulação que atenda às necessidades do público infantojuvenil, devem ser tomadas ações que sanem este problema, em outras palavras:

A inviabilidade de qualquer fator dado como protetivo exige do Estado e de outros atores sociais posicionamentos e atuações que resguardem os espaços de desenvolvimento individual e social de crianças e adolescentes. As respostas devem priorizar, tanto quanto possível, opções de cuidado no território, valorizando os mecanismos de organização e autonomia que os sistemas possuem (Ministério da Saúde, 2014a, p.14).

Ademais, dada a complexidade do cuidado em saúde mental, a RAPS tem seus limites quando aplicável à infância e adolescência, pois não inclui componentes para além da política setorial da saúde (com exceção das estratégias de reabilitação psicossocial), e quando tratamos especialmente desse público, o cuidado precisa necessariamente ser corresponsável e compartilhado entre diferentes profissionais, serviços e instituições.

Como já vimos, dentro da RAPS se encontram os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS em suas diferentes modalidades, destinados ao cuidado dos indivíduos em sofrimento psíquico grave e persistente, afetados de algum modo em sua condição de manter e estabelecer laços afetivos e sociais, bem como um projeto de vida. Em evidência citamos o CAPSi, espaço destinado ao cuidado de crianças e adolescentes que vivenciam o sofrimento grave e persistente, e também aqueles que apresentam necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A Atenção Psicossocial requer a ampliação da clínica, perspectiva que expande a compreensão do processo-saúde doença, compreendendo que são pessoas que adoecem e que, portanto, o cuidado deve ser integral, centrado na pessoa, considerando não só a doença, mas todo o contexto e relações sociais nas quais ela está inserida. Nesse sentido, reconhece a complexidade e a variabilidade dos recursos envolvidos em cada caso

específico, seja um caso individual ou coletivo (Ministério da Saúde, 2008; Campos, 2007).

A clínica ampliada e compartilhada é uma diretriz da PNH, a qual foi pensada como uma política transversal que deveria atravessar as ações de todos os atores envolvidos no cuidado (usuários, profissionais, gestores, etc.). Um de seus princípios é a “valorização das dimensões subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS” (Ministério da Saúde, 2008, p.17), estabelecendo compromisso com a cidadania e a garantia de direitos dos usuários de toda rede de saúde. Além disso, a PNH valoriza o trabalho multiprofissional; o estabelecimento de vínculo com o usuário; a construção de redes cooperativas e solidárias; a autonomia e o protagonismo dos sujeitos e dos coletivos; a corresponsabilidade na gestão e na atenção; o controle social; a democratização dos processos de trabalho e sua organização em espaços acolhedores.

Por meio da ampliação da clínica, o cuidado não é de responsabilidade de um único profissional – dos especialistas da vida – mas, inclui diversas modalidades de profissionais, os usuários, os familiares e outros atores do território. De tal modo, a clínica ampliada visa a superação da fragmentação do conhecimento e do cuidado (Ministério da Saúde, 2010). Para encerrar essa breve retomada da política de cuidado para crianças e adolescentes, são eixos da clínica ampliada: compreensão ampliada do processo saúde-doença; ampliação do objeto de trabalho; transformação dos meios ou instrumentos de trabalho; construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas; e suporte para os profissionais de saúde (Ministério da Saúde, 2010). Nesse sentido:

Cabe afirmar que o maior desafio do processo de trabalho dentro do campo da saúde mental é superar a divisão que os profissionais de saúde tendem a trazer para a cena cotidiana do serviço, a partir dos seus campos de saber e poder. As diversidades das experiências e vivências dos profissionais e dos usuários levam os atores envolvidos a ter que aprender a aprender, trabalhar em equipe, compartilhando saberes, trocas e estabelecendo comunicações nas situações simples do cotidiano. Porém, para se chegar a esse ponto é necessário a construção de espaços coletivos, nos quais existam discussões entre os membros da equipe sobre o cotidiano do trabalho, os casos atendidos, as estratégias traçadas, para a instalação do diálogo e a construção de novos saberes. Se isso depende da compreensão da complexidade do processo de produção de saúde, ao mesmo tempo a constrói e reformula na experiência vivida. (CFP, 2013, pp. 119-120)

A clínica ampliada visa produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, para tanto faz uso da construção compartilhada do cuidado entre diversos profissionais, usuários e serviços, o que exige ações intra e intersetoriais. Os meios de trabalho também são transformados pela concepção da clínica ampliada, sendo privilegiados arranjos que

favoreçam a comunicação transversal, a clínica compartilhada, a escuta, a contratualidade, a construção de vínculos e a elaboração do Projeto Terapêutico Singular - PTS. (Campos, 2007, Ministério da Saúde, 2008).

O PTS pode ser definido como “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo” (Ministério da Saúde, 2008, p. 40) – fruto da negociação e articulação entre profissionais, usuários e família, podendo ser revisto sempre que necessário. A elaboração do PTS se realizada corretamente, possibilita a participação ativa do usuário na construção do próprio cuidado, tornando-o corresponsável juntamente com a equipe e a família, além de favorecer o desenvolvimento da autonomia e de projetos que façam sentido para o sujeito (Ministério da Saúde, 2008). Em outras palavras:

Um trabalho, portanto, coletivo, feito a muitas mãos e fruto de diferentes perspectivas (...) Sempre singular e distinto, na medida mesma da singularidade de cada experiência de sofrimento e do momento de vida de cada usuário, esta metodologia introduz na prática clínica um operador – o projeto terapêutico singular, que articula o sentido dos recursos colocados à disposição de cada um. Bússola que orienta usuários e equipes no percurso pelo serviço e pela rede, o projeto terapêutico singular, articula os recursos colocados à disposição pela política, mas também aqueles que nos trazem cada usuário, seus familiares e suas referências. Instrumento mutável que busca responder às necessidades, naquele momento e para cada usuário, sendo ainda a expressão e o espaço de inscrição das soluções e estratégias criadas por cada um na reconstrução de sua história e vida (CFP, 2013, pp. 98-99).

O PTS pode incluir o matriciamento ou apoio matricial, que envolve duas ou mais equipes, onde a equipe de referência oferece retaguarda e apoio especializado para os outros profissionais (Ministério da Saúde, 2008). Pode ser entre AB e CAPSi, ou entre NASF e ESF, ou entre NASF e CAPSi, etc. Em resumo, o apoio matricial envolve a discussão de caso e a construção compartilhada de condutas terapêuticas. Segundo Campos (2007, pp. 399-400):

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.

Já as equipes de referência são definidas pelo autor da seguinte forma:

A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. O termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao

longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes de saúde da família na atenção básica. O conceito de equipe de referência pressupõe a adoção de lógica análoga para profissionais que trabalham em policlínicas ou hospitais, (...)psiquiatras e psicólogos que trabalham em centros de apoio psicossocial (...). (Campos, 2007, p. 399)

Portanto, equipe de referência e apoio matricial são arranjos organizacionais que auxiliam a gestão do trabalho em saúde. Importante ressaltar que o apoio matricial não é o atendimento do especialista dentro, por exemplo, da UBS, mas é o suporte técnico-pedagógico para a equipe. Além do mais, conforme cartilha do Ministério da Saúde: “Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico” (Ministério da Saúde, 2011b, p.15).

O desenvolvimento do PTS e a execução do matriciamento visam, além da ampliação da clínica, estratégias que ampliem as ações de cuidado e que favoreçam a autonomia dos sujeitos no processo de cuidar. Nesse sentido, destacamos que crianças e adolescentes, apesar de não possuírem independência, ainda assim são autônomos e devem participar ativamente da própria construção das ações de cuidado:

A proteção integral, nota-se, não invalida ou desqualifica a compreensão de crianças e adolescentes como sujeitos autônomos, capazes de estabelecer suas próprias regras. Essa característica, muito cara ao setor Saúde, deve ser objeto de atenção dos agentes de cuidado (família, comunidade, a sociedade em geral e o Poder Público), por se configurar como habilidade desejável aos sujeitos quando eles lidam com os processos de saúde individuais e coletivos. Mas é necessário que não se confunda autonomia com independência. As crianças e os adolescentes dependem dos adultos. Dependem da responsabilidade dos adultos para acessar os meios para realizar a sua potência e manter um devir aberto. (Ministério da Saúde, 2014a, p.14)

Em outras palavras, deve ser garantido a crianças e adolescentes o “direito ao sigilo, privacidade, acolhimento e atenção independentemente do consentimento familiar e/ou responsáveis, entre outras garantias éticas, a fim de promover atenção adequada as singularidades” (Ministério da Saúde, 2014a, p. 15). Elementos que também são afirmados no documento que reúne as recomendações das reuniões de 2009-2012 do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (Ministério da Saúde, 2014b).

Considerando as peculiaridades de cada caso, é necessário construir junto ao adolescente ambientes de apoio e condições para a tomada de decisões voluntárias, o que requer que famílias, responsáveis, profissionais de saúde e de outras políticas tenham abertura para o diálogo, de acolhida as dúvidas para uma efetiva transmissão de informação quando necessário, para a construção compartilhada de ações e de conhecimentos. Portanto, é preciso considerar que os adolescentes são capazes de assumir

a responsabilidade e de propiciar ações que levem a mudanças no curso da vida (Ministério da Saúde, 2014a).

Portanto, crianças e adolescentes devem ter autonomia e devem participar ativamente das ações e decisões de cuidado de seu PTS. Este, deve ser guiado pela estratégia de RD que, de acordo com a Associação Internacional de Redução de Danos (2010), tem o compromisso com a garantia dos direitos humanos e como princípios: 1) respeito aos direitos das pessoas que usam drogas; 2) compromisso com evidências científicas; 3) compromisso com a justiça social e a colaboração com redes de pessoas que usam drogas e 4) evitar estigmas. Portanto, é um cuidado de baixo custo e alto impacto, onde as intervenções são facilitadoras e não coercitivas e fundamentadas nas necessidades e direitos dos indivíduos, estruturadas para ir ao encontro dos usuários nos mais diversos territórios sem qualquer julgamento.

Além disso, boas práticas em RD devem incluir: abordagens de baixa exigência, estratégias para ir até onde as pessoas estão, desenvolvimento de informações e materiais a partir da demanda dos usuários, oferta de ações e serviços extra-muros e móveis, envolvimento de pares como parte das equipes e garantia de acesso a ações relevantes. Segundo Silva Surjus *et al.* (2021), é fundamental o gerenciamento de danos que podem ser individuais e também sociais, considerando questões como o desemprego, pobreza, precariedade da moradia, situações de violência, encarceramento, ausência de ações e serviços, além das políticas vigentes.

Segundo a Associação Internacional de Redução de Danos (2010), são metas da RD manter as pessoas vivas e estimular mudanças positivas em suas vidas; reduzir os danos das leis e políticas proibicionistas de drogas e oferecer alternativas de abordagens de prevenção aos danos, de modo que favoreça e melhore acesso aos serviços de saúde e sociais, o direito ao trabalho, aos benefícios dos avanços científicos, o direito à liberdade e de não ter a prisão arbitrária ou tratamento desumano. A RD se opõe aos maus-tratos e abusos realizados contra os indivíduos que usam álcool e outras drogas em nome do controle ou da prevenção justificados em políticas, leis e tratados nacionais e internacionais.

Conforme descreve Moraes, Montenegro, Medrado e Romani (2015, p. 148): “la reducción de daños aparece como un método político-clínico y como una perspectiva emancipadora que tensiona el saber-poder instituido en el campo de las drogas”, é uma estratégia que inclui não só os riscos à saúde, mas também os sociais, os econômicos, os legais e muitos outros.

A RD abre uma perspectiva de cuidado em saúde/saúde mental que não tem a abstinência como requisito para o acesso e vislumbra abarcar todas as dimensões de vida dos sujeitos, oferecendo instrumentos de prevenção, insumos, informação, garantia de direitos, escuta, exercício da cidadania, a construção participativa de projetos de vida e o aumento da autonomia.

Porto e Passos (2016) destacam que a RD busca alcançar o sujeito e os prejuízos oriundos do uso na busca de uma melhor qualidade de vida, mas sempre respeitando a liberdade e a autonomia do usuário. Já Gomes (2017, p. 76) coloca que “a RD é um campo político e prático de Saúde Coletiva que está em sintonia com uma posição ética de defesa da vida e mais preocupada em oferecer o cuidado de acordo com as necessidades dos usuários”. Essa perspectiva, segundo Gomes (2017), quebra o ideário de uma sociedade livre de drogas, pois compreende a droga como um problema social e o usuário como um cidadão que tem o direito de exercer sua cidadania e autonomia e, portanto, de decidir sobre o uso, mas que deve ter consciência dos riscos envolvidos e das implicações para sua rede de relações.

Kinoshita (2010) nos ajuda a ampliar o olhar para o conceito de autonomia, uma vez que observa que “somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida” (p. 57). Assim, não se trata de confundir autonomia com independência ou autossuficiência, pois com frequência as pessoas que necessitam de cuidados em saúde mental possuem uma dependência excessiva de poucas coisas: laços sociais e afetivos, espaços, serviços, profissionais. Trata-se de contribuir com o aumento do poder contratual desses sujeitos, buscando, entre outras coisas, ampliar suas trocas afetivas e materiais com essa rede de relações.

Como vimos salientando, a RD busca a valorização da vida e o tratamento não tem como objetivo central a abstinência, mas o aumento do grau de liberdade, autonomia e a corresponsabilidade do usuário no cuidado, o que requer o estabelecimento de vínculo, de escuta e de acolhimento com os profissionais que o atendem. É uma perspectiva que considera a integralidade dos sujeitos e a complexidade das suas necessidades; é uma ferramenta de cuidado vinculada à atenção integral que amplia o acesso e o alcance do cuidado à saúde como um todo. Portanto, é fundamental que haja ações intersetoriais e transversais englobando não só a saúde, mas a educação, o lazer, a cultura, a assistência social, etc. (Gomes, 2017; Tristão & Avellar, 2019).

O cuidado integral de crianças e adolescentes requer ações intersetoriais em uma dinâmica que os serviços em conjunto assegurem as garantias de proteção e de direitos ao público infantojuvenil. Em especial, caso a região de saúde tenha serviços específicos de atenção a crianças e adolescentes, estes deverão ser, preferencialmente, o ponto de referência. A gestão e a articulação intersetorial devem ter como norte para as ações as seguintes compreensões a respeito da saúde:

A noção de saúde adotada no SUS entende que a produção de saúde não se dá somente com as ações estritas deste núcleo, tipicamente as de prevenção de agravos e doenças e as de intervenções curativas, como os tratamentos restritos à prescrição medicamentosa e à realização de exames. Nessa concepção ampliada, entende-se que a saúde integral é composta e promovida por inúmeros elementos, destacando-se o acesso à educação, ao lazer, ao esporte, à habitação, à cultura etc. Esses fatores são estruturantes e condicionantes para a abordagem de novos projetos de vida das pessoas, inclusive daquelas que demandam cuidados específicos em saúde. Os conceitos de autonomia, estabelecimento de vínculos, estímulo às relações interpessoais e fortalecimento de redes de apoio às crianças, aos adolescentes e às suas famílias tornam-se fundamentais para a produção de saúde dessa população. (Ministério da Saúde, 2014a, p. 20)

Ou ainda, conforme definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento. (Ministério da Saúde, 1986, p. 04)

Em vista disso, a produção de saúde não se encontra apartada da produção desses sujeitos. E, também, não há como ter a produção de saúde sem a produção de saúde mental:

Se uma criança ou um adolescente apresenta algum grau de sofrimento (com angústias, medos, conflitos intensos, por exemplo), não será possível tratar sua saúde sem considerar esse componente emocional/relacional significativo. Muitos sintomas físicos têm origem em situações de sofrimento psíquico de origens diversas (na relação com instituições, com a família e consigo mesmo, entre outras). Em muitos casos, por exemplo, o uso de álcool e outras drogas pode estar associado à tentativa pessoal de manejo de um sofrimento. (Ministério da Saúde, 2014a, p. 23)

Especialmente no cuidado de adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, a RD vai além da questão da droga em si, pois deve adentrar os territórios, as relações, o protagonismo e o autocuidado, facilitar o estabelecimento de vínculos e articular questões de saúde com contextos políticos e sociais. A RD vai ao encontro do que é estabelecido pelo ECA e pela Constituição Federal, já que reconhece as pessoas

como sujeitos de direitos, identifica suas necessidades e favorece o desenvolvimento da autonomia e da liberdade dos adolescentes (Tristão & Avellar, 2019).

Joia, Oliveira e Vicentin (2016) ressaltam que aumentar a autonomia, a corresponsabilidade e a liberdade no cuidado desses sujeitos não eximem os serviços da responsabilidade de cuidar, mas aumentam a necessidade de ações coletivas no desenvolvimento desse cuidado. Nesse sentido, é importante a compreensão da saúde como produção de sujeitos e de comunidades que são responsáveis pelo cuidado de si e dos outros, o que, necessariamente, requer o direito à palavra. A escuta e o direito à palavra devem ser garantidos, pois “ao falarem de si e ao se identificarem com suas próprias histórias, a criança e o adolescente veem possibilidades de encontrar novos significados e novas formas de inserção na sociedade e na família” (Ministério da Saúde, 2014a, p. 23).

Assim, o cuidado em uma perspectiva que envolva a interface RD-adolescência, segundo Tristão e Avellar (2019), exige que abarque o interesse do adolescente e a participação ativa desse em todo o percurso. Considerando a complexidade que envolve a questão do abuso do álcool e das drogas, é necessário que se extrapole a questão do consumo em si e adentre outros contextos da vida material do adolescente, permitindo que a relação deste com a substância seja ressignificada de forma que, mesmo que perdue, não seja um uso nocivo para o seu desenvolvimento e para os afazeres do dia a dia. Por meio da RD é possível ampliar as possibilidades de relação do adolescente com o mundo, alcançar novas formas de ser e estar na vida e outros meios de se lidar com as adversidades provenientes da sociedade desigual em que vivemos.

Entendemos que em consonância com a lógica da Atenção Psicossocial, a RD também defende o cuidado em liberdade, a desinstitucionalização desse cuidado, a transformação das relações de poder entre as instituições e os sujeitos, e das condições de vida e existência que produzem e ou alimentam o sofrimento.

Posto isso, a política de saúde mental infantojuvenil deveria ter como princípios (Ministério da Saúde, 2005b):

I. A criança e o adolescente são **sujeitos de direitos**, sendo responsáveis por sua demanda, seu sintoma e seu sofrimento. Isso quer dizer que possuem lugar de fala e de escuta, o que implica a concepção de singularidade, de modo a impedir que o cuidado ocorra de forma homogeneizada e com respostas prontas a determinados problemas, pois cada caso detém suas particularidades, sua história, sua realidade material e suas necessidades. Em outras palavras:

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. É preciso, pois, dar voz e escuta às crianças e aos jovens dos quais se trata. Reconhece-se, assim, o sofrimento mental da criança ou do adolescente como próprios, o que não é a prática corrente, caracterizada por uma leitura moral em que o outro sempre fala pelo sujeito ao qual nunca se dá voz. (Ministério da Saúde, 2005b, p. 12)

II. Acolhimento Universal: significa que as portas de todos os serviços devem estar abertas para aqueles que chegam, toda demanda deve ser acolhida, ouvida e respondida. “O serviço não pode fechar suas portas sob qualquer alegação de lotação, inadequação entre demanda e capacidade técnica do serviço” (Ministério da Saúde, 2005b, p. 12). O que não quer dizer que todo sujeito que procurar o serviço será incluído dentro do dispositivo, “mas na ideia de que acolher, ouvir e reconhecer a legitimidade da procura já é uma forma de cuidado, sempre possível, que pode dar lugar a diferentes encaminhamentos, segundo o caso” (Ministério da Saúde, 2005b, p. 12). A alegação do serviço não ser apto ou que o sujeito não se enquadra no “perfil para o serviço” ocorre com frequência quando se trata de usuários de álcool e outras drogas (Ministério da Saúde, 2005b). O intuito deste princípio é acabar com as barreiras burocráticas de acesso que fazem o sujeito percorrer diferentes dispositivos sem que seja de fato acolhido em nenhum, o que implica no próximo princípio.

III. Encaminhamento implicado e corresponsável: esse princípio diz que o serviço que acolheu a demanda e irá encaminhá-la para outros serviços – conforme as necessidades de cada caso – deverá se incluir no encaminhamento, se responsabilizar pela demanda e acompanhar o caso até a sua inclusão nos outros dispositivos. É esperado que seja realizado um trabalho conjunto entre o dispositivo que recebeu a demanda e aquele para qual o usuário foi encaminhado, para a discussão a respeito das condições de atendimento de cada caso. Outras vezes, será necessário a desconstrução da demanda, por exemplo, casos encaminhados pela educação para a saúde devido a problemas de aprendizagem ou de disciplina, como se fossem questões de saúde mental que necessitam de tratamento. Essa demanda deve ser desconstruída em um trabalho conjunto e intersetorial com a educação. O que implica a construção da rede e a intersetorialidade (Ministério da Saúde, 2014a; 2005b).

IV. Construção permanente da rede: refere que os diversos serviços devem estar interligados e articulados entre si, visando a integralidade do cuidado. O serviço não deve limitar suas ações aos aspectos técnicos, isto é, somente a ações técnicas como a

medicação, consultas, etc., mas, deve incluir as ações com os demais dispositivos e serviços do território. Essa concepção de rede articula o cuidado com ações que estão além dos muros de cada serviço, adentrando verdadeiramente o território do usuário (Ministério da Saúde, 2005b). A esse princípio se articula a noção de clínica ampliada e compartilhada, que será definida mais adiante.

V. Território: não diz respeito apenas aos limites geográficos e seus serviços, mas tem nexos com a rede de relações e de afetos do usuário (família, escola, igreja, clubes, praça, casa de colegas, centros da juventude, a UBS, o CAPSi, outros serviços de saúde, dispositivos de outras políticas, etc.), a importância é a relação que o sujeito estabelece com cada um desses, “incluindo, centralmente, portanto, o próprio sujeito na construção do território” (Ministério da Saúde, 2005b, p. 50). É um campo interinstitucional e intersubjetivo. Dito de outra forma: “o território é tecido pelos fios que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito (...) o território é o lugar psicossocial do sujeito” (p. 13).

VI. Intersetorialidade na ação do cuidado: é a ampliação do trabalho portões e muros a fora, isto é, para a própria rede (UBS, CAPSi, emergência, ambulatórios, hospitais, etc.), mas também para instituições não clínicas que fazem parte da vida de crianças e adolescentes: escola, igreja, órgãos da justiça, conselho tutelar, instituições de lazer, esporte, cultura, etc. O cuidado deve conter ações em conjunto a esses equipamentos que de um modo ou de outro encontram-se envolvidos na vida desses sujeitos (Ministério da Saúde, 2005b). Esse princípio está interligado com a noção de rede que se cria por meio das ações de cuidado desenvolvidas dentro dos dispositivos. A instituição e construção da rede não é, desse modo, tarefa exclusiva da gestão, visto que os profissionais também a constroem por meio de suas ações, encaminhamentos e implicações.

VII. Avaliação da demanda e construção compartilhada das necessidades de saúde mental: refere que as demandas que chegam aos serviços de saúde mental pela família, escola, outros dispositivos, pelo próprio usuário, etc., devem ser discutidas e elaboradas em conjunto com todos os atores envolvidos, já que no imaginário social há muitas demandas que não correspondem de fato às necessidades dos usuários. Como já citado anteriormente, por vezes torna-se necessário a desconstrução da demanda para “entender que nem todo problema ou sofrimento vivenciado pelas pessoas necessita de tratamento periódico e sistemático na rede de saúde, o que não exige esse setor da responsabilidade pelo acolhimento e direcionamento necessários” (Ministério da Saúde,

2014a, p.26). Por isso, é fundamental as articulações intersetoriais que correspondam adequadamente às demandas recebidas.

Esses princípios foram destacados nos idos de 2005 pela política de saúde mental em construção. Tendo em vista o enredamento do processo de produção de saúde, especialmente em relação à saúde mental, sabemos que a Reforma Psiquiátrica e a lógica da Atenção Psicossocial que dela decorre, não estão concluídas, consumadas, e que as mudanças defendidas e implementadas nos últimos anos por esses movimentos fazem parte de um processo social complexo que contém suas contradições em uma unidade dialética, suas determinações, seus atores e suas instituições.

Obviamente que a visão de mundo e de cuidado em saúde mental aqui defendida se depara com muitos desafios, principalmente por caminhar na direção contrária ao proibicionismo e às políticas assistencialistas, historicamente hegemônicas. No Brasil, nos últimos anos, vem ocorrendo inúmeros retrocessos no que se refere ao cuidado dos sujeitos que fazem uso de álcool e outras drogas. As políticas públicas em suas atuais publicações têm como pano de fundo a repressão, a guerra contra as drogas, a criminalização do uso, do porte e do tráfico, e acaba associando o uso ao modelo moral/criminal ou à doença para tratar sobre o tema. E, infelizmente, houve o retorno/aumento do incentivo financeiro ao isolamento, aos hospitais psiquiátricos e às práticas desumanizadas de cuidado. Nesse cenário sombrio, acreditamos que valorizar as práticas de cuidado embasadas no ideário maior da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial tendem a ser cada vez mais justificadas.

Recentemente foi emitida a Resolução nº 3/2020 do Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD), que regulamenta no âmbito do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD) o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em Comunidades Terapêuticas (Resolução n. 3/2020). A resolução traça as linhas para o acolhimento dos adolescentes em Comunidades Terapêuticas e vai em direção contrária aos avanços alcançados pela luta antimanicomial, aos princípios da Reforma Psiquiátrica e aos direitos dos adolescentes estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O Conselho Federal de Psicologia (2020) emitiu uma nota se posicionando contrariamente à resolução supracitada e às demais publicações que têm acarretado mudanças nas políticas públicas de saúde mental, e que regulamentam internações compulsórias, aumento do financiamento de leitos em hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas, dentre outras medidas que acarretam retrocessos às

conquistas procedentes da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas (2003) construída a partir da Reforma Psiquiátrica.

Em nota, o CFP destacou que a Resolução nº 3/2020 é uma reafirmação da Doutrina da Situação Irregular que sustentava o antigo Código de Menores de 1929 e 1979, em que era comum o recolhimento de adolescentes que fugiam da ordem socialmente estabelecida. Ressalta ainda que o acolhimento em Comunidades Terapêuticas nada mais é que a ideia de internação sob novas roupagens, algo que refletirá especialmente sobre a camada mais pobre da população, não se passando de uma estratégia normalizadora e reguladora. Para além, segundo a tipificação da Assistência Social, especialmente pela Resolução nº 109 de 11 de novembro de 2009, o acolhimento institucional é (ou ao menos deveria ser) de responsabilidade da Política de Assistência Social, sendo de caráter residencial e sem a privação de liberdade, de modo que garanta o direito da convivência familiar e comunitária (Resolução n. 109/2009).

As atuais mudanças demonstram um projeto político-ideológico que atende às aspirações das classes dominantes, culpabiliza os indivíduos e incentiva a iniciativa privada. Isso, de acordo com o CFP, diminui as responsabilidades e as obrigações do Estado de cumprir o que é estabelecido pelo ECA. Além de que, valoriza práticas que historicamente se mostraram ineficazes e que não abarcam a complexidade necessária do cuidado relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Araújo, Silva e Oliveira (2013) observam que o Estado é o responsável por garantir os direitos básicos de seus cidadãos, oferecendo ao menos as condições mínimas de vida e de sobrevivência, mas destacam que:

(...) ao gastar bilhões de reais em políticas que privilegiam grupos restritos, o Estado vitimiza o resto da população, infligindo-lhe violências como a fome, a miséria e a exclusão social. Constata-se que a violência estrutural atinge toda a população; embora diretamente direcionada ao segmento menos favorecido da sociedade, não deixa de produzir efeitos em toda a sociedade. (p. 150)

A violência estrutural é definida pelas autoras como a “defasagem na estrutura que cerceia parte da sociedade e restringe-lhes o acesso, por direito, a bens e serviços básicos” (Araújo, Silva, & Oliveira, 2013, p. 151), a qual se faz presente em nossa sociedade em todos os seus segmentos, perpassando desde a formulação e implementação das políticas, até a construção das ações nos mais variados dispositivos do sistema.

Basaglia (2010, p. 101), há tempos também nos alertara que a violência e a exclusão “estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade”, sendo muitas vezes escondida e mascarada atrás do tecnicismo e de práticas ditas

“terapêuticas”. Essa violência, no nosso caso, agrava-se em função das marcas de um país que foi colonizado e constituído em cima da relação dominação-exploração.

Apesar de defendermos a proteção integral de crianças e adolescentes, sabemos que essa é ainda muito mais um desafio que uma realidade, já que a violência estrutural permanece de formas diversas como agente propagador da violação de direitos humanos – direitos e exclusões muitas vezes preenchidos pelo tráfico, pelo uso ou por outros meios como forma de inserção social (ainda que à margem por ser uma atividade/trabalho ilícita e excluída da organização social institucionalmente reconhecida). Em contrapartida, em muitos seguimentos, aumenta a individualização do fracasso e do sofrimento, quando esse é reiterado no social, ou seja, produzido, mantido e gerado pelo coletivo.

O cuidado de adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas não é de responsabilidade exclusiva da política pública de saúde em geral, nem de nenhum profissional em particular. Exige a articulação de inúmeros serviços e políticas, de uma rede de cuidados e proteção, tida como uma rede de relações. Mas, acreditamos que o cuidado em saúde mental quando pautado na lógica da Atenção Psicossocial favorece à garantia de direitos, o desenvolvimento da autonomia e de projetos de vida para todas as crianças e adolescentes, inclusive para as que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

SEÇÃO IV - METODOLOGIA

4.1 Do caminho percorrido

Vimos apresentando como as concepções e práticas de cuidado em saúde mental foram histórica, social e culturalmente construídas. Na busca de apreendermos as relações e as transformações que delineiam o fenômeno estudado, apresentamos essa pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e documental. Como procedimentos metodológicos utilizamos a análise documental de prontuários e fichas de acolhimento e realizamos um estudo de caso como exercício de uma síntese reflexiva que buscou responder se a redução de danos é uma lógica de cuidados possível na adolescência.

De acordo com Gil (2002, p. 41), a pesquisa exploratória tem por objetivo: “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito (...) seu planejamento é flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado”. Portanto, a pesquisa qualitativa exploratória tem como principal finalidade “desenvolver, esclarecer e modificar, conceitos e ideias, tendo em vistas a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (p. 27). Este tipo de pesquisa é escolhido quando o tema do estudo é pouco explorado e geralmente este tipo de estudo envolve levantamento bibliográfico e análise documental, podendo também incluir estudos de caso.

Já a pesquisa documental é definida por Gil (2008) como um estudo que se utiliza como fontes materiais que ainda não receberam um tratamento analítico, como é o caso de prontuários de usuários de serviços de saúde. De acordo com Sá-Silva *et al.* (2009), a riqueza de informações que se pode obter por meio da análise de documentos justifica o seu uso em várias áreas da ciência, pois “possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural” (p. 2). Os documentos, segundo Cellard (2008, p. 5), são fontes de informações que representam “(...) quase toda a totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito frequentemente, ele permanece como único testemunho de atividades particulares ocorridas em um passado recente”.

Na análise documental, o pesquisador deve saber identificar e interpretar eventuais limites do material analisado e “é fundamental usar de cautela e avaliar

adequadamente, com um olhar crítico, a documentação que se pretende fazer análise” (Sá-Silva *et al.*, 2009, p. 8).

Cellard (2008) afirma que na análise documental, esse olhar crítico se aplica a cinco dimensões: 1) contexto; 2) autor; 3) autenticidade e confiabilidade do texto; 4) natureza do texto e 5) os conceitos-chave e a lógica interna do texto. A primeira dimensão implica na análise do contexto histórico no qual o documento foi produzido e a quem era direcionado. A segunda se refere ao conhecimento do autor do texto, pois permite avaliar a credibilidade do documento analisado, assim como as interpretações nele contidas. A terceira dimensão diz respeito à verificação da procedência do documento, principalmente se atentar ao fato de o autor do documento ter sido testemunha direta ou indireta do que está ali registrado. A quarta dimensão se refere à importância de considerar a natureza do documento e o para quê/ou para quem ele foi escrito a fim de não tirar conclusões precipitadas. E a última dimensão, por sua vez, requer que os conceitos e palavras presentes no material analisado sejam delimitados de acordo com o sentido e contexto em que foram empregados.

Essas orientações nos permitiram a chegar aos temas que mais se destacavam nos documentos analisados e aqui citamos: a ênfase dada aos atendimentos ambulatoriais e o privilégio de ações individualizadas; a emissão e a replicação de receitas médicas para aquisição de drogas psiquiátricas; sofrimento psíquico/emocional considerado expressão de um transtorno mental, o excesso de diagnósticos psiquiátricos; o não compartilhamento do cuidado com uma rede mais ampliada; faltas, abandonos e dificuldades de vinculação com os serviços e seus profissionais.

Após a leitura atenta dos documentos, o pesquisador deve analisá-los e “interpretá-los, sintetizar as informações, determinar tendências e na medida do possível fazer a inferência (...) os documentos não existem isoladamente, mas precisam ser situados em uma estrutura teórica para que seu conteúdo seja entendido” (Sá-Silva *et al.* 2009, p. 10). Depois da seleção e da análise preliminar, “é o momento de reunir todas as partes – elementos da problemática ou do quadro teórico, contexto, autores, interesses, confiabilidade, natureza do texto, conceitos-chave. O pesquisador poderá, assim, fornecer uma interpretação coerente, tendo em conta a temática ou o questionamento inicial” (p. 11).

Terminada a leitura dos documentos (fichas de acolhimento e prontuários), reunimos e sintetizamos seus dados, analisando-os de acordo com a Psicologia Sócio-Histórica e os pressupostos do materialismo histórico dialético, assim como utilizamos

contribuições de autores marxistas da saúde coletiva, da luta antimanicomial e críticos ao paradigma psiquiátrico.

A pesquisa documental geralmente emprega o uso da análise de conteúdo, na qual, após identificar os principais elementos, os categoriza e os analisa ante uma teoria específica (Appolinário, 2009). Vale ressaltar que não existem normas e procedimentos fixos para a criação de categorias, mas “um quadro teórico consistente pode auxiliar uma seleção inicial mais segura e relevante” (Ludke & André, 1986, p. 43). Para tanto, concordamos com Sá-Silva *et al.* (2009, p. 12), ao dizerem:

Construir categorias de análise não é tarefa fácil. Elas surgem, num primeiro momento, da teoria em que se apoia a investigação. Esse conjunto preliminar de categorias pode ser modificado ao longo do estudo, num processo dinâmico de confronto constante entre empiria e teoria, o que dará gênese a novas concepções e, por consequência, novos olhares sobre o objeto e o interesse do investigador.

Nesse tipo de pesquisa, especificamente no decorrer do processo de análise, o pesquisador elege como o conteúdo será analisado, por exemplo,

(...) a frequência com que aparece no texto uma palavra, um tópico, um tema, uma expressão, uma personagem ou um determinado item (operação que usa a quantificação dos termos). No entanto, dependendo dos objetivos e das perguntas de investigação, pode ser mais importante explorar o contexto em que determinada unidade ocorre, e não apenas sua frequência. Assim, o método de codificação escolhido vai depender da natureza do problema, do arcabouço teórico e das questões específicas de pesquisa. (Ludke & André, p. 42)

A tentativa de apreensão da complexidade do objeto de estudo exige uma coleta qualificada que propicie dados para que a análise capte nos “indivíduos singulares, as múltiplas determinações e contradições” (Kahhale, 2019, p. 86). Para tanto, estabelecem-se os seguintes passos: elaboração de instrumentos e seleção dos participantes do estudo; produção de análise discursivas por meio de histórias orais, escritas ou de outras produções; produção de dados quantitativos que contextualize historicamente o objeto de estudo e a amostra selecionada; análise do discurso conforme propõe a metodologia de análise de conteúdo; integração dos dados qualitativos e quantitativos na busca de compreensão da totalidade do fenômeno e, por fim, realização de sínteses dialéticas acerca das categorias de análise.

Tomando por base essas orientações, como dito há pouco, privilegiamos o reconhecimento das temáticas mais presentes no prontuário de um adolescente especificamente. O estudo desse caso nos levou a compor as seguintes categorias de análise: a psiquiatrização dos comportamentos e a medicalização da vida, os afetos silenciados e, por fim, as (im)possibilidades da RD na adolescência. Para o

estabelecimento dessas categorias levamos em consideração que as ações registradas expressam a materialidade do cuidado ofertado e a frequência dessas ações ao longo do tempo, bem como os personagens envolvidos nesse processo, acreditando que as sínteses reflexivas podem nos ajudar a responder se a RD é uma lógica de cuidados possível na adolescência.

De acordo com Yin (2001), o estudo de caso possibilita a compreensão de fenômenos sociais complexos, pois “permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real”, sendo um método que “contribui, de forma inigualável, para a compreensão que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos” (p. 21).

As pesquisas que envolvem estudos de caso podem incluir um caso único ou casos múltiplos, e utilizar tanto dados qualitativos quanto quantitativos em sua análise (Yin, 2001). Freitas *et al.* (2010) observam que o estudo de caso não é um método propriamente dito, mas uma estratégia de pesquisa que possibilita o aumento da compreensão de eventos contemporâneos.

Freitas *et al.* (2010, p. 10) colocam que no estudo de caso “busca-se, criativamente, apreender a totalidade de uma situação – identificar e analisar a multiplicidade de dimensões que envolvem o caso – e, de maneira engenhosa, descrever, compreender, discutir e analisar a complexidade de um caso concreto, construindo uma teoria que possa explicá-lo”. A estratégia do estudo de caso é o método mais adequado, segundo os autores, para conhecer em profundidade as nuances de um determinado fenômeno.

Buscando apreender a totalidade do fenômeno recorreremos à Oliveira (2001), que discorre sobre a dialética existente na relação singular-particular-universal. Para a autora, a singularidade se constrói na universalidade, ao mesmo tempo em que a universalidade se materializa na singularidade, tendo a particularidade como mediadora. Em outras palavras, podemos compreender o gênero humano como a universalidade, que se materializa no indivíduo (singular) por meio da sociedade (particular). Por isso, mesmo focando no estudo de um caso singular, acreditamos que sua história, seu percurso e de sua família na busca por cuidados em saúde mental, revelam uma dinâmica social que extrapola as questões meramente individuais.

Posto isso, a presente pesquisa utilizou a análise documental e a estratégia de estudo de caso. Para tanto, a coleta de dados se deu por meio da análise de fichas de acolhimento e de prontuários de usuários do Centro de Atenção Psicossocial

Infantojuvenil (CAPSi) da cidade de Maringá-PR. Cabe reafirmar que embora tenhamos tomado documentos do CAPSi como fonte de pesquisa, nossa intenção não foi fazer uma análise sobre o processo de trabalho desse importante dispositivo da RAPS, mas acessar – via registros disponíveis – histórias de sujeitos que na adolescência vivenciam experiências de sofrimento decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Cabe igualmente explicar que a ficha de acolhimento é um documento preenchido manualmente pelos profissionais do CAPSi para os usuários que acessam o serviço. O preenchimento ocorre no primeiro atendimento e após esse momento, concluindo que o usuário deve ser incluído no serviço, abre-se um prontuário. Em Maringá, desde maio de 2019 o prontuário dos usuários passou a ser eletrônico, permitindo e reunindo os registros de ações e medidas tomadas por diferentes profissionais dos vários serviços da rede municipal de saúde.

A coleta de dados para a realização do estudo de caso envolveu registros da ficha de acolhimento, do prontuário eletrônico e do antigo prontuário físico, além de informações obtidas por meio da observação e de conversas informais com profissionais do CAPSi. O caso foi selecionado por meio da indicação da coordenadora e dos demais profissionais que mencionaram alguns que consideravam mais difíceis em relação à construção e adesão ao cuidado, sendo o caso de Pedro o mais sugerido.

No CAPSi são ofertados atendimentos individuais (acolhimentos, abordagens, consultas ambulatoriais, etc.) e grupais (grupos de convivência, terapêuticos, etc.), ambos direcionados tanto para as crianças e adolescentes, quanto para suas respectivas famílias. No curso do desenvolvimento dessa pesquisa, em razão das medidas sanitárias que restringiram a circulação e a aglomeração de pessoas por conta da pandemia do COVID-19, a maioria dos atendimentos estavam acontecendo de forma remota por meio de equipamento telefônico e uso de aplicativos. Em alguns casos, quando após várias tentativas de contato sem sucesso e faltas sucessivas, era realizada a busca ativa, sendo em grande parte o usuário e os familiares orientados, reagendado o horário e fornecido vale transporte para o comparecimento ao serviço, caso necessário. As atividades em grupo foram temporariamente suspensas.

Diferente do que revelam alguns dados oficiais que alardeiam a ‘epidemia das drogas’, não encontramos um número alto de adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas incluídos no serviço. O CAPSi nos informou da existência de um relatório circunstanciado gerado mensalmente pela Política de Álcool e Drogas da Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC) do município, e que não traz a

identificação do usuário. Esse relatório resulta dos dados repassados por alguns serviços da rede de saúde e da Assistência Social, além do Hospital Psiquiátrico e das Comunidades Terapêuticas, e acabam indicando um alto número de adolescentes usuários de álcool e drogas. O CAPSi questiona a forma como esse relatório é preenchido à medida que as altas taxas de usuários, por vezes divulgadas, resultam do fato de alguns serviços replicarem mensalmente os dados dos mesmos usuários.

Considerando o número de usuários de álcool e outras drogas incluídos no serviço, foram analisadas todas as fichas de acolhimento resultantes dos atendimentos realizados no ano de 2020 (cerca de 200 a 250 fichas por mês), que totalizavam aproximadamente 2.500 fichas. Após a leitura das mesmas, foram selecionadas as que mencionavam o uso de álcool ou outras drogas (41 fichas) para a verificação e posterior estudo do prontuário eletrônico no sistema de registros da Secretaria de Saúde de Maringá (SMS). Em média, cada prontuário gira em torno de 160 a 420 páginas, o que me demandou um longo tempo de leitura, tendo tornado inviável a leitura de muitos prontuários por completo.

Nesse sentido, ponderando sobre o tempo permitido pela SMS de acesso ao sistema e a situação de agravamento da pandemia – incluindo o risco de contágio durante a coleta de dados – foi decidida a leitura por completo do início ao fim do prontuário do caso de Pedro, que abarcava registros do período de 2009 a 2021, sendo analisados na presente pesquisa somente os registros que tinham relação ao cuidado em saúde mental. O prontuário de Pedro trazia registros de ações dos seguintes dispositivos da rede de saúde: Unidade Básica de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), Hospital Municipal de Maringá Thelma Villanova Kasprovicz e Emergência Psiquiátrica (HMM-EP)¹⁵ e Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

No serviço não foi possível ter acesso ao sistema de prontuário eletrônico, somente à ficha de acolhimento e ao prontuário físico. O acesso ao prontuário eletrônico foi realizado nas dependências da SMS de Maringá, pois uma mudança no sistema de *internet* da Prefeitura Municipal não permitiu que se criasse um *login* para que acessássemos o sistema de dentro dos serviços da rede. Como dito anteriormente, através do sistema foi lido o prontuário completo dos usuários referentes ao acesso desses em toda rede municipal de saúde que compõe a RAPS, não se restringindo somente aos

¹⁵ A Emergência Psiquiátrica (EP) está alocada dentro do Hospital Municipal de Maringá (HMM-EP), de modo que os registros no sistema eletrônico de prontuário de ambos aparecem como realizados pelo HMM-EP.

atendimentos do CAPSi. Após a leitura, foram excluídos aqueles cujo uso de álcool e outras drogas não era estimado como sendo “abusivo”.

Por meio dos prontuários foram coletados dados referentes ao perfil dos adolescentes (gênero, idade, tipo de substância que faz uso), de qual região da cidade provinham e a Unidade de Saúde responsável pela área de abrangência de sua residência, quem os encaminhou ao serviço, quais as ações, atividades e encaminhamentos eram realizados após o acolhimento no serviço, qual o destino tiveram após o cuidado prestado pelo CAPSi e qual o percurso realizado por esse usuário na rede de saúde¹⁶.

Os prontuários são importantes instrumentos de trabalho dos profissionais de saúde que obedecem a normas éticas e oferecem respaldo tanto para o usuário quanto para os serviços. Suas utilidades são diversas, dentre as quais se destaca o uso enquanto fonte de dados para o desenvolvimento de pesquisas científicas. Reis *et al.* (2009) ressaltam a importância dos prontuários enquanto um instrumento de base para a troca de informações entre a equipe multidisciplinar de cuidado, mas também enquanto um instrumento de intervenção e diagnóstico junto à criança e ao adolescente. Trata-se de um documento que registra a história e percurso do sujeito, além de ser um fator de segurança tanto para a equipe técnica quanto para o usuário do serviço.

O prontuário é um documento de propriedade do usuário, e este último pode e deve ter acesso a ele sempre que desejar. Seu uso correto garante que seja um instrumento de intervenção integral e um documento identitário dentro do serviço e da rede de cuidados. Em relação ao uso do prontuário pelo CAPSi, em sua pesquisa, Reis *et al.* (2009, p. 392) afirmam que:

Tendo por referência a utilidade e o valor dos prontuários, poderia não só realçar a importância de seu bom preenchimento como constituir-se como elemento de aprimoramento dos instrumentos que os CAPSi têm à disposição para perseguir sua finalidade de inclusão social que passa pelo fato de fazer dos pacientes elementos ativos do seu contexto.

Os dados conseguidos a partir das fichas de acolhimento e dos prontuários do CAPSi foram analisados à luz da visão de homem e de mundo da Psicologia Sócio-Histórica. A Psicologia Sócio-histórica, guiada pelos pressupostos teórico-filosóficos e metodológicos do materialismo histórico-dialético, busca a superação do positivismo, do empirismo e dos históricos dualismos presentes na Psicologia. Alinhando-nos aos tais

¹⁶ Conforme o **Anexo I** – apresentamos uma tabela utilizada para a catalogação dos dados registrados e que guiaram o levantamento do perfil dos adolescentes que faziam uso de álcool e outras drogas atendidos no CAPSi de Maringá- PR durante o ano de 2020.

pressupostos teórico-filosóficos e metodológicos, a análise também lançará mão de contribuições de autores da saúde coletiva, da luta antimanicomial e críticos ao paradigma psiquiátrico. Alguns desses estudos, cabe salientar, alimentaram o ideário socializador do movimento da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica brasileira.

Optamos pela Psicologia Sócio-Histórica por conta da nossa afinidade pessoal e pela sustentação teórica ofertada para construção dessa pesquisa, que levou em consideração sua constituição, dificuldades e possibilidades, tomando por base a realidade da nossa população. Nessa vertente da Psicologia, acreditamos que o homem se constitui socialmente ao mesmo tempo que é produto e produtor das condições objetivas e subjetivas do meio no qual está inserido. Segundo Vecchia e Martins (2006), essa constituição ocorre:

(1) pelas relações sociais de produção e reprodução da vida, (2) por condições históricas e específicas de apropriar-se dos bens culturais e historicamente objetivados, e (3) pela sua ação transformadora no mundo, constituindo-se ao mesmo tempo sujeito e objeto da sua intencionalidade que reflete, necessariamente, interesses e necessidades de classe. (p. 162)

De acordo com essa orientação teórica-metodológica, compreendemos que há uma relação dinâmica e interdependente entre o mundo real e o sujeito, um vínculo inseparável entre o mundo objetivo e a subjetividade. Logo, não há como tratar qualquer fenômeno humano como categoria de análise isolada, como se não expressasse os esforços e contradições do homem em lidar com os desafios da vida em sociedade.

A busca é sempre pela construção de um conhecimento crítico que não se submeta ao pensamento hegemônico (alienante), que considere a historicidade e produza conhecimentos que respondam às necessidades humanas e possibilite intervenções psicológicas que busquem o sujeito de direito e a transformação social. Nessa perspectiva, é pelos seus pressupostos epistemológicos que se torna possível a arguição epistemológica na Psicologia, a qual se refere ao fato de ter “a crítica como modo de apreensão, compreensão e interpretação da realidade” (Kahhale & Rosa, 2009, p. 25).

Espera-se que o conhecimento produzido, tanto no plano da política quanto no plano da formação acadêmica e científica, afete a realidade e relacione-se com a construção da subjetividade individual e social, que leve em conta os processos singulares e plurais e a historicidade dos processos envolvidos (Kahhale & Silva, 2014).

Essa orientação considera que as categorias/unidades de análise expressam a totalidade dos fenômenos, buscando compreender o sujeito inserido em um contexto histórico, social e multideterminado. Desta forma, acreditamos que a pesquisa pode nos

ajudar a ampliar a compreensão do uso abusivo de álcool e outras drogas, assim como repensar o cuidado que vem sendo prestado aos adolescentes nos serviços de saúde mental em funcionamento.

Vale relembrar, como nos ensina Freitas (2002), que nessa perspectiva teórico-metodológica buscamos “focalizar o particular como instância da totalidade social” (p. 26), compreendendo os sujeitos e contextos envolvidos. Com isso, salientamos que mesmo quando focamos aparentemente o particular, buscamos para além, alcançar a totalidade social.

Para tanto, por meio da análise dos dados colhidos junto à SMS da cidade de Maringá-PR, procuramos apreender o movimento, as relações e as transformações do fenômeno estudado, tendo em vista que as concepções e práticas de cuidado são histórica, social e culturalmente construídas, e que todo conhecimento deve vislumbrar em seu horizonte e ser transformador da realidade.

Informamos que a pesquisa foi autorizada pela equipe do CAPSi e pela SMS do referido município. Informamos ainda que, após essas autorizações, a pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá – UEM, por meio do Parecer nº 4.433.135, que respeita todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Res. CNS Nº 466/12 e na Res. CNS Nº 510/16, e suas complementares, no que diz respeito ao anonimato, sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

4.2 Caracterização do campo de estudo: a rede de saúde e o CAPSi de Maringá-PR

A cidade de Maringá é um município planejado de médio-grande porte, situado no norte central do Paraná. Fundada em 10 de maio de 1947, foi eleita a primeira cidade na lista das melhores grandes cidades do Brasil, segundo a consultoria Marcoplan, considerando os indicadores de saúde, educação, cultura, segurança, saneamento e sustentabilidade. O município conta com uma área territorial de 487.052 km² e com uma população estimada pelo IBGE em 2021 de 436.472 habitantes (Maringá, 2020; IBGE, 2021).

Em sua constituição, Maringá contou com a predominância de colônias japonesas, alemã, árabe, portuguesa e italiana. A economia da cidade engloba indústrias de confecção, alimentos, móveis, metalúrgicas, agroindústrias, assim como uma rede de

comércio varejista e atacadista. O Produto Interno Bruto per capita (PIB per capita) em 2019 era de R\$45.582,78 e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2010 municipal era 0,808. Em relação à educação, Maringá é um dos maiores polos universitários, tendo em 2010 uma taxa de escolarização de 98,4% de sujeitos com idade entre 6 e 14 anos (Maringá, 2020; IBGE, 2021).

Em relação à saúde, Maringá é sede da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná que agrega 29 municípios. Apresentaremos os serviços que integravam a Rede de Saúde (RAS) de Maringá durante o período da pesquisa de campo, mas, primeiro daremos destaque que de acordo com o Plano Municipal de Saúde 2018-2021, a RAPS de Maringá-PR estava composta em conformidade com a Portaria 3.088/2011 pelos seguintes componentes: Unidades Básicas de Saúde (UBS); equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF); Consultório na Rua; Emergência Psiquiátrica (EP); Hospital Municipal (HMM); Unidades de Pronto Atendimento (UPA); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi); Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad II); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II Canção); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III); duas Residências Terapêuticas Masculinas e uma feminina.

A Atenção Básica à Saúde durante o período da pesquisa de campo contava com 34 Unidades Básicas de Saúde distribuídas pelo território. O modelo de Atenção Primária no município é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde atualmente estão distribuídas 74 equipes de saúde da família nas 34 UBS existentes, as quais são responsáveis por determinada população conforme a delimitação de abrangência de cada unidade. Além disso, o município conta com 31 equipes de saúde bucal e 9 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

A atenção primária é a principal porta de entrada do SUS e dispositivo central na organização e ordenação do sistema, as ESF de Maringá possuem uma cobertura de 85% da assistência. Pertence também à Atenção Primária da Equipe de Consultório na Rua, que é composta por psicólogo, assistente social, enfermeiro e técnico de enfermagem. As ações da equipe do consultório na rua também estão atreladas ao CAPSad (Atenção Especializada), e geralmente se concentram na área central, próximo ao Centro Pop (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua). Outro serviço complementar à Atenção Primária, mas também vinculado a outros serviços da rede de saúde, é o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que realiza ações de reabilitação,

cuidados paliativos, promoção à saúde em domicílio; trata-se de uma equipe multiprofissional que é acionada de acordo com as necessidades de cada usuário.

Já a Atenção ambulatorial do município, no período, era composta por: duas policlínicas (Policlínica Zona Norte e Policlínica Dr. Primo Marcelo Monteschio); Ambulatório Municipal de IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais e três Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) – um localizado na zona norte sob responsabilidade da gestão municipal; um localizado no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense (CISAMUSEP) sob responsabilidade de gestão do Consórcio; e um CEO sob responsabilidade da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

A Atenção à Urgência e Emergência do município comportava a sede de regulação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE), contando com Central de Regulação, duas UTI's móveis – suporte avançado, quatro veículos de suporte básico, um de Intervenção Rápida (IR) em parceria com o corpo de bombeiros, duas unidades de transporte simples, uma base descentralizada localizada na zona norte da cidade e suas unidades de suporte básico distribuídas nas cidades da RUE (Paiçandu, Sarandi, Mandaguari, Astorga, Nova Esperança e Colorado). Além disso, em 2017 a Secretária Estadual de Saúde implantou o serviço aeromédico, com base em Maringá, responsável por atender toda a região noroeste do Estado.

Em relação ao atendimento das urgências e emergências, além do SAMU, o município contava com duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), especificamente a UPA Zona Norte (de porte II) e a UPA Zona Sul (de porte III) – que atuam como estruturas de complexidade intermediária entre as portas de entrada e os serviços de alta complexidade.

Já na Atenção Especializada na área hospitalar, o município contava com os seguintes serviços no SUS: Hospital Psiquiátrico (240 leitos SUS), Hospital Universitário (123 leitos SUS), Hospital do Câncer (69 leitos SUS), Hospital Santa Rita (87 leitos SUS), Hospital Santa Casa (146 leitos SUS), Hospital Municipal (119 leitos SUS) e Hospital Memorial (47 leitos SUS), totalizando 831 leitos disponíveis para uso do sistema público de saúde. Há também hospitais da rede particular que não oferecem leitos SUS, como: o Hospital e Maternidade Maringá, Hospital São Marcos, Hospital de Olhos de Maringá e o Hospital Paraná.

Na Atenção Especializada – na área da saúde mental – de acordo com o plano municipal de saúde, há psicólogos em todas as UBS que realizam atendimentos individuais e grupais; há profissionais de psicologia nas equipes de NASF que auxiliam

no atendimento das áreas abrangidas pelas ESF; há 26 leitos psiquiátricos no Hospital Municipal para referência dos municípios de Maringá e Mandaguaçu; há Centros de Atenção Psicossocial nas seguintes modalidades: CAPSad II; CAPSi; CAPS II e CAPS III; e há três Residências Terapêuticas (duas masculinas e uma feminina). Vale ressaltar que o CAPS III funciona 24h e oferece 12 leitos para acolhimento e observação, as demais modalidades funcionam somente em período diurno. Desde maio de 2015, com a inauguração do Complexo Maringaense de Saúde Mental, todos os CAPS (exceto o CAPS II) foram alocados lado a lado em um mesmo terreno.

O CAPSi de Maringá havia sido inaugurado em novembro de 2011, e a princípio atendia os usuários encaminhados pelo serviço ambulatorial de Psiquiatria Infantil do Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM) e pelas UBS. Hoje, o CAPSi recebe encaminhamentos de diferentes serviços da rede, além da demanda espontânea, e desenvolve ações de atendimentos individuais (médico, psicológico, social, entre outros), grupos, oficinas, distribuição de medicamentos, reuniões, etc. (Zaniani, 2015). Entretanto, atualmente, as atividades grupais encontram-se suspensas por conta da pandemia do coronavírus; além dessas, a maioria dos atendimentos individuais tem ocorrido de maneira remota por meio de contato telefônico.

Cabe aqui destacar que o CAPSi de Maringá está alocado em um bairro periférico da cidade e divide o terreno com o CAPSad e o CAPS III. Essa configuração implica em sérios riscos, conforme descritos por Zaniani (2015, p.105):

(...) incorre seriamente no risco de tutelar e institucionalizar o cuidado porque materializa a impressão de que há um local único/especializado para lidar com a loucura no município. A criação (...) do Complexo Integrado de Saúde Mental reforça a lógica biomédica e dos especialismos tão combatida pela Reforma Psiquiátrica, favorecendo a estigmatização, e dada sua localização geográfica, restringindo as possibilidades de um trabalho comunitário e intersetorial mais abrangente.

Na direção contrária à lógica biomédica, presente desde a configuração do espaço geográfico dos CAPS, o plano municipal de saúde referente ao quadriênio 2018/2021 (Maringá, 2017) estabelece que as consultas psiquiátricas do CAPS III e do CAPS II estão em processo de descentralização para sete unidades de referência na Atenção Básica, sendo cinco em UBS, uma no CISAMUSEP e uma no Hospital Memorial. Essa descentralização tem como objetivo aproximar a ESF aos atendimentos em saúde mental, assim como fortalecer o matriciamento no município.

O plano municipal de saúde referente ao quadriênio 2018/2021 (Maringá, 2017) ainda destaca as ações que vêm sendo executadas desde 2017 para a reestruturação da

Rede de Saúde Mental, como a restituição da comissão especial para a organização dos serviços; a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias e a Comissão de Desinstitucionalização. Além disso, afirma que foram instituídas reuniões semanais entre UBS e os CAPS para discussão de processos de trabalho e discussão compartilhada de casos. A SMS também instituiu oficinas de estratificação de risco em saúde mental para os profissionais da rede. Além do mais, estabeleceu que vem sendo realizadas reuniões intersetoriais para a articulação de diversas políticas a fim de garantir atendimento integral e de qualidade aos usuários.

De acordo com o documento *Linha Guia de Atenção à Saúde Mental do Município de Maringá* (2015), na busca por definir o fluxo dos usuários dentro da rede de saúde, o município tem seguido as orientações propostas pela Secretaria Estadual de Saúde. O estado do Paraná utiliza um instrumento denominado “Estratificação de Risco em Saúde Mental” para avaliar a gravidade dos sinais e sintomas apresentados pelo usuário. Na estratificação de risco a população é dividida em seis grupos:

1. Sintomas relacionados aos transtornos mentais comuns: englobam depressivos, ansiosos e somatoformes classificáveis nos manuais de diagnósticos;
2. Sintomas relacionados aos transtornos mentais severos e persistentes: os portadores de transtornos psicóticos – esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e outras psicoses, além daqueles que o sintoma interfere em alto grau nas relações pessoais;
3. Sintomas relacionados à dependência de álcool e outras drogas: que alteram o funcionamento cerebral causando modificações no estado mental ou psiquismo.
4. Sintomas relacionados a alterações na saúde mental que se manifestam na infância e/ou adolescência;
5. Sintomas relacionados a alterações na saúde mental que se manifestam nos idosos;
6. Fatores que podem se constituir em fatores agravantes ou atenuantes de problemas de saúde mental já identificado. Além das condições específicas de: gestação, população indígena, deficiência mental moderada ou severa e eventos agudos: ocorrência recente de tentativa de suicídio e crise ou surto psicótico. (Maringá, 2015, pp. 9-10)

No item 3. estão os Sintomas relacionados à dependência de álcool e outras drogas, que alteram o funcionamento cerebral causando modificações no estado mental ou psiquismo; e no item 4., os Sintomas relacionados a alterações na saúde mental que se manifestam na infância e/ou adolescência, que nos interessa aqui destacar. Em relação à chamada dependência de álcool e outras drogas, considera-se que a detecção precoce dos casos evitaria que os sintomas de ansiedade e outras patologias se tornassem crônicas de dependência ou quebra de vínculos sociais e familiares. As intervenções idealizadas, deveriam buscar a efetivação dos princípios de integralidade, equidade e universalidade do cuidado, que requerem a constante articulação entre os diversos dispositivos da rede assistencial (Maringá, 2015).

Ao realizar a estratificação de risco, a *Linha Guia de Atenção à Saúde Mental do Município de Maringá* (Maringá, 2015) orienta que é preciso levar em consideração que os sinais e sintomas considerados graves e persistentes nem sempre exigem que o cuidado aconteça na rede especializada (níveis secundário e terciário), da mesma forma que sinais e sintomas leves podem apresentar necessidade de atendimento especializado. Procuram destacar que os sujeitos oscilam suas necessidades de cuidado ao longo da vida, ora exigindo ações especializadas e ora ações da atenção primária, mas exige sempre ações articuladas que impliquem o envolvimento dos vários níveis da rede de saúde. Lembram que os agravos em saúde mental são complexos e multifatoriais e que, para a definição do risco, é necessário considerar aspectos que vão além dos sintomas físicos/biológicos, isto é, é preciso considerar a análise de todo o contexto que o sujeito em sofrimento está inserido (Maringá, 2015).

Tal documento (Maringá, 2015) estabelece ainda que caso os usuários de álcool e outras drogas procurem o CAPSi por demanda espontânea, sejam acolhidos e estratificados pelos profissionais do serviço; e caso não tenham a necessidade de acompanhamento no serviço, sejam encaminhados para a UBS. Além do mais, estabelece que o CAPS deve oferecer matriciamento aos profissionais da Atenção Básica, e que

(...) a referência e contra referência dos pontos de atenção não são rígidas, portanto, se a pessoa (...) procurar qualquer dispositivo da rede, será acolhida, avaliada e encaminhada para o serviço que melhor atenda suas necessidades no momento. Para facilitar esse fluxo, é imprescindível a existência dos espaços de discussão descritos entre os profissionais das UBS, equipes de NASF e profissionais dos CAPS. (Maringá, 2015, p. 8)

Além disso, a linha guia do município estabelece que ocorra a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que envolva toda a rede de saúde, afirmando que o usuário tende a “oscilar em necessidade de local de atenção ao longo da vida” (Maringá, 2015, p. 9).

Por fim, destacamos que de acordo com as orientações do referido documento, os usuários classificados como médio risco e cuja demanda circunde o uso de álcool e outras drogas devem ser encaminhados aos CAPS, assim como todos os usuários estratificados como alto risco devem ser encaminhados aos CAPS do município.

4.3 Das dificuldades encontradas durante a pesquisa de campo

Precisamos anotar os impasses encontrados na realização da pesquisa de campo. Na coleta de dados foram encontradas algumas dificuldades não esperadas: a primeira é a de que o sistema utilizado como prontuário eletrônico não possui um filtro eficiente para a seleção de prontuários de adolescentes que fazem ou não uso abusivo de álcool e outras drogas, o que nos forçou a abrir todas as fichas de acolhimento, uma a uma, para verificar qual era a demanda. São em média 200 a 250 fichas de acolhimento por mês, durante todos os meses do ano de 2020, ou seja, abrimos cerca de 2.500 fichas.

A segunda dificuldade é que nos foi informado logo no primeiro dia de inserção no serviço para a coleta de dados que o CAPSi não possuía muitos adolescentes sendo cuidados por necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. No entanto, posteriormente compreendemos que alguns profissionais não registravam o uso abusivo de álcool e outras drogas formalmente por receio de contribuir para a rotulação desses sujeitos pela rede de saúde. Essa dificuldade articula-se a uma outra: existem vários usuários cuja ficha de acolhimento registrava em algum momento a questão do uso de alguma substância psicoativa, mas no prontuário nada constava a respeito. Quando questionamos, foi explicado pelo serviço que eram casos de experimentação ou de uso não abusivo.

A terceira dificuldade anotada é que o acesso ao sistema de prontuários não pode ser realizado dentro do serviço por conta de mudanças no sistema gestor, tendo que ser deslocado para a sala do CECAPS localizada no prédio da SMS, em horário estipulado pela coordenação. Tal exigência diminuiu significativamente o tempo disponível para coleta por conta do número reduzido de computadores disponíveis. Além disso, consideramos que a coleta realizada fora do serviço prejudicou a inserção, o acesso ao cotidiano do serviço, ao processo de trabalho e ações implementadas.

A quarta dificuldade foram as ações e o modo como os atendimentos realizados são descritos nos prontuários, pois variam muito de acordo com o profissional que o preenche, e nem sempre esses registros fornecem informações detalhadas e/ou informações consideradas relevantes para nosso objetivo de pesquisa. A quantidade de informações registradas nos prontuários varia de acordo com o preenchimento individual, bem como pelo número de acessos dos usuários aos diferentes serviços, conforme seu percurso na rede de saúde. Em média cada prontuário contém em torno de 160 a 420 páginas, o que me demandou muito tempo de leitura.

Outra dificuldade, a quinta, diz respeito à ausência de alguns dados necessários à construção do perfil dos usuários. As informações sobre a renda familiar, composição

familiar e locais de moradia – que nem sempre se encontram atualizadas, visto se tratar de uma área no sistema que somente o Agente Comunitário de Saúde (ACS) pode alterar, conforme colhe informações no território. Há casos em que esses dados estão desatualizados há cerca de 7 anos. Desse modo, para a obtenção de dados relacionados às condições socioeconômicas dos usuários procuramos cruzar algumas informações disponíveis nos prontuários e a menção do recebimento ou encaminhamento para o recebimento de algum benefício, por exemplo, o “Cartão Comida Boa”¹⁷, o “Auxílio Emergencial”¹⁸ e/ou benefícios eventuais como cestas básicas, etc. Assim, quando observávamos que o prontuário trazia anotações sobre tais benefícios, podíamos inferir sobre a condição socioeconômica daquela família.

E, por último, mas não menos importante, mencionamos nossa dificuldade em coletar dados em meio à situação de agravamento da pandemia de Covid-19. Vivenciamos os riscos de contágio durante o percurso aos serviços e durante a coleta que, como dissemos, precisou ser realizada em locais com grande circulação de pessoas (prédio da SMS e CAPSi). Nesse processo – por mais que tomássemos todas as medidas preventivas, assim como os servidores com os quais tivemos contato também o faziam – foram frequentes e crescentes o medo e os riscos reais de contágio a que estivemos expostos.

Feitas essas anotações, dentro dos limites impostos a esse estudo, traremos a seguir alguns resultados da pesquisa que envolvem uma breve análise do perfil dos adolescentes usuários de álcool e outras drogas atendidos no CAPSi. E, na sequência, descrevemos e analisamos o caso de Pedro¹⁹, definido pela equipe como um dos casos mais difíceis no que tange a construção de um plano de cuidados.

¹⁷ O cartão “Comida Boa” é um benefício de transferência de renda estadual que tem por finalidade contribuir com a segurança socioassistencial de sobrevivência e renda de famílias em situação de vulnerabilidade social, por meio da concessão do benefício de caráter continuado. O benefício é concedido a partir de cartão magnético com recarga mensal de R\$80,00 para a compra em supermercados e estabelecimentos credenciados. São beneficiadas famílias e indivíduos cadastrados no CadÚnico, que possuem renda per capita não de até R\$200,00 e que não sejam beneficiários do Auxílio Brasil.

¹⁸ O auxílio emergencial é um benefício do governo federal que visou garantir uma renda mínima aos brasileiros em situação de vulnerabilidade durante a pandemia da Covid-19.

¹⁹ Os nomes utilizados são fictícios, a fim de garantir o sigilo e o anonimato dos sujeitos envolvidos.

SEÇÃO V – RESULTADOS

5.1 Breve perfil dos adolescentes usuários de álcool e outras drogas atendidos pelo CAPSi

Os dados acessados durante a pesquisa, que envolvem a análise geral da leitura das fichas de acolhimento e dos prontuários, indicam que o registro do uso e da experimentação de álcool e outras drogas ocorre com maior frequência nos documentos dos meninos. Das 41 fichas de acolhimento selecionadas porquê de alguma forma traziam o uso dessas substâncias, 26 correspondiam ao sexo masculino e 15 ao sexo feminino.

Os usuários atendidos pelo CAPSi de Maringá têm idades que variam de 14 a 17 anos, sendo as substâncias de uso que mais aparecem – considerando dados das fichas de acolhimento que englobam tanto a experimentação quanto o uso abusivo – perpassam: 24 registros de uso de cannabis; 20 registros de uso de álcool; 11 registros de uso de tabaco; 6 registros de uso de cocaína; 1 registro de uso de LSA; 1 registro de uso de ecstasy; 1 registro de uso de bala; 2 registros de uso de crack; 2 registros como uso de múltiplas drogas e 1 registro como “outras”.

Esses dados apontam uma maior facilidade de acesso a substâncias como a cannabis, ao álcool e ao tabaco, sendo que os dois últimos possuem venda legalizada, ainda que não para a faixa etária em questão. Apesar da proibição da venda para menores de idade, dados da Fiocruz (2017) apontam que 1,3 milhões de adolescentes brasileiros já consumiram cigarros industrializados. A substância ilícita registrada como a mais utilizada pelos adolescentes que acessam o serviço é a cannabis. Autores como Noto *et al.* (2011) afirmam que essa é a droga ilícita mais usada no Brasil e tal fato também é demonstrado nos dados do III Levantamento sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (Fiocruz, 2017), que aponta que 7,7% dos brasileiros com idade entre 12 a 65 anos já utilizaram cannabis ao menos uma vez na vida. A cocaína – entre as drogas ilícitas – aparece em quarto lugar no consumo dos adolescentes atendidos pelo CAPSi de Maringá. Comparado ao cenário nacional, a cocaína é a segunda droga mais utilizada pelos brasileiros segundo a Fiocruz (2017), quando 3,1% afirmam já ter consumido essa substância.

Há adolescentes que já fizeram ou fazem uso de mais de uma substância, por isso esses números não equivalem exatamente ao número de usuários de álcool e outras drogas. Vale relembrar que esses dados são das fichas de acolhimento, e que nos

prontuários eletrônicos não encontramos o registro da maioria dessas informações. Como já mencionamos anteriormente, dois motivos foram apresentados para explicar tal fato: primeiro é que o uso nem sempre é abusivo ou regular para que se justifique seu registro no sistema e, segundo, que os profissionais do CAPSi receiam lançar tais informações no sistema eletrônico e contribuem para rotulação desses usuários pela rede de saúde por esta ter acesso a todas as informações contidas no prontuário. Essa última justificativa nos incita a considerar o quanto pode ainda vigorar na própria rede intrasetorial da saúde juízos morais que patologizam e naturalizam a relação dos sujeitos com as drogas, estigmatizando os que fazem seu uso, sem considerar a complexidade desse fenômeno.

A realidade dos adolescentes maringenses aparentemente não está distante dos dados citados anteriormente referente à população geral do Brasil, o que demonstra que apesar de nos debruçarmos sobre a realidade do CAPSi de Maringá, também nela se expressa a realidade da totalidade social brasileira, mais uma vez reafirmando a lógica da dialética do singular-particular-universal descrita por Oliveira (2001). A prevalência do público masculino nos serviços de saúde mental também é apontada por outros estudos, como a pesquisa de Hoffmann *et al.* (2008).

Dados das fichas de acolhimento apontam que os adolescentes que são encaminhados para o CAPSi normalmente residem com a mãe e/ou com os avós, embora, como já dissemos, muitos prontuários estavam com dados desatualizados a respeito da composição familiar. Por outro lado, concordamos com Zaniani (2015, p. 153), quando diz que primeiro

(...) a família não se resume àqueles que coabitam o mesmo lar, dividindo a mesma unidade doméstica e que precisamos considerá-la a partir de uma rede mais ampla, incluindo aqueles com os quais a criança e o adolescente convivem e mantêm vínculos de afinidade e afetividade. Segundo, pelo fato de entendermos que se orientar por essa ou aquela configuração descrita no prontuário, nada pode nos garantir acerca da dinâmica das relações familiares, nem da qualidade dos laços afetivos estabelecidos dentro de um dado grupo.

Em que pese essas questões, chamou-nos a atenção o fato de que os adolescentes residem com a mãe e/ou avó, indicando que são essas mulheres as responsáveis pelo lar, o que condiz com os dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2015), o qual indica o crescente índice de lares chefiados por mulheres, sendo que em 1995 correspondia a 23% dos lares enquanto em 2015 esse número subiu para 40%. Já dados do IBGE (2020), descritos no documento nomeado “Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira”, apontam que o arranjo familiar composto por mulheres sem cônjuge e com filhos de até 14 anos concentra o maior índice

de pobreza, especialmente se forem mulheres negras ou pardas, sendo que 24% dos sujeitos incluídos nesse arranjo tinham renda per capita inferior a U\$ 1,90 e 62% inferior a U\$ 5,50.

Tais estatísticas confirmam o que os dados das fichas de acolhimento e dos prontuários revelam em suas entrelinhas aspectos da realidade material, da convivência familiar e comunitária dos usuários do serviço. Há informações a respeito da pesagem pela UBS para o Programa Bolsa Família; encaminhamentos para a requisição de cestas básicas nos dispositivos da política de Assistência Social; orientações para obtenção do Cartão Comida Boa; orientações para a solicitação do Auxílio Emergencial; disponibilização de vale transporte para que o usuário e o responsável tenham condições de comparecer aos atendimentos no serviço; programas e benefícios que têm em seus critérios de concessão a baixa renda per capita para a família que geralmente é de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Em outras palavras, a análise das fichas de acolhimento e dos prontuários nos revela parte da realidade material dos adolescentes atendidos pelo serviço: são sujeitos que pertencem a famílias de baixa renda e que têm como chefe da família mulheres.

Dados dos prontuários mencionam notificações de situações de violência no SINAN; notificações ao Conselho Tutelar, respostas a ofícios do Ministério Público, acompanhamento e discussões de casos junto ao Conselho Tutelar, etc., sem, no entanto, trazerem informações mais pormenorizadas dessas ações e seus desdobramentos, constando nos prontuários apenas o registro da realização dessas ações.

Essas informações mais gerais limitam nossa análise, mas sinalizam que muitos adolescentes podem estar vivenciando situações de risco e vulnerabilidade que torna necessário o acionamento de outros órgãos e políticas, ou ainda, podem também indicar que tais casos precisam lidar com atravessamentos diversos, como por exemplo, respostas a ofícios do Conselho Tutelar e do Ministério Público, que requisitam e ou imputam tratamento, por vezes exigindo do CAPSi uma espécie de “prestação de contas” do tratamento ofertado a determinados usuários, como é o caso daqueles que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

Outrossim, com base nos dados disponíveis e nos sabidos critérios de inclusão nos programas e benefícios socioassistenciais citados há pouco, pressupomos que muitos desses adolescentes que chegam ao CAPSi e pertencem a famílias de baixa renda, vivenciam situações de violência intrafamiliar. Em especial, dois dos casos que mencionavam o uso abusivo relatavam que o envolvimento do adolescente com as drogas

e com o tráfico ocorreu como uma alternativa para ajudar financeiramente a família. Tais adolescentes, por meio da atividade ilícita, auxiliam na manutenção e sustento da casa, constando até a menção de um adolescente que era responsável pelo aluguel da residência.

Como já salientamos, segundo Mendes e Costa (2021), a ilicitude do tráfico está muito além da produção e comercialização da droga, pois torna ilegal também a força de trabalho daqueles que a compõe. Essa força de trabalho (tornada ilegal) faz parte do excedente da reprodução do capital, isto é, a força de trabalho que o sistema não consegue incluir, e expressa sua essência segregacionista. É o trabalho ilegal e criminalizado que garante o sustento de muitas famílias, especialmente daquelas mais marginalizadas.

Chamou-nos a atenção o fato de que há poucos registros do trabalho em rede e articulado, em especial com a educação. Dois documentos apenas apontavam abandono escolar na busca por independência e outros dois apontavam o desejo do adolescente de retorno aos estudos para o ensino regular ou para o Programa de Educação de Jovens e Adultos (EJA). Os demais prontuários analisados não citavam nem a situação escolar, nem relatos de perspectivas futuras de retorno ao processo de escolarização.

Tais dados não diferem de pesquisas oficiais como a PNAD (2019), por isso anotamos a importância de analisar o contexto social e econômico desses jovens, pois influenciam diretamente na continuidade (ou não) nos estudos.

Em 2018, o atraso escolar por etapa de ensino dos jovens de 15 a 17 anos de idade era 4 vezes maior entre os pertencentes aos 20% da população com os menores rendimentos (33,6%) em comparação com os que faziam parte dos 20% com os maiores rendimentos (8,6%). Além disso, 11,8% dos jovens dessa faixa etária pertencentes ao quinto com os menores rendimentos haviam abandonado a escola sem concluir a educação básica obrigatória. Esse percentual foi 8 vezes menor para os jovens dessa faixa etária no quinto da população com os maiores rendimentos da mesma faixa etária (1,4%). O abandono da educação básica obrigatória incide mais fortemente nos jovens dessa faixa etária que residem nas Regiões Norte (9,2%) e Nordeste (9,2%), em área rural (11,5%), são de cor preta ou parda (8,4%) e homens (8,1%). Assim, um total de 737 mil jovens (7,6%) não frequentava escola e não haviam concluído a educação básica, sendo que a maior parte desse grupo abandonou sem completar o ensino fundamental. (64,7%) (IBGE, 2019b, p. 81)

Palmieri (2021, p. 44) lembra que dados como os citados acima apontam para a “importância de olharmos para o contexto histórico, social, econômico e cultural, para fazermos qualquer análise a respeito da condição do adolescente, seja no âmbito escolar, familiar ou mesmo emocional”. Além do mais, a autora declara

O que podemos afirmar de antemão, é a existência de não uma, mas várias adolescências. Assim, os adolescentes precisam ser compreendidos como sujeitos concretos, localizados dentro de uma realidade social mais ampla. A inserção

desse sujeito será sempre mediada por oportunidades e/ou por desigualdades (de classe, raça/etnia, gênero e geração) e contradições que delinham diferentes modos de ser, sentir e agir no mundo. (p. 44)

Nesse sentido, Ozella e Aguiar (2008) realizaram uma pesquisa envolvendo 856 adolescentes, sendo estes do sexo masculino e feminino, com idade entre 14 e 21 anos, pertencentes às classes sociais de A à E. Os adolescentes pertenciam a três grupos étnicos: brancos, negros e orientais, distribuídos segundo sua representatividade no município de São Paulo. Os autores conseguiram verificar que os jovens negros e de classe social mais baixa eram os mais excluídos das instituições de ensino após o ensino fundamental. Para os garotos da classe D e E, em sua maioria negros, a adolescência está relacionada a algum sofrimento, como crises e conflitos, e possuem preocupações com a vida e com as drogas, falam sobre frustrações, medos e impossibilidades. Os adolescentes da classe B e C, consideram uma situação de cobrança aquela repleta de dificuldades e uma vida adulta com muitas responsabilidades. Já os garotos da classe A, mesmo falando sobre limites e problemas, são mais tranquilos, relatando preocupações materiais e de envelhecimento.

Em relação às responsabilidades da vida, os adolescentes da classe C, sobretudo os de etnia orientais e negros, as associam à necessidade de ajudar a família, assim como demonstram preocupação com o futuro, mas com algumas diferenças em relação aos outros grupos:

Os adolescentes de classe C enfatizam o perigo de no futuro não terem emprego. Os adolescentes de classe C, sexo masculino, especialmente os orientais, falam claramente das dificuldades do mercado de trabalho, do medo do desemprego, dos baixos salários (...) para os adolescentes de classe C, sexo masculino, oriental, negros, temos outro significado agregado à responsabilidade. Somente esse grupo afirma que agora se deve estudar a sério. Refere-se ao estudo como elemento de distinção na passagem para a vida adulta, sendo que para os outros (classe A, B, D e E, sexo feminino, todas as raças e faixas de idade) a palavra estudo quase não aparece. (Ozella & Aguiar, 2008, p. 109)

Posto isso, de como contextos sociais e econômicos interferem na evasão e deserção escolar de adolescentes e jovens brasileiros, apontamos alguns outros aspectos dos usuários do CAPSi. A análise documental acrescida dos relatos de funcionários permitiu-nos verificar que os casos que chegam até o CAPSi advêm de demanda espontânea, encaminhamentos da atenção básica, do HMM, da Justiça (Vara da Infância e Juventude), requisição de atendimento do Conselho Tutelar e da área educacional. Importante ressaltar que conforme nos informaram alguns membros da equipe, nos meses de início das aulas e de volta de férias escolares, a busca por atendimento cresce

significativamente devido aos encaminhamentos escolares solicitando avaliações dos profissionais do CAPSi.

Segundo Zaniani (2015), o esforço histórico da área escolar em buscar parcerias com a saúde coloca a escola no centro das discussões a respeito dos encaminhamentos e do perfil dos usuários atendidos pelos serviços de saúde mental infantojuvenis. Nesse sentido, Hoffmann (2008, p. 638) destaca

A elevada frequência de diagnósticos relativos a problemas de habilidades escolares coloca a necessidade de investimento na articulação e discussão entre profissionais da saúde e da área educacional, com a finalidade de reduzir encaminhamentos para serviços especializados de atenção à saúde mental, como os CAPSi, perante dificuldades relacionadas exclusivamente aos problemas do aprendizado.

Sobre isso, Beltrame (2010) aponta que a busca do CAPSi pela instituição escolar é na verdade uma busca pela medicalização dos conflitos escolares, por meio de um processo que desconsidera que as dificuldades escolares são produzidas nas e pelas relações estabelecidas dentro do contexto escolar e no processo de escolarização. Infelizmente, muitas dificuldades, conflitos e problemas vivenciados pelos alunos ainda são compreendidos como decorrentes de seus transtornos mentais prévios, entendimento que leva os profissionais da educação a buscarem soluções médicas para os dilemas vividos no cotidiano educacional.

5.2 Entre as ações pleiteadas e o cuidado real: o que revelam os documentos dos usuários do CAPSi?

Antes de abordar as ações realizadas por alguns dispositivos da RAPS voltadas a usuários adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, é preciso esclarecer que a seleção dos prontuários ocorreu a partir das fichas de acolhimento do ano de 2020, mas a leitura desses documentos no sistema eletrônico se deu do começo ao fim do arquivo. Portanto, a leitura das ações efetivadas não se restringiu às do ano de 2020, tendo incluído aquelas realizadas durante todo percurso do usuário na rede de serviços da saúde, o caso que analisaremos posteriormente tratará de exemplificar isso. Os serviços que mais registraram ações nos prontuários são o CAPSi; as UBS's; as UPA's e HMM-EP.

Como já mencionamos, a leitura dos prontuários demonstrou que na maioria dos casos selecionados o uso de substâncias não aparece como demanda primária da busca

pelo cuidado em saúde mental, e muitas vezes essa demanda fica restrita à anotação na ficha de acolhimento preenchida manualmente pelos funcionários e de acesso restrito a esse serviço.

Logo, as ações que aparecem realizadas especificamente pela equipe do CAPSi são: grupos, grupo de família; acolhimento; atendimento familiar individual; atendimento individual com adolescente ou criança; atendimento psicológico; consulta médica; renovação de receita; busca ativa; visita domiciliar; oficinas de Terapia Ocupacional; contatos telefônicos; reagendamentos de atendimentos; fornecimento de vale transporte; atendimento remoto via contato telefônico; discussão de caso em equipe e entre a equipe e profissionais específicos; reunião para discussão de caso com o HMM-EP, auxílio na elaboração de currículo e cadastro na plataforma maringá.com; articulação com o Programa Jovem Aprendiz; contato com o Centro de Integração Empresa-Escola (CIEE) e envio de currículo; solicitação de cesta básica na Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania (SASC); orientações sobre o Cartão “Comida Boa”; orientações sobre o auxílio emergencial; notificação ao SINAN; notificação ao Conselho Tutelar e atendimento conjunto com o Conselho Tutelar.

Dentre os prontuários analisados, houve menção de mais de uma internação de adolescente. Contudo, apareceu somente um registro de discussão de caso envolvendo a equipe e um dispositivo da rede. Apesar de ações de matriciamento estarem previstas no Planejamento Municipal de Saúde e comporem as atividades a serem implementadas pelo CAPSi, não apareceu nenhum registro nos prontuários a respeito dessas ações junto às UBS – com exceção do caso descrito a seguir, em que o registro aparece algumas vezes. Houve apenas um registro de encaminhamento (contrarreferência) por parte do CAPSi de um usuário para sua UBS de referência, pois esse não apresentava necessidades que justificassem sua inserção.

Outro importante aspecto observado foi a elevada taxa de desistência dos atendimentos ou a recusa da sua continuidade na modalidade remota, o que levou ao desligamento de vários adolescentes do serviço. Na concepção dos técnicos, a falta de adesão ao trabalho remoto ocorreu principalmente porque os usuários não se sentiam à vontade em conversar via telefone, devido a presença dos pais e/ou responsáveis durante a ligação, impossibilitando o sigilo. Com a pandemia da Covid-19 houve também o aumento das faltas não justificadas e reagendamentos, sendo vários prontuários arquivados por “abandono do tratamento”. Atendimentos grupais e oficinas também foram paralisados por conta do agravamento da pandemia.

Os registros das UBS nos prontuários analisados se referem a ações como: agendamento; consulta médica; aplicação de vacinas; escuta; atendimento psicológico individual; grupo de saúde emocional; discussão de caso com residentes de psicologia; solicitação de exames; distribuição de medicamentos; atendimento de enfermagem; pesagem para o Programa Bolsa Família; encaminhamento para especialidades e dois registros de visita domiciliar realizado pela ACS da área.

Já nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) os registros dos prontuários indicam as ações: consultas médicas; administração de medicamentos e realização de exames. Nesses dispositivos os atendimentos se referiam a questões gerais de saúde envolvendo quadros de saúde diversos, como: amigdalite; ferimentos provocados por envolvimento em brigas (escoriações, fraturas, etc.) e atendimentos voltados a situações de crises, de ansiedade generalizada ou agravamento de sintomas psicóticos.

No HMM-EP os registros nos prontuários se referem à realização de exames; consultas psiquiátricas; internamento; administração de medicamentos; fornecimento de atestado médico; alta médica; realização de encaminhamento para CAPSi e de uma única discussão de caso com representantes do CAPSi, CAPS II e CAPS III.

Outro ponto que nos chamou a atenção foi a “autonomia” da EP, frente a episódios de crises e que devido às dificuldades de comunicação entre os serviços, que pode interferir nas estratégias de cuidado previamente construídas. O que queremos dizer é que o usuário procurava a EP na ocasião de uma suposta crise, era medicado e tinha alterada a prescrição medicamentosa (que diferia daquela inicialmente prescrita pelo CAPSi). Após a contenção da crise esse adolescente era liberado e em alguns casos (como observaremos a seguir) não era comunicado ao serviço de referência. E, na ocorrência de uma nova crise, o sujeito tendia a procurar novamente a EP e nesse ciclo, não retornava mais para o serviço substitutivo.

Como vimos, entre as diretrizes do cuidado em saúde mental infantojuvenil, defende-se que os encaminhamentos que se façam necessários sejam “encaminhamentos implicados”, ou seja, não basta encaminhar, é preciso se envolver, acompanhar o encaminhado até a sua inclusão efetiva em outro dispositivo. Além disso, a Atenção Psicossocial pleiteia um trabalho conjunto, articulado entre o serviço que recebeu a demanda e aquele para o qual o usuário será encaminhado.

Chamou-nos a atenção a relação dos serviços de saúde, em especial o CAPSi, com o Conselho Tutelar. Como já mencionamos, atendimentos compartilhados, respostas aos ofícios do Conselho Tutelar que solicitam determinadas ações e cobram que essas sejam

acatadas pelo serviço. Preocupa-nos o modo como Conselho Tutelar atua de modo a preceituar tratamentos de saúde, o que pode contribuir para que o cuidado a ser ofertado já nasça concebido como algo punitivo e coercivo para esses adolescentes, dificultando a construção e o fortalecimento do vínculo desses usuários com o CAPSi e sua equipe profissional.

Na contramão das práticas coercitivas temos a RD, que acredita no cuidado em liberdade, sem ter a abstinência como requisito para o acesso ou permanência nos serviços de saúde. Um cuidado em RD deve favorecer a escuta, a garantia de direitos, o exercício da cidadania, o aumento da autonomia e a construção participativa dos sujeitos em seus projetos de vida. Práticas de RD compreendem que o vínculo é o fio condutor de todo processo de cuidado, já que é por meio dessa vinculação que se garante a adesão e a construção compartilhada do PTS.

O que queremos dizer quando anotamos que o vínculo é o fio condutor do cuidado é que ele prescinde a adesão aos serviços, pois ele é fundamental para a produção de saúde e para a produção da vida como um todo. Ademais, Franco e Merhy (2005) destacam que o vínculo e a corresponsabilização do cuidado permitem que o usuário crie referências seguras para com a equipe do serviço. Do mesmo modo, Zaniani (2015, p. 118) afirma “(...) a produção e a qualidade do cuidado em saúde mental dependem do vínculo e da corresponsabilidade dos diferentes atores envolvidos com o sujeito que sofre”. Em suma, é o vínculo que torna o cuidado em saúde mental possível.

Destacamos a escassez de registros que mencionassem o trabalho na rede intersetorial, sendo encontrados apenas registros de encaminhamentos de um serviço de saúde para outro, realizados de forma burocrática e sem garantia de que houve envolvimento dos diversos atores da rede intersetorial na construção de um cuidado integral, continuado e compartilhado. Além da dificuldade do trabalho em rede, notamos também a ausência de ações extra-muros que avançassem do CAPSi para o território.

Adicionamos aqui algumas percepções desenvolvidas no percurso na coleta de dados, lembrando que nos primeiros dias de ida ao serviço, notamos a distância do CAPSi com outros pontos da rede de saúde e a sua constituição em um espaço geográfico que aglomera no mesmo terreno, inclusive dentro dos mesmos muros, diferentes serviços de saúde mental (CAPSi, CAPSad e CAPS III). Ao esperarmos o ônibus próximo dali, conversamos informalmente com moradores da região sobre o CAPS e o que seria para eles aquele dispositivo e muitos não souberam nos dizer. Tanto o desconhecimento dos serviços quanto respostas do tipo “*ah, ali é a vilinha, é pra quem tem problema na cabeça*”

sabe”, nos indicam que a implantação do serviço naquele espaço geográfico periférico, aglomerado a outros, somado à falta de ações extra-muros, podem atuar favorecendo concepções arraigadas na nossa cultura, contribuindo para que o cuidado em liberdade, diversificado, de base territorial, não avance substituindo definitivamente o manicomial.

5.3 O menino Pedro e seu percurso na rede de saúde: uma história de cuidados?

As informações que se seguem foram retiradas da ficha de acolhimento do CAPSi de Maringá-PR, do prontuário físico do CAPSi e do prontuário eletrônico da rede de saúde desse mesmo município. Trazem dados registrados pelos seguintes profissionais: assistentes sociais, enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeuta ocupacional e técnico de enfermagem e se referem a ações desenvolvidas em dispositivos da rede intrasetorial de saúde, como UBS, CAPSi, HMM-EP e UPA.

5.3.1 A história de Pedro registrada na ficha de acolhimento...

A extensa ficha de acolhimento, preenchida manualmente por um profissional do CAPSi, nos conta que Pedro, nascido no ano de 2004, é natural de outro estado, mas residia em Maringá havia 13 anos. Se mudou para o Paraná com a mãe após a separação de seus pais. Morou sozinho com sua genitora por um mês e se mudaram para a residência da avó materna após o falecimento do avô. Residem na mesma moradia: Pedro, sua genitora (Maria), a avó materna, o tio materno (que possui uma deficiência grave e é acamado), uma prima (que possui a mesma idade de Pedro) e o bebê, filho dessa prima, que é criado pela avó. Não reside na mesma casa, mas é uma figura importante no percurso do cuidado de Pedro o namorado da mãe, que aqui nomearemos Luiz.

Maria possui formação universitária, mas não exerce a profissão, trabalhando em um comércio do município. Já seu namorado, Luiz, é funcionário público e trabalha na área da saúde. Pedro frequenta a escola, está no segundo ano do ensino médio e tem um bom desempenho, apesar de desde os anos iniciais sua mãe receber reclamações de que era um aluno agitado.

Os pais de Pedro, Claudio e Maria, são naturais de outro estado. Maria é filha de uma família religiosa, com um pai rigoroso que era militar e também exercia a função de pastor na igreja onde viviam. Maria ganhou mais liberdade quando começou a trabalhar,

período que coincidiu com a mudança de seus pais para o estado do Paraná. Maria preferiu permanecer no outro estado, residindo com sua avó. Os pais de Pedro se conheceram enquanto ela frequentava a faculdade, o relacionamento era conflituoso, pois Claudio sentia muito ciúmes.

Claudio era empresário e possibilitava uma boa condição de vida à Maria, o relacionamento, apesar de Maria afirmar que não o amava, durou dois anos. Desejavam ter um filho. Maria engravidou, teve uma gestação tranquila, planejou todo o enxoval, o quarto, entre outros. Pedro nasceu e Maria contou com a ajuda de sua genitora e de uma prima no período pós-parto, enquanto Claudio se ausentava para trabalhar na sua empresa.

Claudio entrou em falência, mas não contou a Maria a situação financeira da família. Após a falência, Claudio foi diagnosticado com depressão e Maria sentiu-se forçada a trabalhar para trazer sustento para casa. Enquanto Maria trabalhava, Pedro ficava na creche, onde permaneceu até os dois anos de idade, sendo posteriormente encaminhado para uma escola infantil.

Após uma melhora, Claudio trabalhou como taxista, mas o relacionamento se desgastou. Maria afirma que ele queria ter uma vida de solteiro e ela não concordava. Decidiram se separar, mas Claudio recusava sair da residência e por um período dividiram a moradia mesmo não vivendo mais juntos como casal. Maria afirma que se mudou para o Paraná para conseguir se separar.

Em Maringá, durante o primeiro mês residiu com Pedro em um imóvel alugado e após o falecimento de seu pai, mudou-se para a casa da mãe. Claudio mantinha contato com Pedro por ligação telefônica, Maria alega que não conversava com o ex-companheiro, sendo o filho a atender e encerrar a ligação. Claudio fazia promessas a Pedro (presentes, aniversários, etc.), mas nunca cumpria. Maria relata que percebia que o filho ficava mal com a situação.

Maria afirma que conforme Pedro crescia percebia que ele era hiperativo, mas acreditava que a agitação era fruto da mudança de cidade e do distanciamento do pai. Quando completou quatro anos de idade, Maria o levou em um neurologista do município de Maringá que a orientou a levar o filho em uma psicóloga. Foi o que Maria fez. Contudo, durante o tratamento a psicóloga afirmou que o contato de Pedro com Claudio não era terapêutico, orientando Maria a cortar o contato entre ambos. Maria jogou fora o chip que continha o número de Claudio e para o qual ele telefonava para conversar com o filho e eles nunca mais mantiveram contato. Durante os anos seguintes, relata que se esquivava e não respondia às perguntas do filho a respeito do pai.

Pedro tinha três anos quando o neurologista receitou o uso de ritalina e risperidona. Mas mesmo com o uso, a avó alegava que Pedro continuava agitado (pulando o muro, subindo nos móveis e objetos). Conforme o médico ouvia essas queixas, aumentava as doses do medicamento. Maria afirma que às vezes o filho ficava sedado. Pedro usou grandes doses de ritalina e risperidona dos três aos 15 anos de idade. Relata que na infância nunca ninguém questionou o uso de tantos medicamentos e também devido às altas doses, o filho nunca estava nervoso ou irritado. Ademais, para evitar a frustração durante a infância, Pedro sempre ganhava o que queria da mãe, da avó ou da madrinha.

Maria refere que ficou incomodada com o tanto de medicamentos que o filho estava usando e resolveu procurar a UBS mais próxima da residência. Após o atendimento, se reuniu com a equipe do serviço e juntos concluíram que Pedro não necessitava de tanto medicamento, o que ocasionou a retirada gradativa das medicações. Aos 15 anos Pedro não ingeria mais nenhuma dose. Contudo, ficou apenas 6 meses sem as medicações, que foram retomadas após a própria Maria queixar-se de que o filho tivera queda no rendimento escolar.

Na questão escolar, Pedro sempre teve um bom desempenho, apesar de receber críticas por conta da referida agitação. Por volta dos 13-14 anos de idade, segundo Maria, Pedro se tornou nervoso e agressivo sempre que contrariado. Maria refere medo de Pedro vir a usar drogas, alegando que seus amigos “*são largados*”, e destacou um episódio em que Pedro fez uso de álcool junto a tais amigos. Relata que seu namorado, Luiz, é servidor público há anos e tenta ajudá-la. Afirma que Luiz e Pedro tem um bom relacionamento, mas percebe que o namorado faz todos os gostos do filho.

5.3.2 *O percurso de Pedro e sua família na busca por cuidados em saúde mental*

Com o intuito de elucidar a caminhada de Pedro pela rede de serviços, descreveremos a seguir o seu percurso e o de sua família na busca por cuidados em saúde mental, ações realizadas, desdobramentos e encaminhamentos construídos ao longo de sua história de cuidado que formalmente perpassa o período de junho de 2009 a maio de 2021, ou seja, são cerca de 12 anos de registros no seu prontuário²⁰.

²⁰Os dados descritos neste tópico compõem o prontuário eletrônico de Pedro, portanto, articulam-se ao modo como os profissionais registram seus atendimentos: sendo que uns somente nomeiam a ação, enquanto outros descrevem informações mais detalhadas do atendimento. Sinalizaremos quando as

Para uma melhor visualização desse caminho – e também como tentativa de compreensão de todo contexto – apresentaremos a cronologia do acesso aos diferentes serviços, os profissionais com quem Pedro e a família tiveram contato, as principais propostas de cuidado e o desenrolar de suas experiências ao longo de uma linha do tempo. Ações que não se relacionavam com a saúde mental e ao uso abusivo foram omitidas, como por exemplo, consultas rotineiras, exames gerais, vacinação, consultas odontológicas, etc.

Em junho de 2010, quando Pedro tinha seis anos, Maria solicitou receita de ritalina na UBS. Pedro estava em acompanhamento com neuropediatra da rede particular e aguardava vaga com especialista na rede pública. No prontuário consta que naquela ocasião foram lidas as “orientações”. Em julho de 2013, fora replicada uma receita médica de risperidona, metilfenidato cloridrato, carbamazepina, dexclorfeniramina e mikania pela UBS. Naquela ocasião, a mãe relatou queixa de hiperatividade e uso de metilfenidato, carbamazepina e risperidona. Pedro foi então encaminhado para a neurologia infantil.

De julho de 2013 a novembro de 2013, os registros no prontuário informam sobre a replicação de receitas e uso das medicações há pouco citadas. Em novembro de 2013, há também a observação de que havia mais de um ano que Pedro não passava por uma reavaliação neurológica e negava a existência de crises nesse período.

Não há registros de atendimentos no ano de 2014. Quando em janeiro de 2015, Pedro retorna à UBS para consulta médica, informando que ficou por um ano no nordeste e voltou para buscar as medicações. Afirma que estava aguardando consulta com especialista e que fez acompanhamento médico enquanto esteve fora. As doses dos medicamentos são então mantidas.

De março a dezembro de 2015 Pedro segue acessando consultas médicas ambulatoriais e prescrições por meio da replicação de receitas controladas. Em dezembro de 2015, consta o registro de atendimento psicológico na UBS por dificuldades escolares e no convívio familiar, encaminhado pelo neurologista e que estava fazendo uso de medicação. Nessa data registram a hipótese diagnóstica: F 90.2 - Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade. Registram também uma “reunião de matriciamento” e “estudo de caso” com equipe multiprofissional do CAPSi, mas não anotam se pactuaram alguma ação de cuidado a partir desse encontro.

informações decorrerem do prontuário físico, assim como as obtidas por meio de observação e conversas informais com os profissionais do CAPSi.

De fevereiro de 2016 a novembro de 2017 os registros no prontuário informam sobre a replicação de receitas e o que Pedro segue com atendimento psicológico na UBS. Nesse período o prontuário traz a informação de que a mãe se queixa de que o filho passa muito tempo no celular, que tomou muito remédio para Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade-TDAH e em uso de ritalina para ir à escola. Que ele não tem reprovações, mas também não tem amigos, somente alguns da escola dominical (igreja). Informa que o menino não tem contato com o pai e a sua hipótese diagnóstica seria “causas desconhecidas e não especificadas de morbidade”.

Pedro, com 14 anos, próximo de completar 15 anos de idade, quando em maio de 2018 sua mãe procura a psicóloga da UBS relatando que o filho usa ritalina desde os 3 anos e que há dois anos suspendeu o uso da respiridona e tegretol. Que a queixa escolar era de agitação e desatenção e que o mesmo fez acompanhamento psicológico na rede pública e na clínica-escola de uma instituição. Acrescenta que atualmente se queixa de medos (de chuva) e fobias (ambientes com muitas pessoas), mas que frequenta algumas atividades comunitárias. É proposto à Maria uma avaliação psicológica de Pedro para construção de um plano terapêutico.

Em junho de 2018 os responsáveis não comparecem ao grupo de orientações de pais, realizado pela psicóloga na UBS. Os atendimentos psicológicos seguem com a periodicidade quinzenal até que no mês de agosto, a psicóloga registra que Pedro demonstra dificuldades em lidar com frustração e busca “retorno constante ao prazer”. Registra que foram feitas orientações à Maria e ao companheiro sobre a importância dos limites no ambiente familiar.

Entre setembro de 2018 e abril de 2019, Pedro permanece em psicoterapia quinzenal e mensal. A consulta médica registra que a psicóloga pediu para cessar o uso de ritalina há cerca de 6 meses e que a mãe afirma queda no rendimento escolar. Há nova prescrição de ritalina e encaminhamento para neurologista para reavaliação. A hipótese diagnóstica é a de Distúrbios da atividade e da atenção.

A partir de abril de 2019, o prontuário traz nova demanda de cuidado: tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa. Em psicoterapia, Pedro relata comportamento autolesivo e angústia constante, que lava excessivamente as mãos e que mudou de comportamento nos últimos dois meses. Afirma que o rendimento escolar caiu, que não consegue se concentrar e que fez uso de ritalina por cerca de 12 anos.

Agora, Pedro com 15 anos, é encaminhado para avaliação, conduta e compartilhamento do cuidado com o CAPSi. No prontuário físico há a informação de que

em maio de 2019, Pedro e Maria comparecem para acolhimento no CAPSi com a estratificação risco de 66 pontos - alto risco. O documento traz observações de que o adolescente é intolerante à frustração, apresenta automutilação²¹, angústia constante, lava constantemente as mãos e mudou de comportamento nos últimos meses. Menciona tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa.

Durante a escuta, Pedro alega se sentir cada vez mais depressivo e que tem se isolado. Relata não conhecer o seu pai e que Maria fica brava quando a questiona. Afirma não gostar de residir na residência da avó. Sobre a ingestão medicamentosa, narra que a primeira vez que ingeriu estava na casa do noivo da mãe, que ela “nem perguntou o porquê”, mas disse que se fizesse de novo iria apanhar. Recentemente, fez nova ingestão e passou mal durante a noite, não sendo socorrido. Relata se sentir mal e ter constantemente crises de ansiedade. Que pensa em suicídio o tempo todo e que agora pretende pular de um lugar alto.

No mesmo dia consta a escuta de Maria. Ela relata ter um bom relacionamento com o filho, que Pedro se apegou ao seu namorado por não ter tido uma figura paterna. Refere que cortou o contato com o pai de Pedro, por ele não cumprir as promessas que fazia quando ligava para o filho. Afirma ter medo de conversar com Pedro e ele desejar ir morar com o pai. Informa que Pedro desde criança trata de TDAH e que permaneceu em psicoterapia na rede particular dos quatro anos até os nove anos de idade. A partir de então, passou a ser acompanhado pela psicóloga da UBS. Informa que foi chamada na escola para conversar após mudança no comportamento de Pedro, que apresentava isolamento, choros e falta de ar. Um amigo de sala de aula procurou a direção escolar preocupado com o conteúdo das mensagens que Pedro lhe enviava por meio de um aplicativo: assuntos de morte, planejamento de suicídio e despedidas. Maria refere preocupar-se com a situação e que percebe que o convívio familiar na casa da avó abala Pedro.

O profissional que realiza o acolhimento avalia que o uso de ritalina não é mais adequado; que Pedro é compulsivo e depressivo, além de não tolerar frustração. Que não teve limites familiares no decorrer do desenvolvimento e com o término de um namoro virtual, passou a se “automutilar” e tentou suicídio. Encaminha o caso para atendimento psicológico individual; atendimento em grupo; atendimento em grupo de família e avaliação psiquiátrica.

²¹ O termo correto é autolesão, mas manteremos os termos utilizados no prontuário eletrônico “automutilação” e “mutilações”.

Em maio de 2019 Pedro falta à psicoterapia na UBS. No mesmo mês há registro de discussão do caso na reunião de saúde mental que contou com a participação de profissionais do CAPSi e da psicóloga da UBS que encaminhou Pedro ao CAPSi após o agravamento dos sintomas. Decide-se que Pedro seguirá em psicoterapia individual na UBS, sendo solicitado o cuidado compartilhado e consulta médica no CAPSi. Há uma anotação acerca da percepção da psicóloga da UBS: “deprimido, baixa tolerância a frustração, não recebeu limites e contexto familiar desestruturado. Histórico de automutilação, ideação e tentativa suicida”. Solicita atendimento em grupo para Pedro e participação de Maria nos grupos de família do CAPSi.

Em maio, Pedro falta no atendimento em grupo no CAPSi, mas comparece à consulta psiquiátrica. Na consulta consta que Pedro foi avaliado por outro profissional há 15 dias, em uso de Lítio 45cr + imipramina 25mg. Pedro está afastado da escola por 30 dias. Reconta-se seu histórico de prescrições medicamentosas, dos sintomas e nega-se uso de substâncias psicoativas. Maria refere melhora do filho, que não tem se isolado, mas permanece com comportamento obsessivo de lavagem das mãos e que gasta um sabonete por dia. Refere histórico de “automutilações”, mas que não realiza há menos de um mês. Profissional o avalia como “de difícil contato; esquivo; ideias de morte; sem planejamento estruturado de suicídio; crítica ruim; insight parcial; sem atitude psicótica”. Mantém o uso de lítio e trofanil e pede retorno em 15 dias. Que faz orientações e que medicações devem ser supervisionadas. Hipótese Diagnóstica: F39 Transtorno do Humor (afetivo) não especificado + F60 Transtornos Específicos da Personalidade+soc. Ainda no mês de maio consta um registro de discussão do caso em equipe no CAPSi, mas sem maiores detalhes do encontro. No mesmo mês constam faltas em atendimentos grupais e individuais, tanto no CAPSi quanto na UBS.

Em junho de 2019, Pedro passa por consulta psiquiátrica no CAPSi. Durante o atendimento, alega dificuldades para conciliar os horários de sono. O profissional registra que Pedro não fala espontaneamente, questionado responde de forma pontual. Não soube informar como passou desde a última consulta. O profissional, antes da consulta, convidou Pedro para acompanhá-lo para buscar um café e que ali estava mais acessível que na consulta. Refere choro diário, que chora de madrugada por conta de “memórias e lembrança...”. Pedro nega melhora e também não sabe dizer se houve piora. Sobre pensamentos e planejamento suicida, responde “sei lá”. Com hesitação, confessa planejar “dar um ponto final”, pensa em comprar medicações, se trancar no quarto e ingerir veneno. Nega planejamento sobre data. Interrogado se tem condições de comprar

medicamentos, Pedro alega que basta ir à farmácia, “pensei em Rivotril, mas não é vendido sem receita”. Alega que procurou pelos benzodiazepínicos que o tio usa, mas não encontrou as medicações. Refere acesso fácil a venenos, apesar de não ter em casa.

O profissional anota no prontuário sobre informações ambíguas e sobre planejamento suicida para o fim do ano. Maria é chamada para dar continuidade a consulta na presença de Pedro. Afirma que houve melhora desde o último atendimento e que Pedro chegou a dormir na casa de um amigo, que tem melhorado o contato interpessoal com familiares. Entretanto, relata mudanças súbitas de humor, nervosismo, irritabilidade e isolamento que duram menos de um dia. Acredita que esses episódios não tenham relação com eventos externos. Questionado sobre a psicoterapia, Pedro informa que parou de ir e se recusa a retomar. O profissional conclui: “humor deprimido, isolado, afeto triste, vazio crônico, discurso de ruína, ideias de morte, planejamento de suicídio, imprevisibilidade, crítica preservada e insight ruim”. Como hipóteses diagnósticas: F39 Transtorno do Humor (afetivo) não especificado + F32.2 Episódio Depressivo Grave sem sintoma psicótico+Soc.+Risco de suicídio, mantendo como diagnóstico principal o F32.2-Episódio Depressivo grave sem sintomas psicóticos. Mantém o uso de lítio e aumenta a dosagem de tofanil; convida Pedro e Maria para pensarem em novas estratégias de cuidado; orienta Maria sobre vigilância e supervisão do uso de medicações; discute com Maria e Pedro a possibilidade de retorno às atividades educacionais, Pedro afirma que deseja retornar e que podem conversar sobre esse tema no próximo retorno. O profissional anota no prontuário que no retorno verificará novamente a questão do planejamento de suicídio, assim como analisará o uso do lítio.

Em junho consta registro de faltas nos atendimentos em grupo no CAPSi. É solicitada uma visita domiciliar após novas tentativas de contato telefônico com a família. No mesmo mês consta registro de atendimento psicoterápico na UBS. Ainda em junho, novo registro de discussão do caso em reunião de matriciamento na qual foi informado ao CAPSi sobre a permanência de Pedro nos atendimentos individuais na UBS. A psicóloga escreve sua visão sobre o caso “Falo sobre a palmatória química como forma de limites familiares. Pedro sempre foi medicado e nunca corrigido”. É pactuado reforçar a participação de Maria nos grupos de família no CAPSi.

No mês de junho, em atendimento psicoterápico na UBS, Pedro apresenta discurso organizado, expressa menos sofrimento em relação ao término do namoro, mas “continua sem sentido de vida”. No mesmo mês, consta registro de consulta psiquiátrica no CAPSi, que ele nega ter melhorado e “foi uma semana normal”. O profissional registra que tem a

sensação de que Pedro não consegue relaxar durante o atendimento. Questionado se sente desconforto perante o profissional, afirma que “*se for se abrir sim*”, e tem dificuldades também com outras pessoas. Nessa consulta, Pedro questiona sobre associação de etílicos e suas medicações. O profissional dá orientações e questiona se Maria tem conhecimento sobre o uso de etílicos. Pedro parece se irritar facilmente, especialmente frente à tentativa de compreensão de padrões de uso e situações de risco quanto ao uso de etílicos. Questionado sobre ideação de morte e suicídio, “*essa merda vem do nada, sei lá*” e com dificuldades assume pensar em morte e suicídio diariamente. Que às vezes se isola e outras tenta “*lutar contra si*”. Apresenta dificuldades em falar dos planejamentos a respeito. Afirma melhora no sono, mas perda de apetite e que por isso perdeu peso. O profissional registra que não consegue determinar se o uso de etílicos é nocivo ou de potencial risco, que teve “*dificuldades de aproximação com Pedro, evolui com respostas secas, curtas e inadequadas*”, que orientou que não há nível seguro de consumo de etílicos concomitantes com a medicação prescrita, assim como de que no atual estado não é adequado o consumo, pois pode precipitar comportamentos impulsivos.

Em um segundo momento, Maria participa do atendimento. Refere melhora no sono e na alimentação de Pedro, mas que ele se queixa de cefaleia e de falta de ar, ocasiões em que apresenta frequentemente o comportamento de abrir as janelas do quarto. A escola está considerando que Pedro realize as provas em regime domiciliar. É acordado que Pedro irá iniciar os atendimentos em grupos no CAPSi. Realizadas orientações quanto ao uso correto de medicamentos. Aconselha Pedro a conversar com a psicóloga para verificar a possibilidade de atendimento semanal. Orienta Maria quanto aos riscos do uso de medicamentos em excesso. Mantém tofranil e lítio. O profissional registra suas percepções: Humor deprimido, esquivo, irritável, sem planejamento suicida, afeto irritável. Hipótese Diagnóstica: Transtorno Depressivo Grave sem sintomas psicóticos.

Em junho há novas faltas nos atendimentos grupais do CAPSi. Acordam fornecimento de vale transporte para Pedro e acompanhante. São realizadas orientações sobre Programa Aprendiz na instituição Encontro Fraternal Lins Vasconcelos e solicitada vaga no Lar Escola.

Em julho de 2019, há registro de psicoterapia na UBS, assim como de alteração do plano terapêutico no CAPSi, informando que Pedro será incluído em novas atividades grupais. Ainda nesse mês, no registro do atendimento psicoterápico na UBS Pedro apresenta-se menos deprimido e elaboração de sentimentos a respeito do término do namoro virtual. Compreende que houve uma entrega excessiva e que hoje faria diferente.

Refere que o desejo de morte surgiu porque não havia nenhum sentido na vida após o término do relacionamento, mas que hoje entende de uma forma diferente.

No mesmo mês, consta registro de consulta médica psiquiátrica no CAPSi. Pedro comparece ao atendimento acompanhado por Luiz, namorado de sua mãe. Pedro refere diminuição na frequência das crises, apesar de ainda ocorrerem recaídas. Associa as recaídas às lembranças da ex-namorada, mas não sabe determinar as frequências desses episódios. Relata melhora no sono e que está “dormindo até demais”. Notou melhora na alimentação e melhora subjetiva de 50%. O profissional registra que Pedro se apresenta mais comunicativo e menos esquivo que nas consultas anteriores. Conta que tem entrevistas do Programa Menor Aprendiz, achou interessante a proposta de ter seu próprio dinheiro. Em relação aos pensamentos de suicídio, afirma mantê-los e que estão relacionados às suas crises. Quando questionado sobre o que acredita que necessita mudar em sua vida, não consegue responder. Retornou às atividades escolares, mas afirma não gostar da escola e que só retornou por conta da sugestão do profissional quanto aos benefícios. Maria mantém as supervisões a respeito do uso dos medicamentos.

Em conversa com Luiz, refere melhora no sono e no contato com terceiros. Mas, mantém alguns episódios de hostilidade. Luiz relata que acredita na necessidade da família conseguir falar mais e se expressar. Afirma que está baixo o rendimento escolar de Pedro. Pedro tem participado das atividades de grupo e seus responsáveis (mãe e padrasto) participam das atividades do grupo de família. O profissional coloca como hipótese diagnóstica nessa consulta F32.2 – Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos. O profissional descreve suas impressões: valorização das melhoras obtidas; reforço dos ganhos que poderá obter com a atividade física e com a melhora do contato com familiares; orientações quanto à importância da atividade escolar; valorização da decisão quanto ao menor aprendiz; mantém medicações (lítio e imipramina); reforço quanto à possibilidade de psicoterapia semanal.

Nos meses de julho e agosto de 2019 constam faltas em atendimentos individuais e grupais no CAPSi e na UBS, constando apenas uma participação na atividade em grupo no CAPSi no fim do mês de agosto. No mesmo período, por meio de contato telefônico, Maria solicita a antecipação da consulta psiquiátrica de Pedro no CAPSi. Queixa-se de piora do filho e de não adaptação à medicação prescrita. Afirma que Pedro se sente mal e não está frequentando a escola. Realizada discussão em equipe no CAPSi, a qual decide verificar se a psicoterapia realizada na UBS quinzenalmente poderá ocorrer semanalmente, ou se é possível inseri-lo em atendimento psicoterápico semanal no

CAPSi. Consulta psiquiátrica antecipada. Em retorno de ligação telefônica, Maria refere que agendou consulta médica para Pedro na rede particular, e fica de verificar com o filho as possibilidades oferecidas a respeito da psicoterapia.

No fim de agosto consta registro de uma participação de Pedro nas atividades grupais do CAPSi. Já em setembro, há informações sobre a discussão do caso em equipe, sendo acordado de serem realizadas devolutivas com Maria e Luiz para abordar questões sobre o acompanhamento médico, sobre o uso de medicação e sobre os conflitos familiares. É discutido pela equipe a importância de trabalhar com Maria sobre o ambiente, espaço e segurança dela própria, e que caso deseje, poderá ser encaminhada para atendimento psicológico em outra UBS. Fica decidido manter as atividades em grupo para Pedro e ofertar aos responsáveis a participação no Grupo de Família, assim como manter o acompanhamento psiquiátrico.

Em setembro de 2019, Pedro comparece ao grupo no CAPSi. No mesmo mês consta um atendimento na UBS, no qual Luiz chega ao local alegando que Pedro está com o coração disparado, mas o adolescente afirma estar bem. Luiz exige que seja realizado HGT em Pedro, contudo, esse não é diabético e ingeriu alimentos há pouco tempo. Foi aferida a pressão de Pedro e verificada a normalidade. Ainda em setembro há registro de atendimento médico na UPA Zona Norte com Hipótese Diagnóstica: Episódio Depressivo não-especificado. Poucos dias depois, consta registros de devolutiva para Maria e Luiz pelo profissional de psicologia do CAPSi, sendo ofertada a participação no grupo de família. Realizado encaminhamento para psicoterapia individual de Maria. Mantido o acompanhamento de Pedro pela equipe do CAPSi.

Em setembro há registros de participação de Pedro, Maria e Luiz nas atividades grupais do CAPSi. No fim de setembro Pedro comparece à consulta médica psiquiátrica no CAPSi, relata piora e sente que regrediu. Alega pensar no futuro e sentir que nada faz sentido. Refere aumento da ansiedade. O profissional nota melhora na verbalização, queixa-se de inquietação, entendida pelo médico como ansiedade. Relata medo recorrente e acredita estar agindo de modo estranho. Apresenta ansiedade antecipatória e que devido aos sintomas têm buscado recorrentemente atendimento clínico.

Nessas buscas, foi atendido duas vezes na rede particular por outro médico psiquiatra que alterou as medicações em uso. Maria é chamada na consulta para esclarecer sobre a mudança medicamentosa e mostra as prescrições de depakote, lítio e imipramina. Relata que o humor do filho tem melhorado e oscilado menos vezes. Questionado sobre sono em excesso, Pedro nega, mas Maria o contradiz. Pedro chora durante a consulta, e o

profissional solicita para a mãe deixá-los a sós para que possam conversar. Pedro diz que sente tristeza e solicita prescrição de “um remédio que ajude na ansiedade, tipo alprazolam”. A respeito de pensamentos sobre morte, Pedro afirma que mantém as ideias suicidas. Relata que encontrou algumas cartelas de medicamentos que já fez uso, ingerindo metilfenidato e paracetamol, “fiquei alucinado”, fez uso dessas medicações junto de derivados etílicos. Relata pesquisas frequentes na internet sobre “xanax”. Solicita prescrição do mesmo alegando que “a outra psiquiátrica também achou interessante”. O profissional pondera com Pedro os riscos de uso e não prescreve o medicamento solicitado. As hipóteses diagnósticas recebidas nesse atendimento são: F60.3 Transtorno da Personalidade com Instabilidade Emocional+F39 Transtorno do Humor (afetivo) não especificado +F32 Episódios Depressivos, permanecendo o Transtorno do Humor (afetivo) não especificado como diagnóstico principal. Realizada as seguintes condutas: orientação da mãe sobre o quanto é preocupante a situação de Pedro; orientação a respeito da importância de vigilância das medicações; ajustes na medicação com acréscimo de ácido valpróico e depakene; agendar discussão em equipe visando possibilidades de intervenção precoce; negação e orientação quanto a não prescrição de benzodiazepínicos; reforço da orientação de vigilância dos medicamentos e de objetos perfurocortantes; agendamento da reunião de equipe para ampliação das estratégias.

No fim de setembro consta um registro de solicitação do médico do CAPSi para realização de atendimento psicológico individual. Refere que o adolescente se encontra em atendimento, mas apresenta muitas falhas e que a família não se compromete com o acompanhamento. A equipe concorda em discutir o caso para que Pedro tenha os atendimentos no CAPSi por conta da licença maternidade da psicóloga da UBS.

No mesmo mês há registro de discussão de caso em equipe relatado em ata em 19/09/2019, mas sem maiores detalhes ou informações. No fim de setembro, Pedro compareceu ao atendimento psicoterápico no CAPSi, assim como nas atividades grupais do serviço. No mesmo período, há informação de consulta médica na UPA Zona Norte, com a realização de exames e prescrição de medicamentos. No dia seguinte, há registro de consulta e realização de exames na UPA Zona Sul. Transferência para consulta especializada no HMM-EP, liberado após consulta médica.

Em outubro de 2019, Luiz entra em contato com a psicóloga da UBS e informa que Pedro encontra-se internado na EP após um episódio de intoxicação acompanhado de automutilação, delírios e alucinações. A psicóloga solicita que Maria compareça para atendimento, mas ela não aparece. No mesmo mês, ocorre discussão interna de PTS no

CAPSi, registrado no sistema sem mais detalhes. Ainda em outubro há registros de exames e consulta médica no HMM-EP; participações de Maria, Luiz e Pedro nas atividades grupais do CAPSi, assim como consta falta de Pedro na psicoterapia na UBS.

Em outubro, há informação sobre o recebimento pelo enfermeiro responsável pela UBS do relatório de alta hospitalar com classificação AD 02, encaminhado para equipe para acompanhamento. O relatório foi encaminhado para a UBS pela EP no qual constava o diagnóstico F60.3: Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional. Foi realizada então, busca ativa.

Pedro comparece aos atendimentos psicoterápicos no CAPSi, assim como à consulta psiquiátrica. Durante o atendimento, ocorre relato de internação na EP no período de 29/09/2019 a 06/10/2019, contudo, não consta registro no prontuário eletrônico. Maria nega abandono de tratamento. Relata avaliação na UPA Zona Sul duas vezes desde a última consulta, devido à intoxicação exógena. Pedro refere que iniciou o atendimento psicológico individual no CAPSi, participando também das atividades em grupo. Apresenta mutilações em membros superiores. Devido ao episódio de internação, houve alteração na prescrição medicamentosa, pois recebeu alta em uso de haloperidol e lítio, mas não trouxe a prescrição na consulta e, como já citado, não há informações no prontuário ou receituário eletrônico.

Após alta, Maria retomou o uso das demais medicações prescritas pelo CAPSi. Pedro apresenta queixas de dispneia e tremores que em episódios anteriores foram motivados por intoxicação na ida à casa do namorado da mãe. Após o uso de haloperidol, queixa-se de sialorreia e rigidez muscular. Alega prejuízo de memória e não se recorda do período em que permaneceu internado. Apresenta dúvidas frequentes sobre o uso de cannabis, questionando sobre seu uso terapêutico. Entretanto, após ser questionado alega não estar em uso. O profissional registra no prontuário suas observações sobre o estado de Pedro: facilmente irritável; baixo limiar frustratório; impulsividade; humor disfórico; sono entrecortado; sem ideal suicida; crítica preservada; insight ruim. As hipóteses diagnósticas permanecem F60.3: Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional + F39 Transtorno do Humor (afetivo) não especificado + F32.1 Episódios Depressivos, sendo o principal o Episódio Depressivo Moderado. Condutas tomadas pelo profissional: orientações sobre os riscos do uso de etílicos e cannabis; orientações sobre vigilância e cuidados; início de mudança no esquema medicamentoso, sendo diminuída da dose de imipramina, introduzida fluoxetina, ajustado depakene, mantido lítio e associado clonazepam; recusa da prescrição de benzodiazepínicos; observação de que não

estão participando das atividades (atividade em grupo, grupo de família e acompanhamento individual).

Em outubro constam registros de participação no grupo *Arte e Livre Expressão*²² no CAPSi, assim como da realização de atendimento psicológico individual. No mesmo mês ocorre a realização de exames na UPA Zona Norte, sendo administrado diazepam por via oral. Há também informações sobre consulta médica no HMM-EP, ocasião na qual foi administrado lorazepam por via oral. Hipótese Diagnóstica: F60.3: Transtorno de Personalidade com instabilidade emocional.

No fim de outubro de 2019 conta um atendimento realizado no CAPSi descrito como “atendimento a situações de crise”. Durante o atendimento, Pedro relata à psicóloga que está em meio a uma crise de ansiedade. Questiona sobre a possibilidade de uma receita medicamentosa, mas é orientado que o médico de referência não se encontra no serviço. A médica que está de plantão é consultada e explica a importância de se manter o tratamento sob cuidados do médico de referência, além de explicar os motivos pelos quais não poderia prescrever mais medicamentos, principalmente devido ao histórico de fármacos já em uso e ao abuso de medicamentos e de álcool relatados pela família. Pedro afirma não estar suportando seu estado atual e que não conseguiria permanecer no serviço, mesmo acompanhado pelo responsável. Com isso, Luiz solicita um veículo para acompanhá-los até o HMM-EP. O motorista do serviço acompanhou a família até o local. No mesmo dia, há registro de consulta médica e alta pelo HMM-EP. Hipótese diagnóstica: Transtorno de Pânico (ansiedade paroxística episódica).

No fim de outubro de 2019, Luiz comunica à psicóloga da UBS que terá atendimento no CAPSi no mesmo horário em que a sessão foi agendada. A psicóloga registra que fará mais uma sessão com Pedro a fim de articular a continuidade dos cuidados no CAPSi no período em que se ausentar devido à licença maternidade. Agendada a próxima sessão.

Em novembro de 2019 há registros de participação de Pedro no grupo *Arte e Livre Expressão* no CAPSi. Assim como constam informações sobre atendimento médico na UPA Zona Norte, tendo como Hipótese Diagnóstica: ferimentos de outras partes do antebraço. Receita de paracetamol. Poucos dias depois há dados de consulta médica no HMM-EP com Hipótese Diagnóstica: F60.3 Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional.

²² O Grupo *Arte e Livre Expressão* era coordenado por estagiárias de Psicologia.

No começo de novembro consta registro de discussão interna do PTS no CAPSi, mas não há detalhes a respeito. Pouco dias depois, Luiz entra em contato com o CAPSi solicitando uma vaga na EP, alegando que já foram duas vezes ao serviço e não conseguiram. É orientado que o CAPSi não consegue disponibilizar essa vaga, mas que está aberto caso queira comparecer para acolhimento.

Após o contato foi realizada uma discussão de caso no CAPSi pela equipe de cuidado, mas no sistema não constam detalhes a respeito. Ainda em novembro, Pedro participou das atividades do grupo *Arte e Livre Expressão*, do atendimento psicoterápico no CAPSi e na UBS. Na ocasião desse último, relata não estar fazendo uso das medicações prescritas e tem chorado com frequência. Apresenta cortes nos braços, dois cortes com necessidades de pontos.

No mês de novembro há registro de discussão do caso pela psicóloga da UBS e o NASF, visando o fortalecimento do acompanhamento da situação familiar e também o aumento do vínculo da família com o CAPSi. No mesmo mês, há dados de falta nos atendimentos grupais e individuais no CAPSi, tanto por Pedro como por Maria e Luiz.

No fim de novembro, Luiz comparece – no lugar de Pedro – à consulta médica psiquiátrica no CAPSi. Informa que Pedro está em uma fazenda com familiares em outra cidade, por esse motivo compareceu à consulta para solicitar a prescrição de medicações do menino. Contudo, não sabe informar como Pedro se encontra em relação ao uso dos medicamentos. Refere que conseguiu em outras duas situações a prescrição de alprazolam, uma na EP e outra com o médico conhecido. Luiz relata que já tentaram internar Pedro diversas vezes na EP. Condutas do profissional: esclarecimentos de que não há condições de tratamento à distância e que não há como realizar prescrição sem a presença do responsável legal; indicação de realização de compreensão em conjunto com a família, sendo convidados Luiz, Maria e Pedro para um atendimento conjunto; orientações de que não há níveis seguros de consumo de etílicos; orientações sobre a importância de melhor compreensão do quadro. Hipótese Diagnóstica: exame psiquiátrico geral não classificado em outra parte.

No mesmo período, fim de novembro, há dados de falta nos atendimentos individuais e grupais no CAPSi. Por conta disso, a psicóloga realiza discussão de caso com Luiz. Consta uma observação de que o caso será levado para discussão na reunião de saúde mental.

Em dezembro de 2019 foi realizada discussão do PTS pela equipe do CAPSi, mas no sistema não há informações detalhadas a respeito. No mesmo mês tem registro de

consulta médica na UBS, na qual foi fornecida receita de clonazepam, devendo o uso ser supervisionado.

Em dezembro há informações sobre falta no grupo de família no CAPSi. Realizada nova discussão de caso em reunião de equipe, sendo acordado verificar técnico para atendimento individual, e posteriormente ofertar o atendimento em grupo.

No mesmo mês, é realizada consulta médica na UPA Zona Norte, sendo administrado diazepam por via oral. Hipótese Diagnóstica: Ansiedade Generalizada. Dois dias depois, há nova procura pela unidade de pronto atendimento. No fim do mês, há dados de consulta médica no HMM-EP, tendo como Hipótese Diagnóstica: autointoxicação intencional, ingestão de analgésico, antipiréticos, antirreumático e opiáceos na residência. Pedro recebeu alta no dia seguinte.

Em janeiro de 2020 há registros de consulta médica na UPA Zona Norte, na qual foi administrado diazepam por via oral. Há registros de falta nas atividades grupais do CAPSi, assim como da realização de contato telefônico com a família para informar data de agendamento de atendimento individual, contudo, permanecem as consecutivas faltas nos atendimentos individuais e grupais tanto por Pedro quanto por Maria e Luiz.

Em fevereiro de 2020 foi realizada consulta médica psiquiátrica no CAPSi. Pedro relata não estar fazendo uso das medicações, dizendo *“não vim na última consulta, lembra?”*. *Não sei responder se houve melhora*, *“ah, sei lá”*. Nega queixas relacionadas ao sono. Refere estar fazendo uso de etílicos, mas quando questionado a respeito da frequência responde *“ah, sei lá! De vez em quando, quando tem rolê”*. Nega uso ou experimentação de substâncias psicoativas, diz que não gosta. O profissional nota mudanças na imagem de Pedro, que pintou os cabelos e colocou 3 *piercings* e 1 brinco. Pedro nega automutilação recente, afirmando que já se passaram algumas semanas desde o último episódio. Contudo, mostra cicatrizes nos membros superiores compatíveis com lesões autoprovocadas. O profissional revisa o prontuário e constata múltiplos atendimentos, inclusive prescrição de benzodiazepínicos. Questionado se há algo que possa ser alterado ou compreendido em relação ao tratamento, responde que nos últimos meses sentiu aumento dos sintomas ansiosos, associando a piora ao término do uso de benzodiazepínicos, *“geralmente eu tomava bem mais que o indicado, tipo, traz uma sensação de bem-estar esse remédio, depois que passa o efeito, você vai querer mais”*.

Foram realizadas tentativas de abordagem quanto à importância de realização de acompanhamento médico e também tentativas de sensibilização quanto à introdução de psicofármaco para controle de sintomas ansiosos de base. O profissional registra que

Pedro não se mostrou acessível para as orientações que lhe eram oferecidas, se mostrando facilmente irritável. Foi orientado quanto aos benefícios do uso regular das medicações, principalmente com a piora apresentada, entretanto, se recusou a retomar o tratamento e ao ser explicado sobre a possibilidade do uso de medicação dual, solicitou medicação somente para quando estiver em crise, “*tipo xanax*”. Os responsáveis foram orientados sobre o quadro atual, e sobre os riscos de uso irregular/nocivo de benzodiazepínicos.

Durante o atendimento, Maria relata um episódio de ida à EP que resultou com a evasão do menor do local, e posteriormente culminou na tentativa de suicídio de Pedro na frente de Luiz. Maria refere que Pedro tem incapacidade para enfrentar as mínimas frustrações. Dadas orientações sobre impulsividade. O profissional realiza orientações a Maria, Pedro e Luiz a respeito da introdução de venlafaxina. Maria se compromete afirmando que fará o acompanhamento corretamente. É reforçada a importância da supervisão das medicações. O profissional reforça a contraindicação do uso de benzodiazepínicos. Dadas orientações de que o atendimento ocorrerá somente se Pedro estiver presente nas consultas. Maria e Luiz são orientados de que Pedro não apresenta indicações para internação, apresentando plena condição de seguimento ambulatorial. É realizada uma observação no prontuário de que no retorno deve ser considerado: ajuste da dose; estratificação; UBS; discussão em rede. Hipótese Diagnóstica: F60.3 Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional + F12.1 Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de canabinóides – uso nocivo para a saúde + automutilação frequente + comportamento opositor/desafiador, sendo o principal o Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional.

Ainda em fevereiro de 2020 foi realizado contato telefônico com Maria pela equipe do CAPSi, pois após a consulta no dia anterior Maria solicitou vale-transporte para retornar para casa, sendo informada pelos técnicos de que não havia mais vale-transporte disponível, o que a deixou alterada. Maria reclamou que não teria como comparecer ao grupo de família sem o fornecimento de vale-transporte. Foi orientada a ir ao CRAS da região de sua residência para a realização de uma avaliação socioeconômica e verificação da possibilidade de fornecimento de vale-transporte, contudo, Maria se exaltou e solicitou o cancelamento de todos os atendimentos agendados no CAPSi, recusando maiores orientações. Realizada discussão do caso em equipe. No decorrer do mês de fevereiro de 2020 foram registradas faltas nos atendimentos individuais, grupais e médicos de Pedro e família ao CAPSi.

Em março, Pedro comparece à consulta médica psiquiátrica. Atendimento desacompanhado, pois o profissional optou pelo não atendimento do acompanhante, já que vê necessidade de estruturação e fortalecimento de vínculo com Pedro. No atendimento, Pedro refere que não apresentou melhora com uso da medicação, mas após compreender o período do tratamento assegura ter obtido melhora. Relata estar menos ansioso e apresenta diminuição de ideais depreciativas. Nega ideação de morte e suicídio, o que associando ao uso de cannabis. Pedro apresenta melhor manejo verbal e solicita sigilo médico, sendo-lhe explicado sobre os limites éticos do sigilo.

O profissional observa no prontuário a necessidade de melhorar a estruturação da vinculação com Pedro, afirmando que a tentativa de uma maior autonomia para o adolescente pode ser uma estratégia. Pedro questiona sobre o uso de cannabis e recebe orientações de que não há níveis seguros de uso de spa e derivados etílicos. São dadas orientações sobre o neurodesenvolvimento e os riscos associados ao uso de spa, além de esclarecidos os riscos legais e de exposição social e familiar. Pedro apresenta dúvidas quanto ao uso medicinal da cannabis, sendo-lhe explicado que não se trata da mesma substância que ele faz uso. Refere diminuição no padrão de uso de etílicos e tabaco. É proposto ajuste medicamentoso e esclarecido os possíveis benefícios para a sintomatologia ansiosa. Percepções do profissional a respeito do atendimento: eutímico; afeto normomodulante; sem ideação de morte e suicídio; nega automutilação; insight parcial; juízo crítico presente. Realizado ajuste medicamentoso com aumento da dose venlafaxina e fornecida orientações para a separação dos medicamentos que tenha em casa. Hipótese Diagnóstica: F60.3 Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional + F12.1 Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Canabinoides – uso nocivo para a saúde, sendo o principal o F 12.1.

No mês de março há registro de abandono de tratamento no HMM-EP. Hipótese Diagnóstica: outros transtornos de conduta. No mesmo dia, foi realizada consulta médica na UPA Zona Sul, sendo realizado exames de sangue e urina, e como Hipótese Diagnóstica: Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Sedativos/Hipnóticos – intoxicação aguda. No mesmo período, consta consulta médica no HMM-EP, tendo abandono de tratamento e Hipótese Diagnóstica: Distúrbio de Conduta Não-Socializada.

Em março de 2020 há informações de falta no grupo de família no CAPSi. Consta também contato telefônico de Luiz para o CAPSi, no qual informa que Pedro tentou suicídio por intoxicação medicamentosa. Refere que estavam na casa de um familiar e

Pedro encontrou os medicamentos dessa pessoa e ingeriu com álcool, se trancou no banheiro e se automutilou. Luiz questiona o técnico que o atendeu sobre o aumento na dosagem da medicação na última consulta, alegando que juntamente com Maria pesquisou e viu que o remédio prescrito tem entre os efeitos colaterais o comportamento suicida. Questiona que na última consulta apenas Pedro foi ouvido, tendo ficado ele e Maria “às cegas” em relação ao aumento da dosagem e as demais orientações de cuidado.

É esclarecido que essa conduta é comum conforme a discussão do caso em equipe e a necessidade de cuidado apresentada pelo usuário, a fim de possibilitar o aumento da autonomia no processo terapêutico, além, é claro, de aumentar o vínculo com o profissional de referência. É explicado que em muitos casos, se o adolescente é escutado primeiro e depois se escuta os responsáveis, ele pode se sentir anulado e sem credibilidade frente aos profissionais. São dadas orientações sobre o espaço de escuta no grupo de família, sendo explicado que as técnicas sempre trazem para a equipe os conteúdos apresentados pela família sem que precise interferir no vínculo entre adolescente e médico.

Além de que, Luiz é orientado de que o tratamento não refere apenas a prática médica, mas a todas outras atividades do serviço. Luiz alega não comparecer por dificuldades financeiras, mesmo o serviço fornecendo vale-transporte, sendo orientado a conversar com as técnicas para que adequem a frequência de vinda ao serviço. É reforçada a importância da assiduidade e continuidade do cuidado e do espaço de escuta ofertado pelo serviço.

Luiz informa que Pedro não deseja tomar as medicações prescritas ou dar continuidade ao tratamento. Relata que o tratamento indicado para essa última crise era internação no “hospital psiquiátrico, sanatório”, mas ele e Maria acharam melhor não internar Pedro. Assinaram o termo de abandono de tratamento e estão em casa cuidando de Pedro. Solicita documentos que assegurem a questão escolar, visto que Pedro não está frequentando as aulas, sendo orientado primeiro a entrar em contato com a instituição educacional e saber como funciona.

O técnico fica responsável por verificar um encaixe para consulta médica, além de reforçar os dias e horários do grupo de família. É ofertado espaços de acolhimento para Pedro e para a família. É oferecido também os seguintes grupos: grupo do jornal (sexta-feira às 8h30m); grupo descolados (segunda-feira às 14h30m), café com debate (terça-feira às 14h) e teatro ou espaço de convivência (quarta-feira às 14h). Luiz assegura que

anotou os horários, mas relata que será difícil deixar Pedro comparecer ao serviço, pois tem medo de que ele desvie o caminho e vá para outro lugar.

Na semana seguinte é realizada discussão de caso em equipe no CAPSi, sendo acordado agendar horário com psicóloga para Luiz e Maria, assim como solicitar que conversem com as técnicas responsáveis pelo grupo de família. No fim do mês, consta uma falta em consulta médica no CAPSi, e anotado no prontuário “articulação de redes intra e intersetoriais”, sem maiores informações.

Em abril de 2020 Luiz faz contato telefônico com o CAPSi solicitando encaminhamento para internação psiquiátrica, relata que Pedro se coloca em risco e apresenta desejo de tirar a própria vida. Luiz é orientado pelo CAPSi sobre o atendimento na EP e que caso a equipe de lá julgar necessário, Pedro será internado. Luiz refere que já tiveram orientação da EP que encaminhou Pedro para internação no Hospital Psiquiátrico, mas ele e Maria gostariam que a internação ocorresse na EP. Luiz recebe orientações quanto ao fluxo da rede e esclarecimentos de que o CAPSi não tem como mudá-lo. Luiz é orientado a procurar a EP novamente caso julgue necessário, assim como dar continuidade ao cuidado de Pedro no CAPSi. Realizada discussão do caso em equipe.

A equipe do CAPSi retorna à ligação para saber se Pedro foi consultar e Luiz informa que não se encontra em casa, mas que ao retornar irão levá-lo para consulta. Recebe orientações que caso Pedro não seja internado retornem à ligação para agendar um horário com a equipe técnica responsável. Dois dias depois, Luiz entra em contato telefônico com o CAPSi, refere a preocupação com Pedro e reafirma a solicitação da família para a internação, pois o adolescente estaria se colocando em risco. A técnica verificará com os profissionais de referência e retornará.

No dia seguinte é realizado monitoramento via telefone pela equipe do CAPSi. É explicado a Luiz sobre as questões levantadas pela família a respeito de encaminhamento para internação, sendo esclarecido que caso haja necessidade podem levar Pedro para uma consulta na EP, já que é um serviço de porta-aberta e a própria equipe do serviço avaliará a necessidade ou não da internação e para onde o adolescente será encaminhado. Luiz revela conhecer o fluxo e irá conversar com Maria a respeito. Reforçada a ideia de que o CAPSi permanece à disposição caso desejem comparecer ao serviço.

Após 10 dias, Luiz telefona ao CAPSi preocupado com Pedro, afirmando a necessidade de internação em uma clínica. Refere o cansaço de Maria com a situação do filho. Solicita encaminhamento para internação em clínica particular, embora saiba que a clínica não está admitindo novos usuários por conta da pandemia. A psicóloga retoma a

conversa anterior e explica não ser possível realizar nenhum encaminhamento para instituições particulares, e que a orientação permanece sendo a avaliação na EP. Luiz afiança compreender que o serviço não pode realizar esse tipo de encaminhamento, mas que a família opta por esse modelo de tratamento e que quando for efetivado precisará de uma consulta psiquiátrica para solicitar um laudo de Pedro. Sobre os atendimentos é pedido que a mãe ligue para o CAPSi e diga o que demanda para o cuidado de Pedro, pois é necessário que ela se envolva no cuidado. Além de que ela pode ser ouvida, acolhida e orientada no serviço mesmo que Pedro não deseje vir. Luiz afirma compreender a necessidade de envolvimento de Maria, e fica de solicitar que ela procure o serviço.

A assistente social do CAPSi retorna o contato telefônico com Luiz para orientá-lo a respeito das questões legais na presença dele no cuidado de Pedro, pois não é casado com Maria e não possui vínculo de parentesco com o adolescente. Luiz parece compreender. Afirma que Maria está exausta, sendo ofertado cuidado para ela no CAPSi. É oferecido também a elaboração de PTS para o fortalecimento do vínculo mãe-filho e reflexão das dinâmicas familiares. É discutida a importância de se manter profissionais de referência no processo de cuidado de Pedro, já que o mesmo vive alternando profissionais e serviços. Maria liga para o CAPSi solicitando laudo médico para que possa internar o filho, e assegura que ela não precisa de atendimento. São realizadas orientações sobre o cuidado do CAPSi e o manejo que inclui a participação e envolvimento da família. Maria refere descontentamento com o serviço. A respeito do laudo é ofertado relatório de atendimento, bem como a disponibilidade de acesso ao prontuário.

No mesmo dia é realizado atendimento psicológico remoto com Maria pelo CAPSi. Refere que Pedro tem mudado de comportamento, diminuindo as queixas de depressão e cessando as tentativas de suicídio, mas desconfia que esteja fazendo uso de substâncias psicoativas. Em vista disso, são fornecidas orientações acerca do serviço e das possibilidades de cuidado, caso a família deseje. Maria relata que no ano anterior Pedro tinha um bom vínculo e que frequentava a psicoterapia. Maria fica de conversar com Pedro e retornar à ligação caso ele deseje retornar ao tratamento. Após alguns dias, a equipe do CAPSi realiza contato telefônico para monitoramento e busca ativa, Maria solicita agendamento de consulta médica para o adolescente.

Levando em conta a solicitação de Maria, é agendada uma consulta médica psiquiátrica no CAPSi. Pedro e Maria comparecem para atendimento. O adolescente apresenta sintomas depressivos e automutilação, queixa-se de crises de ansiedade. Refere uso de cannabis e afirma que usá-la o ajuda a melhorar. Está frequentando as aulas online

(segundo ano do ensino médio). Maria se queixa de Pedro passar o dia fora de casa na companhia de pessoas mais velhas fazendo uso de substâncias psicoativas. Realizadas orientações gerais sobre os riscos do uso de substâncias psicoativas. Feita prescrição medicamentosa. Hipótese Diagnóstica: F19 Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Múltiplas Drogas e Outras Substâncias Psicoativas.

No fim de abril foi realizado atendimento psicológico individual com Pedro no CAPSi, que ficou de pensar se dará continuidade no mesmo. No mesmo dia, Maria passou por atendimento social, no qual foi ofertado atendimento psicológico individual para Pedro e para Maria semanalmente. Foram fornecidas orientações sobre internação, sendo explicado que pode não ser resolutiva, ressaltando a importância do desejo de Pedro para o tratamento. Dadas orientações sobre como se dá o cuidado no CAPSi. Maria aceita que o cuidado seja no serviço.

Em maio foram registradas faltas nos atendimentos individuais no CAPSi por Pedro e Maria. No fim do mês, Pedro comparece ao atendimento, mas refere que não deseja dar continuidade na psicoterapia. Aceita vir no atendimento em grupo quando forem retomados pós-pandemia e deseja continuar o acompanhamento psiquiátrico.

No mesmo dia Maria passou por atendimento social individual no CAPSi. Refere preocupação com o uso que Pedro vem fazendo de substâncias psicoativas, alega não saber quais drogas o filho usa. Realizadas orientações sobre vínculo e diálogo. Ofertado atendimento para Maria e para Pedro, diante da recusa do adolescente, mantém a proposta de cuidado para a mãe. Maria solicita o telefone do serviço de internação credenciado no município, sendo explicado para ela novamente o funcionamento do cuidado no CAPSi.

Em junho foi registrada a falta em consulta médica psiquiátrica no CAPSi. Já em julho de 2020 consta a informação de que a assistente social do CAPSi respondeu o Ofício do Ministério Público, sendo disponibilizado horário de atendimento para o adolescente no dia 21/07/2020. Não há outras informações a respeito do Ofício.

Em julho há registro de atendimento psicológico individual na UBS, no qual foi solicitado a presença de Maria, contudo, ela não comparece para atendimento e explica via telefone que Luiz poderá fornecer todas as informações a respeito de Pedro. Luiz relata que o adolescente não deseja mais ir ao CAPSi, e não aceita também a internação. Refere vários outros agravantes, destacando que Pedro coloca a própria vida em risco. A profissional reforça a necessidade de um “*cuidado extremo*” com Pedro e a ajuda imediata caso atente contra a vida.

Ainda em julho constam registros de reagendamentos de atendimentos psicoterápicos na UBS, assim como há informações de falta no atendimento individual e familiar no CAPSi, agendado a pedido do Conselho Tutelar. Não há informações pormenorizadas sobre o envolvimento do Ministério Público e do Conselho Tutelar nas ações de cuidado.

No fim do mês, há registros de falta no atendimento psicológico individual (encaminhado pelo Conselho Tutelar) ao CAPSi. Assim como ocorre falta no atendimento psicoterápico na UBS. Há o reagendamento de consulta no CAPSi a pedido de Maria. Consta também um registro de atendimento psicológico individual no CAPSi, sem maiores informações.

Poucos dias depois, Luiz telefona para a UBS para agendar atendimento psicológico. Entretanto, não comparece ao atendimento, justificando que Pedro ingeriu remédio para dormir e não conseguiu acordar a tempo. No último dia do mês de julho, foi realizado contato do CAPSi com o Conselho Tutelar, sendo repassada uma relação com os atendimentos já realizados.

Em agosto consta registro de discussão do caso pela equipe do CAPSi, e resposta ao Ofício do Ministério Público pela equipe do serviço. São disponibilizados horários para o atendimento presencial, assim como são realizadas novas orientações a Maria sobre o fluxo da rede municipal de saúde, explicitando que o atendimento visa “*a redução dos prejuízos psicossociais do adolescente e da família*”. No mesmo mês, há informação de falta à consulta médica no serviço.

Em outubro Pedro comparece à UBS para atendimento médico. É solicitado que faça exames e fornecido encaminhamento para atendimento psiquiátrico. Este último fornecido com a hipótese diagnóstica: portador de transtorno de ansiedade; sendo descrito que o adolescente abandonou o tratamento há 6 meses, mas deseja retornar.

No fim do mesmo mês Pedro retorna à UBS em busca de encaminhamento para psiquiatria. Relata que desde criança usa medicações psicotrópicas com alternância em diferentes tratamentos, sendo o último esquema venlafaxina e clonazepam. Refere que cessou o uso de medicamentos há alguns meses por conta própria porque alteravam a sua personalidade. Relata que hoje faz uso de altas doses de medicamentos que compra sem receita, ou que empresta de amigos quando se sente ansioso e depressivo. Refere que frequentou o CAPSi até começo do ano, mas parou por conta da pandemia. Relata tentativa de suicídio no fim de 2019 por ingestão medicamentosa, afirmando que fez lavagem gástrica e fugiu do hospital na sequência. Informa uso diário de maconha, mas

alega ser capaz de controlar a droga em sua vida, ressaltando que a substância ajuda no seu tratamento.

Poucos dias depois o CAPSi recebe e responde um Ofício do Ministério Público. Realiza reagendamento de horário para atendimento psicológico, sendo feito contato com a UBS para informar a Maria o dia e o horário do atendimento, pois ela não atendia as ligações do serviço. A informação foi recebida pelo enfermeiro da UBS, que delegou que Luiz informasse a família.

No começo de novembro há registro de que a assistente social do CAPSi formalizou notificação no SINAN, mas não constam nos registros detalhes da notificação ou o seu motivo. Ainda no mês de novembro há dados sobre falta no atendimento social no CAPSi e a realização de teleconsulta com a psicóloga da UBS. No fim desse mês, Pedro passou por atendimento médico no HMM-EP, constam registros de alta hospitalar e de realização de exames. Na ocasião, a Hipótese Diagnóstica foi: Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Múltiplas Drogas – síndrome de dependência.

No começo do mês de dezembro também constam informações sobre alta hospitalar do HMM-EP. Prescrição de haloperidol injetável a cada 15 dias e levopramizina no período noturno (uso sob supervisão familiar). Realizado encaminhamento para atendimento no CAPSi com a informação de que esteve internado por 13 dias.

Após a alta hospitalar, há registro de comparecimento à UBS para aplicação de haloperidol. Além disso, também constam informações de consulta médica na unidade, sendo que na ocasião foi solicitada receita de amitriptilina e levomepromazina. Hipótese Diagnóstica: Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Cocaína – uso nocivo para a saúde + Transtorno Mental e/ou Comportamental não especificado.

Ainda em dezembro de 2020 constam informações de atendimento individual de enfermagem na UBS e de aplicação de haloperidol na unidade. Assim como há registros de consulta médica na UPA Zona Norte, onde foram realizados exames de sangue e eletrocardiograma, tendo como Hipótese Diagnóstica: ansiedade generalizada. No penúltimo dia do mês, o enfermeiro da UBS recebe o relatório de alta hospitalar com classificação ad 02, o qual é encaminhado à equipe para a realização de acompanhamento.

Em janeiro de 2021 há informações de aplicação de haloperidol na UBS. Assim como dados de consulta médica no HMM-EP, que teve como Hipótese Diagnóstica: Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Múltiplas Drogas/Outras Substâncias Psicoativas – síndrome de dependência. Em outra ocasião, também no

HMM-EP, há o registro de internação hospitalar devido à intoxicação aguda de substâncias psicoativas.

Em abril de 2021 ocorreu a reunião interna²³ do CAPSi (eixo de substâncias psicoativas), na qual a equipe discutiu identificar onde Pedro se encontrava no momento, optando por realizar contato familiar. No entanto, tal contato ocorreu somente no mês de maio, quando o CAPSi contatou a UBS para obter informações a respeito do adolescente. Por meio de contato telefônico a assistente social constatou que Pedro não estava permanecendo no município e registra:

Aparentemente em novembro de 2020 a família o levou para uma comunidade terapêutica e posteriormente o conselho tutelar verificou que aquela instituição era 'inadequada' para o adolescente, foi articulada uma 'vaga social' em uma comunidade terapêutica no município de Mauá da Serra. Desde então o adolescente encontra-se institucionalizado. A mãe mantém recusa de atendimento. Debato com profissional da AB sobre a disponibilidade do CAPSi, caso o adolescente procure, a família ou ainda haja algum encaminhamento da rede. Por ora fica suspenso tendo em vista que o adolescente está há mais de seis meses sem qualquer atendimento ou procura pelo CAPSi, caracterizando alta pedida.

Outras informações foram obtidas por meio de conversas informais e reuniões de equipe no CAPSi. Os técnicos referem iatrogenias e dificuldades no cuidado ocasionadas pelas interferências de Luiz nas ações de cuidado. Luiz é funcionário público, o que acaba favorecendo a circulação do adolescente pela rede de saúde sem os devidos encaminhamentos, assim como a renovação de receitas sem o acompanhamento adequado, ou seja, um cuidado continuado para além daqueles momentos de vulnerabilidades e crises.

Profissionais que conhecem o caso asseveram que Pedro utiliza múltiplas drogas e tem dependência de ansiolíticos, mas que apresenta dificuldades em reconhecer/admitir que o uso é nocivo para sua saúde. Destacam também as dificuldades que a família possui em aderir ao tratamento. Foi possível notar que os profissionais estavam cansados das recorrentes tentativas de acesso ao adolescente e de não conseguirem sucesso na adesão, tanto que o último contato para buscar informações sobre Pedro demorou um mês para

²³ A discussão acerca de verificar o paradeiro e a situação de Pedro aconteceu após questionamentos da pesquisadora a respeito do mesmo.

acontecer após decisão em reunião de equipe, pois a assistente social saiu de férias e os outros profissionais não buscaram por informações.

Como já anotamos, por meio da análise documental – fichas de acolhimento, dos registros do prontuário físico e eletrônico, bem como das informações obtidas por meio da observação e de conversas informais – chegamos aos temas que mais se destacavam nas ações de cuidado. Esses temas nos levaram a três categorias de análise: 1) psiquiatrização e medicalização, 2) os afetos silenciados e, por fim, 3) as (im)possibilidades da RD na adolescência. Tais categorias serão discutidas a seguir.

5.3.3 Entre pílulas e diagnósticos: Pedro, a psiquiatrização do seu comportamento e a medicalização da sua vida

Afirmava Simão Bacamarte, “A ciência tem o inefável dom de curar todas as mágoas” (Assis, 1979, p. 254). Há quem diga que a arte imita a vida, mas, dessa vez, parece que a vida tem imitado a arte. Lá em 1882, Machado de Assis escrevia sobre um conto – *O Alienista* – que em muito se assemelha aos dias atuais. Bacamarte se dispôs a cuidar dos “loucos” e acabou enclausurando a cidade inteira na Casa Verde. Assegurava que “a loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente” (Assis, 1979, p. 260), e aos poucos o Alienista diagnosticou todos ao seu redor, ilustrando de modo esmerado um verdadeiro processo de psiquiatrização dos comportamentos e medicalização da vida.

De modo substancial, a psiquiatrização envolve o processo de transformar em problema psiquiátrico diferentes manifestações e comportamentos, próprios do desenvolvimento humano. Assim, no caso da psiquiatrização de comportamentos da adolescência prescinde a “predominância dos saberes *psi* na gestão das problematizações e dos conflitos que setores da juventude vêm colocando ao campo social” (Vicentin, Gramkow & Rosa, 2010, p. 62). O conceito de medicalização, como já destacamos, foi cunhado por Ilich (1976) para se referir ao processo de tornar problema médico, aquilo pertencente a outras ordens (social, cultural, individual, econômico e político). Ressaltamos novamente que embora em muitos momentos tratemos desses processos separadamente, eles se entrecruzam, se articulam e se multideterminam no caminhar da vida.

Quando elencamos o processo de psiquiatrização, no caso de Pedro, o fazemos porque desde a tenra idade o menino foi considerado um “doente”. Seu comportamento,

a princípio, foi intitulado como agitado, hiperativo, explicado pela via do diagnóstico de TDAH. Posteriormente, a saga das explicações médico-psiquiátricas continuou ao longo da adolescência, transitando entre os Transtornos do Humor, os Transtornos Específicos da Personalidade, o Transtorno de Pânico e Ansiedade generalizada, até os Transtornos de Conduta, chegando aos Transtornos Mentais e Comportamentais em razão do uso de múltiplas drogas e outras Substâncias Psicoativas.

Como expressão de um exercício da síntese, organizamos uma tabela²⁴ contendo os inúmeros diagnósticos e as diferentes medicações prescritas a Pedro durante seu percurso na rede pública de saúde. Essa tabela nos mostra que, em suma, Pedro recebeu 31 diagnósticos diferentes (isso sem contar as replicações diagnósticas idênticas em atendimentos médicos diferentes). No ano de 2019, ele recebeu 14 diagnósticos e em 2020 foi diagnosticado 11 vezes com diferentes transtornos mentais.

Um dos alicerces da medicalização é a classificação dos transtornos mentais em categorias, que como sabemos, está atrelado à própria história da psiquiatria. Ao longo do tempo, relembramos, surgiram diversos manuais de classificação diagnóstica, dentre os quais merecem destaque o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), em português Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, produzido pela *American Psychiatric Association* (APA); e a *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD), em português Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), produzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

De acordo com Freitas e Amarante (2017), o DSM é o livro sagrado da psiquiatria, é utilizado pela sociedade em geral e por boa parte de profissionais da área da saúde, tendo ao longo dos anos apresentado diversas revisões e variações. A primeira edição do DSM-I foi lançada pela APA em 1952, e tinha a intenção de superar as classificações do CID-06, considerado incompleto pelos especialistas estadunidenses. O DSM-I apresentava 180 diagnósticos, distribuídos em 132 páginas. Apresentava influências teóricas da psiquiatria psicodinâmica, da psicanálise, e também contribuições de cunho mais biológico (Araújo & Lotufo Neto, 2014). Já a segunda edição, o DSM-II, foi lançado em 1968 contendo 182 transtornos e 134 páginas, mantendo as mesmas influências teóricas do anterior.

²⁴ Anexo II – Quadro dos diagnósticos recebidos por Pedro e das medicações prescritas.

As duas primeiras edições do DSM sofreram críticas no decorrer das décadas de 1960 e 1970, principalmente do movimento da antipsiquiatria. Essas edições não tinham confiabilidade na distinção entre os diferentes diagnósticos nelas descritos, o que foi proposto para a terceira edição (Freitas & Amarante, 2017). Em 1980 foi publicado o DSM-III, que apresentava a descrição de cada transtorno e uma listagem dos sintomas. O manual continha 494 páginas, 265 categorias diagnósticas, totalizando um acréscimo de 83 diagnósticos se comparado à versão anterior.

Ressaltamos que a forma minuciosa de categorização e definição dos transtornos mentais no DSM-III foi para evitar que experimentos como o de Rosenhan (que será descrito mais adiante), acontecessem e colocassem em questionamento o saber psiquiátrico. Em suma, foi uma tentativa de objetivar e ampliar o consenso nos diagnósticos entre os psiquiatras, facilitando a comunicação desses com os demais profissionais da saúde (Frances, 2016).

Em 1994 foi publicada a quarta edição do manual. O DSM-IV listava 297 transtornos em 886 páginas. Nessa versão, os transtornos foram organizados em torno da noção de disfunção, ou seja, da perda ou de comprometimento de uma ou mais funções mentais (Passarinho, 2020). Segundo Frances (2016), apesar de modesto em suas modificações, o DSM-IV contribuiu para o aumento da medicalização e da inflação diagnóstica.

Em 2013 foi publicado o DSM-V, que trouxe um aumento de 12% de categorias diagnósticas. Nas páginas iniciais, os autores colocam que objetivam que ele seja uma ferramenta clínica, mas também de ensino e de pesquisa acadêmica. Essa versão expande nitidamente o seu uso a diversas áreas do conhecimento, afirmando que as informações contidas ali podem ser úteis a médicos no geral, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, bem como para a área jurídica e forense, etc. (Passarinho, 2020).

Apesar de tais pretensões, o DSM-V também foi alvo de críticas. A psiquiatria não encontrou nenhum marcador biológico que definisse ou justificasse os ditos transtornos mentais, além de continuar refém do discurso de seu paciente. Exatamente por isso tende a transformar qualquer aspecto e situação em sintomas para enquadrá-los dentro de suas categorias diagnósticas. Em relação ao aumento e às alterações diagnósticas, Freitas e Amarante (2017, p. 39) asseveram:

As sucessivas versões do DSM não se devem ao implacável avanço do progresso científico: cada uma delas resulta de lutas políticas, uma vez que existem fortes

interesses corporativos na área da psiquiatria. Além dos da indústria farmacêutica, há também o dos grupos organizados de pacientes psiquiátricos. Para estes, o que está em questão são os direitos – desde o reembolso de tratamentos até os relativos a benefícios previdenciários. E nisso tudo há, logicamente, atores sociais importantes, como as empresas de planos de saúde, bem como o vasto número de escritórios de advocacia, as diferentes instituições do Estado, os diversos grupos religiosos, movimentos sociais e outros. Além da defesa dos próprios interesses da corporação psiquiátrica no campo da medicina.

Portanto, cada publicação do DSM envolveu e envolve muitos interesses, prevalecendo o que detém maior poder e capacidade em construir mais alianças. A confiabilidade e a validade do DSM são elementos questionáveis, já que em sua história “existem elementos nos quais se misturam ciência com política e fatos científicos com fantasias” (Freitas & Amarante, 2017, p. 40).

Nesse sentido, a Sociedade Britânica de Psicologia se posicionou a respeito do DSM-V, afirmando, de acordo com Barrow (2013, n.p):

Incluem várias categorias diagnósticas com confiabilidade duvidosa, o que pode levar a suposições enganosas sobre a sua validade científica; não recebe uma revisão científica externa, muito necessária e amplamente solicitada; pode comprometer a segurança do paciente, através da implementação de baixos limiares de produção de diagnóstico e com a introdução de novas categorias de diagnóstico que não têm respaldo empírico suficiente; pode resultar em rotular como doentes mentais pessoas que se sairiam melhor sem um diagnóstico psiquiátrico; pode resultar em tratamentos desnecessários e potencialmente prejudiciais, em particular com medicamentos psiquiátricos; pode desviar preciosos recursos de saúde mental longe daqueles que mais precisam deles.

Frances (2010) também critica a publicação do DSM-V, alegando que “(...) parece promover o que nós mais temíamos: a inclusão de muitas variantes consideradas normais em rótulos de doenças mentais” (p. 01). O que queremos dizer é que as categorias diagnósticas do DSM resultam de processos sociais, por isso seus critérios se alteram historicamente, conforme ocorrem mudanças nas condições políticas, morais e institucionais.

Essa linha crescente de diagnósticos não está distante do que visualizamos na vida de Pedro, que foi diagnosticado ao longo dos 12 anos de percurso na rede de saúde, 46 vezes. Sua inserção no mundo dos “portadores de transtornos mentais”, como já o dissemos, se deu aos 3 anos de idade. Em tenra idade cogitou-se Pedro ser hiperativo e desatento.

Há tempos, estudos questionam as classificações do DSM e do CID. Como exemplo, citamos que em 1973 a própria OMS comparou um conjunto de sintomas que ocorriam em pessoas reais com um conjunto de grupos produzidos pelas categorias

diagnósticas. A conclusão foi de que os critérios do DSM e do CID definiam pessoas distintas, mas as agrupavam em grupos homogêneos. Contudo, essa conclusão era diferente dos diagnósticos dados aos sujeitos, em que, por exemplo, esquizofrênicos estavam presentes em várias outras categorias. Essa pesquisa demonstrou que a validade dos sintomas subdivididos e agrupados em categorias é, ao menos, questionável (WHO, 1973). Além disso, a *World Health Organization* (1973) destacou que o prognóstico – de esquizofrênicos, por exemplo – é melhor em países onde a psiquiatria não detém tanto poder institucional, do que em países fortemente influenciados por ela.

Rosenhan (1973) realizou um estudo que foi mais além, onde ele próprio se passou de “louco”. Rosenhan era professor de psicologia da Universidade de Stanford, na Califórnia, e seu estudo é popularmente conhecido por Experimento Rosenhan. Ele buscava investigar a experiência e os critérios para ser admitido em instituições psiquiátricas, de modo que orientou algumas pessoas a procurar essas instituições em busca de ajuda, sob a alegação de estarem ouvindo vozes e de sentirem um vazio existencial, as demais características deveriam ser verdadeiras, conforme suas histórias de vida, e se portarem como se comportavam no cotidiano. O resultado apontou que todos foram admitidos nas instituições sem qualquer dificuldade e todos receberam o diagnóstico de psicose. Após serem internados, todos passaram a se comportar sem fingir nada, não se queixando mais de vozes ou do vazio existencial. Mas, nenhum profissional foi capaz de perceber, e seus comportamentos eram enquadrados dentro da categoria diagnóstica dada no momento da admissão.

Estudos como esse demonstram que pessoas que não possuem qualquer transtorno ou doença, quando apresentam alguma dificuldade ou até mesmo algum sofrimento decorrente de questões comuns da vida humana, podem ser inapropriadamente enquadradas dentro de uma ou mais categorias diagnósticas. Com isso não negamos o sofrimento vivenciado por Pedro ao longo da sua vida, somente estamos a indagar sobre como em seu percurso o encontro com tais diagnósticos marcaram e balizaram sua vida.

É impossível não recordar das conclusões oriundas do experimento de Rosenhan, por exemplo, quando em um dia de março de 2020, Pedro passou por diferentes dispositivos da rede de saúde, sendo avaliado por profissionais distintos e em um único dia (a cada atendimento), recebera três diagnósticos diferentes: Outros Transtornos de Conduta; Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao Uso de Sedativos/Hipnóticos – intoxicação aguda; Distúrbio de Conduta Não-Socializada. A variedade de diagnósticos e condutas sinalizam que é no mínimo questionável tantos

diagnósticos anuais. E, apesar dos Manuais de Psiquiatria (em especial o DSM) buscarem tornar consenso os diagnósticos dos transtornos mentais, aumentando a validade e a confiabilidade, o caso de Pedro expõe o quão frágil ainda é qualquer sistema classificatório que pretende ser universal.

Outrossim, essa lógica diagnóstica lembra muito a analogia realizada por Boarini (2006), que relaciona tais práticas ao mesmo raciocínio do mito grego de Procusto. Em resumo, Procusto era um salteador de estradas que assaltava viajantes e submetia-os a critérios de seu próprio julgamento para definir quem seguiria viagem. E quais eram esses critérios? Procusto os media de acordo com o tamanho de sua cama, aqueles que não se encaixassem tinham seus membros decepados até atingirem a medida ideal. Os gritos de suas vítimas chegaram aos ouvidos da deusa Atena e ao encontrá-lo, tentou justificar seu comportamento dizendo que as diferenças eram injustas e que seus atos padronizavam todas as pessoas. A crueldade só acabou quando Teseu o encontrou, deitando-o em seu próprio instrumento de medida e cortando-lhe as pernas e a cabeça. Boarini (2006) afirma que o mito de Procusto simboliza as dificuldades que o homem tem em lidar com as diferenças e, por isso, tenta criar normas e medidas para enquadrar a todos, não importando os danos ocasionados por essa ação. Essa lógica nos leva a pensar que Pedro e todos nós também estamos sujeitos à régua de medida da psiquiatria, na qual quem se enquadra será psiquiatrizado e medicalizado.

Essa lógica de constante enquadramento de sujeitos em categorias diagnósticas acarreta o emprego de intervenções e medicamentos de forma equivocada, já que podem estar sendo direcionados a pacientes que receberam um diagnóstico incorreto, ou que são perfeitamente saudáveis. Em outras palavras, experimentos como o de Rosenhan ameaçaram a psiquiatria, pois atingem a identidade médica e o seu mandato social, questionando a capacidade que a psiquiatria tinha/tem para lidar com as encomendas sociais que a sociedade lhe destinava (Basaglia, 2010 & Vasconcelos, 2002).

No entanto, antes de dar continuidade à discussão, gostaríamos de salientar que a crítica aqui não se refere às descobertas farmacológicas ou às descobertas da medicina, ou ainda, ao uso de medicamentos quando este ocorre de modo correto, mas ao excesso e à crescente medicalização de questões que são partes da existência humana. Reconhecemos os avanços da ciência farmacológica e da medicina que em muitos casos possibilitam alívio aos sujeitos, favorecendo o desenvolvimento da saúde e da qualidade de vida. O que queremos dizer é que muitas vezes o uso excessivo de medicamentos não tem como finalidade a saúde ou o desenvolvimento do indivíduo, sendo que em tantos

casos o uso da medicação é a primeira e a única forma de cuidado. Fato exemplificado no caso de Pedro, no qual a medicação e intervenção médica foram sempre as ações principais e norteadoras das demais ações de cuidado, além de que a frequência a consultas médicas e a procedimentos ambulatoriais era muito maior se comparada a outras intervenções de cuidado. É preciso pensar sobre os efeitos e as contradições presentes nessa relação, e qual é o papel que a medicalização representa dentro da sociedade capitalista em que a vida, tudo e todos, se tornam mercadorias para a obtenção de lucros. Conforme colocam Tuleski e Franco (2019, p. 6):

Nesse jogo, no qual a saúde do usuário é relativizada, predominam a produção, a distribuição e o consumo desenfreados, induzindo os indivíduos a pensarem que os males do mundo se resolvem com uma boa dose de medicamentos ou outras substâncias. Pensar o sofrimento como algo mais complexo, que envolve múltiplas determinações, entre elas a biológica, significa olhar o sujeito que sofre como ser social e não somente a doença ou patologia que ele expressa.

O advento da medicina científica assegura ao médico poder sobre diferentes áreas e aspectos da vida cotidiana, ações que passam a ser respaldadas pelas tecnociências. A medicina passa a ter o monopólio no cuidado das mais diferentes doenças e afecções, sendo a primeira profissão a reivindicar jurisdição à doença e qualquer coisa a ela relacionada. O que queremos destacar é a articulação que o papel do médico exerce em nossa sociedade, principalmente na rede de poderes do sistema social, como explicitam Freitas e Amarante (2017, p. 20):

O papel social do médico está fundado nas relações sociais de poder constituídas e não em uma verdade da qual o médico seria o porta-voz. Não se trata simplesmente de uma suposta evolução do saber científico – objetivo, neutro e isento dos interesses e conflitos sociais. Trata-se, sobretudo, do saber médico resultante de processos de construção social de um poder sobre os indivíduos.

Desse modo, a medicina passa a exercer o controle social sobre os sujeitos. E não é de hoje que isso tem sido questionado, por volta de 1970 foi publicado um artigo científico a esse respeito, intitulado: “A medicina como uma instituição de controle social”, que retrata o processo histórico pelo qual passou a ciência médica até se tornar uma instituição de controle, posição antes ocupada principalmente pela lei e pela religião (Freitas & Amarante, 2017). A medicina aos poucos abandonou os modelos etiológicos baseados no modelo linear de causalidade, e passou a adotar modelos multicausais para a explicação de doenças, de modo que o que foi retirado de sua competência passa a ser incorporado em suas práticas discursivas (medicina compreensiva, psicossomática, medicina dos estilos de vida, etc.).

A tênue fronteira entre normal e patológico é rompida, pois não é mais preciso que o sujeito se queixe do sintoma em si, mas que fale de seus “sintomas cotidianos” (preocupações, angústias, crenças, inquietações, etc.) para ser enquadrado em alguma categoria de patologia (Freitas & Amarante, 2017). Por exemplo, nas vezes que Pedro consegue estabelecer um diálogo com o médico e queixa-se de inquietação (por questões comuns da vida), é interpretado e enquadrado em diagnósticos e sintomas de ansiedade. Pedro fala de inquietações e o médico escuta e as nomeia como “ansiedade”.

Freitas e Amarante (2017, p. 22) destacam justamente essas mudanças na forma como um diagnóstico e tratamento são realizados:

Não se trata apenas de coletar dados da maneira mais precisa possível, mas de estes aparecerem segundo perspectivas que envolvam o próprio estilo de vida de cada um, o que leva o médico a um exercício profissional que vai muito além das suas habilidades técnicas propriamente ditas. A medicina adquire assim o direito de determinar como se deve trabalhar, dormir, se divertir, comer, fazer amor. E de estabelecer também o modo como se deve pensar, sonhar, desejar etc.

Tais formas de controle social se acentuam na medida em que cresce a ideia de prevenção, no sentido de prevenir doenças na população. A medicina passa a adentrar o espaço privado e nada mais escapa de seu olhar, já que tudo pode ser objeto de investigação na distinção entre o patológico e o normal. De tal modo, experiências normais da existência humana passam a pertencer à jurisdição da ciência médica, por exemplo, a gravidez, a velhice, a dependência química, a infância, a adolescência, etc.

Freitas e Amarante (2017) questionam o modo como a medicina passou a ser o discurso dominante para orientar as práticas e experiências de vida de toda a população:

Cada ato praticado por nós deve ser justificado no que se relaciona à saúde e a doença, e cada vez menos em relação a virtude ou ao que seja o mais justo. A tal ponto que os profissionais externos ao campo da saúde passam igualmente a utilizar indiscriminadamente os critérios do que é patológico ou normal, sempre segundo os ditames da medicina. (p. 23)

Por isso, não é de se espantar que muitas vezes profissionais não-médicos utilizem no cuidado de Pedro termos e condutas médicas, não priorizando o que é proposto pela ciência da própria profissão, por exemplo, psicólogos e assistentes sociais não problematizam os conflitos familiares, as dificuldades escolares, as relações estabelecidas, a realidade material, não adentram ou não buscam conhecer o território do usuário. Obviamente que aqui, além da hegemonia do discurso médico, há também outros atravessamentos, por exemplo, a relação com o poder do instituído dentro dos serviços, as instituições de políticas, a história de cada dispositivo ao longo do tempo, etc.

Com o aumento do campo de intervenção da medicina, expande em igual medida a medicalização, também tida como um pilar central na história de cuidado de Pedro. Para Ilich (1976), a medicina é um dos grandes modeladores dos sujeitos, de modo que “o estabelecimento médico se tornou a maior ameaça a saúde” (p. 9). Ilich critica principalmente a medicina industrializada que tende a transformar tudo em mercadoria, isto é, tende a invalidar as capacidades culturais, sociais e individuais na vivência de experiências que fazem parte da existência humana, como dor, morte e doença. Nesse sentido, Ilich (1976, p. 6) afirma que a medicina tem “o poder de encher suas vítimas com terapias que elas foram ensinadas a desejar. O consumidor de cuidados da medicina torna-se importante para curar-se ou curar seus semelhantes”. Segundo Freitas e Amarante (2017), a medicalização acarreta a perda de autonomia dos indivíduos e prejudica uma vida bem vivida.

Sen (2002) afiança que quanto mais uma sociedade gasta com cuidados em saúde, mais a sua população tende a se enxergar doente. Nessa direção, Ilich (1976) diz que o orçamento para a saúde pode explicitar o quanto a população é avida por medicalização. O autor utiliza a expressão “medicalização do orçamento” para sinalizar o quanto a sociedade se tornou dependente do poder da medicina por meio da verificação do quanto o Estado demanda de custo orçamentário à saúde (especialmente de produtos médicos e farmacêuticos).

Para Ilich (1976), se uma sociedade está se desenvolvendo para a garantia do bem-estar e qualidade de vida, se espera que tenha menos doentes. Consequentemente, quanto menos doenças, menos gastos com a saúde, menos profissionais da saúde e, por exemplo, mais profissionais da educação, mais investimento em outras áreas como lazer, cultura, habitação, etc. No entanto, segundo Ilich, “quanto mais existem diferentes teorias com o poder de diagnosticar e definir um tratamento, mais razões existem para renunciar à responsabilidade de transformar o que, no meio ambiente, faz adoecer nosso amigo, e mais a doença se despolitiza” (p. 96). Se fizermos uma relação com o caso de Pedro, lembramos que ele teve uma história de cuidado que perpassou 12 longos anos e o esperado era que tal cuidado focasse na produção de vida, de autonomia, de fortalecimento ou restabelecimento de vínculos e não a cronificação de seu sofrimento. Logo, concordamos com a afirmação de Ilich (1976) citada anteriormente de que quanto mais teorias para diagnosticar e tratar, menores são as chances de transformar a realidade de quem é cuidado.

Em relação à medicalização, Freitas e Amarante (2017) colocam que é operativa e isenta aos sujeitos de assumir as responsabilidades individuais e coletivas na produção do sofrimento. Esse, em grande parte é decorrente da própria produção humana, temos visto que encontrar caminhos para se isentar da participação nessa produção não tem apresentado resultados, mas apenas alimentando o ciclo de (re)produção de sofrimento. Aprendemos com a citação de Ilich (1976, p. 110, grifo do autor): “Parece-me que a medicalização progressiva da linguagem da dor, da resposta à dor e do diagnóstico do sofrimento está em vias de determinar condições sociais que paralisam a capacidade pessoal de *sofrer* a dor”. Fazendo uma analogia a essa citação, podemos dizer que Pedro teve a vida tão medicalizada que teve a sua capacidade pessoal de sofrer a dor paralisada e, de certo modo, silenciada.

Aludimos que na atualidade, as emoções, as vivências, os aspectos gerais de organização da vida, suas implicações, tendem a não ser questionados, mas medicalizados, e em suma tornam-se mercadorias dentro do mundo capitalista. O aumento da intervenção psiquiátrica reflete no aumento da prescrição medicamentosa e, conseqüentemente, na ampliação dos lucros da rede composta pela aliança entre psiquiatria e indústria farmacêutica. O que queremos dizer é que ao longo dos anos a doença deixou de ser um processo de construção social e tornou-se uma construção corporativa, já que a sua classificação, definição, compreensão, sintomas, etc., resultam de interesses corporativos seja da medicina, da indústria farmacêutica ou de outras instituições de poder. A história de Pedro, assim como de outras crianças e adolescentes refletem a lógica perversa do capital.

À vista disso, no percurso de cuidado de Pedro o uso excessivo de medicamentos e diagnósticos foi pouco questionado pelos profissionais que o atenderam (aqui incluindo médicos e outras categorias). No prontuário há o registro apenas de uma psicóloga questionando esse movimento, afirmando: “*Falo sobre a palmatória química como forma de limites familiares, Pedro sempre foi medicado e nunca corrigido*”. Compreendemos que Pedro foi pouco acolhido, compreendido ou auxiliado a lidar com os sofrimentos que decorrem de situações comuns da vida, mas desde cedo foi capturado pelas malhas da psiquiatria.

5.3.4 Os Afetos Silenciados

No caso de Pedro, dificuldades cotidianas envolvendo frustrações, tristezas, vazio e irritabilidade foram paulatinamente sendo interpretadas como sintomas e utilizadas para justificar as mais diversas categorizações diagnósticas. Observamos a falta de mais espaços para que questões centrais da vida que pudessem ser expressas e acolhidas como parte de sua existência-sofrimento e não sendo resultado de transtornos mentais.

Como defendemos anteriormente, para a Psicologia Sócio-Histórica, a linguagem é uma categoria essencial para a construção das ações e das operações internas, assim como para a construção e desenvolvimento do pensamento. Pela linguagem, a criança se comunica com o mundo, com os outros indivíduos, se apropria dos signos, instrumentos e atribui a eles significados e sentidos.

Sua dificuldade em apalavrar o sofrimento, fosse por conta daquelas que aparentemente se relacionavam à esfera da vida privada (como a falta de contato com o pai, a ausência de explicações a respeito do assunto, o vínculo fragilizado que existia entre Pedro e a família, a questão de Pedro não gostar de residir na casa da avó, os sentimentos de vazio e de falta perspectiva de vida) ou daquelas dificuldades que envolviam o contexto escolar, o processo de escolarização e socialização, foram sendo interpretadas como questões intrínsecas e não constituídas a partir das relações que Pedro estabelecia com o mundo. Como nos ensinou Bock (2007, p. 75), o que “nossos jovens estão fazendo, como estão se comportando, deve ser compreendido como fruto das relações sociais, das condições de vida, dos valores sociais presentes na cultura, portanto, como responsabilidade de todos que fazem parte de um conjunto social”.

Aos poucos Pedro foi tendo seus afetos silenciados, como na ocasião de uma consulta quando ele “queixa-se de inquietação” e a queixa foi entendida pelo médico como “ansiedade”, ou ainda “apresenta ansiedade antecipatória e que devido aos sintomas clínicos, têm buscado recorrentemente atendimento clínico”. Esses são alguns dos exemplos em que as queixas de mal-estar e de sofrimento psíquico/emocional vão sendo compreendidas sob o olhar que transforma em sintomas e que quase nunca as relaciona com o significado de ser adolescente nessa sociedade.

Pedro teve seus afetos silenciados não só pelas intervenções gerais de profissionais, ou pela falta de diálogo com a família, mas também pela via do uso e abuso de psicofármacos. Pedro buscava esses medicamentos por todos os lugares e quando não conseguia em um dispositivo da rede, acessava um outro. Há ocasiões/registros que revelam que ele conseguiu adquiri-los em casa ou com amigos. Esse silenciamento dos afetos aparece desde a primeira infância “Maria relata que na infância nunca ninguém

questionou o uso dos medicamentos e também devido às altas doses, o filho nunca estava nervoso ou irritado. Para evitar a frustração durante a infância Pedro sempre ganhava o que queria da mãe, da avó ou da madrinha”.

Com o passar do tempo, Pedro começou a solicitar abertamente medicamentos mais específicos, como é o caso dos benzodiazepínicos. Freitas e Amarante (2017) alertam para o fato de medicamentos psiquiátricos geralmente apresentarem melhoras a curto prazo, mas alertam que a longo prazo os danos são muitos, inclusive com recaídas caso o uso seja cessado. Além disso, não há evidências científicas que comprovem melhoras na saúde e no bem-estar geral de usuários a longo prazo, apesar dos laboratórios farmacêuticos recomendarem o consumo da droga por toda a vida. Em vista disso, a análise do caso também nos revelou que apesar de hipermedicado, não houve melhoras com o uso contínuo dessas medicações, muito pelo contrário, houve agravamento do seu quadro e de muitas de suas expressões de sofrimento.

Pedro solicitava a prescrição de medicamentos para conter e cessar momentos de angústia, demonstrando esperança de que os conflitos vivenciados fossem solucionados pelas “pílulas mágicas” da psiquiatria. Obviamente que a demanda tem relação com a dependência medicamentosa, mas a busca pelos efeitos de relaxamento e de desligamento da realidade, definidos por Pedro como “*uma brisa legal*”, demonstraram que mesmo por poucas horas a substância trazia a “solução mágica” e ocultava o sofrimento dando lugar a sensações prazerosas. Mas após cessar o efeito, a realidade tornava vir à tona, trazendo consigo todas as mazelas da organização da vida e da existência.

Se o cuidado se mantém somente à sombra dos diagnósticos e de medicamentos, outros aspectos da vida que causam sofrimento não são problematizados, não são discutidos, não entram em cena. Assim, Pedro permanecia visto como um “doente”. Nesta direção, Freitas e Amarante (2017) observam que:

Produzir *doentes* e construir seu papel na sociedade são mecanismos fundamentais para a reprodução econômica e política do sistema, pois tal produção gera lucros e garante poderes não apenas aos profissionais de saúde, mas também para outros agentes político-econômicos. O papel de *doente* é igualmente funcional para as interações interpessoais, sob o ponto de vista da cultura e da sociedade. E, muito particularmente, influencia na formação da subjetividade propriamente dita. O portador de uma determinada doença dá sentido a determinadas representações sociais (cultura), reitera normas de interações existentes (sociedade) e se constitui como sujeito (subjetividade). (p. 18, grifo dos autores)

O papel do doente é o de não funcionar conforme espera a sociedade capitalista, especialmente de desenvolver as atividades cotidianas que gerem lucro. Outro ponto

importante é reconhecer que a relação médico-paciente é socialmente condicionada, a qual permite que se aborde o que é socialmente construído em torno da doença e o que é relativamente objetivo em torno dela (Freitas & Amarante, 2017). Portanto, estar doente é uma construção social que envolve percepções subjetivas e interações com o ambiente. Tendo isso em vista, os diagnósticos de Pedro e suas concepções de ser/estar doente (que fazem com que ele busque constantemente diferentes dispositivos de saúde), são retroalimentadas por sua rede de relações: por Maria, por Luiz, pela avó, bem como pelo psiquiatra, psicólogos, assistente social, escola e demais profissionais que paulatinamente reafirmavam os diagnósticos que reforçavam a imagem de um Pedro doente.

Como dito anteriormente, os processos de psiquiatrização e medicalização se entrecruzam e se articulam entre si. Os diagnósticos estão sempre atrelados ao uso de determinados medicamentos, de modo que o funcionamento parece ocorrer em uma via-dupla: a indústria farmacêutica necessita dos transtornos mentais e da nosologia diagnóstica para a fabricação e comercialização de suas drogas, em contrapartida, a psiquiatria necessita de medicações que sustentem o tratamento de seus próprios diagnósticos. Nas palavras de Guarido (2007, p. 154):

Há aí uma inversão não pouco assustadora, pois na lógica atual de construção diagnóstica, o remédio participa da nomeação do transtorno. Visto que não há mais uma etiologia e uma historicidade a serem consideradas, pois a verdade do sintoma/transtorno está no funcionamento bioquímico, e os efeitos da medicação dão validade a um ou outro diagnóstico.

A biologização das emoções/afetos foi discutida por Silva (2011, p. 240), que nos alerta o quanto o desenvolvimento afetivo humano tem sido concebido de modo fragmentado, reduzido “aos seus aspectos naturais e imediatistas (...), que produz ideologias que imputam aos indivíduos a total responsabilidade pelo seu sucesso ou fracasso”. Lembra que Vigotsky, ao estudar a afetividade humana, composta pelas emoções e sentimentos, buscou superar os dualismos presentes na psicologia como a separação entre corpo-mente, razão-emoção.

A afetividade é a base que permite a construção e a manutenção dos nossos laços afetivos e sociais. Freitas e Amarante (2017) destacam que os psicofármacos dificultam o estabelecimento e o desenvolvimento das relações interpessoais “ao alterarem o modo como seus pacientes reagem emocionalmente às situações corriqueiras, movidos que estão pela promessa de felicidade artificialmente criada. A promessa de que trazem a felicidade é um mito nefasto para a sociedade” (p. 87).

Não negamos a multideterminação do sofrimento, porém acreditamos que o uso excessivo desses medicamentos, desde a tenra infância, pode produzir rebatimentos e corroborado para a suposta dificuldade de Pedro em lidar com as frustrações e outros afetos, em controlar sua conduta, já que ininterruptamente foi medicado e aparentemente pouco estimulado em seu desenvolvimento autônomo. Em outras palavras, é como se, a partir do momento em que a droga psiquiátrica é eleita como responsável pelo controle voluntário do comportamento, nada mais precisasse ser feito em termos de mediações.

Os afetos e emoções não são processos naturais, intrínsecos ao sujeito. Sabemos que o controle voluntário do comportamento depende do desenvolvimento das funções psicológicas superiores e que só se desenvolvem por meio da mediação. Como vimos, no desenvolvimento humano há uma relação dialética entre os interesses e o comportamento. E, no caso da adolescência, há o aparecimento e ampliação de novas motivações e necessidades internas que passam a determinar sua conduta. Logo, a inserção desse adolescente em uma dada realidade social é que permitirá ou impedirá que ele se desenvolva.

Suas dificuldades são relatadas tanto por Maria quanto pelos profissionais de saúde que o atenderam, a partir de frases como: “*as sessões com Pedro demonstraram a dificuldades em lidar com frustração*”. Aparece também na estratificação de risco em saúde mental, quando o documento traz as anotações do tipo “*o adolescente é intolerante a frustração*” ou no seu prontuário a partir das percepções do profissional que “*percebe que Pedro é compulsivo e depressivo, além de não tolerar frustração*”. Por vezes, no atendimento ambulatorial, registros cujo profissional afirma em suas observações sobre o estado de Pedro “*facilmente irritável; baixo limiar frustratório*”.

Além disso, o uso de drogas psiquiátricas também aparece relacionado ao aumento de casos de suicídio, principalmente entre crianças e adolescentes, uma vez que “são pílulas que removem as emoções fortes e fracas, que, de acordo com alguns pacientes, fazem que se sintam como ‘se fosse um queijo dentro de uma caixa’” (Freitas & Amarante, 2017, p.87, grifo dos autores). As ideações e tentativas suicidas são, inclusive, listadas em algumas bulas medicamentosas como um possível efeito colateral, como é o exemplo da ritalina e da venlafaxina.

Sabemos que o suicídio é um fenômeno sócio-histórico complexo e multideterminado, que precisa ser compreendido como expressão da existência-

sofrimento, produzido e alimentado pela vida em sociedade²⁵. E, mesmo sem aprofundar as reflexões que essa temática pleiteia, queremos aqui observar que paradoxalmente as ideias e tentativas de morte de Pedro perpassam justamente o uso abusivo das pílulas que acreditavam poder curá-lo.

Pedro sucessivas vezes tentou suicídio por ingestão medicamentosa, como confirmam os registros “*relato de tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa. Apresenta comportamento autolesivo e angústia constante*”; ou “*diz pensar em suicídio a todo tempo*”; e ainda que “*apresenta isolamento e distanciamento dos amigos*”. Além disso, se partirmos da hipótese de que tais medicamentos “removem” ou “silenciam os afetos”, nos deparamos com diversos registros de atendimentos em que referia se sentir vazio, angustiado e sem perspectivas, ou, nas próprias palavras de um dos profissionais que o atendeu “*humor deprimido, isolado, afeto triste, vazio crônico, discurso de ruína, ideias de morte, planejamento de suicídio, imprevisibilidade*”; ou que apesar dos atendimentos “*continua sem sentido de vida*”.

Fora esses efeitos, evidências científicas apontam para o fato de que drogas psiquiátricas criam dependência química, sendo que o abuso dessas substâncias aumentou consideravelmente e tem se tornando um problema de saúde pública; abuso que, segundo Hernández (2010), tem aumentado mais rápido que o abuso das drogas ilícitas.

Nesse sentido, Freitas e Amarante (2017) ajuízam que a mídia oficial divulga que as drogas ilegais são uma das maiores adversidades da sociedade atual, “no entanto, levando-se em consideração o número de consumidores das drogas legais compradas em farmácias, muito provavelmente são as drogas psiquiátricas aquelas que mais danos produzem” (p. 111). Na história de Pedro, as drogas ilegais entram tardiamente em sua trajetória de cuidado e tal uso ocorre após anos de consumo exacerbado de drogas psiquiátricas, das quais Pedro já se mostrava dependente.

Os danos são agravados com o uso de benzodiazepínicos. A literatura recomenda que o uso desses medicamentos seja por um curto período e com as menores doses possíveis, em virtude da tolerância e a dependência que ocasionam. Conforme Xavier (2010, p. 16), “o uso de benzodiazepínicos em doses terapêuticas, numa base diária por mais de quatro meses, constitui fator de risco para o aumento da toxicidade, especialmente déficit cognitivo e desenvolvimento da dependência”. Para o autor, quando se desenvolve

²⁵ Para acessar uma discussão mais ampla sobre o fenômeno do suicídio na adolescência, indicamos a dissertação de Palmieri (2021).

a dependência o sujeito desenvolve comportamentos que visam à busca, aquisição e consumo da droga, o que aumenta a frequência do usuário aos dispositivos de saúde.

Por diversas vezes Pedro solicita a prescrição de benzodiazepínicos e quando não os consegue, acessa outros dispositivos para acabar recebendo uma dose da medicação. Pedro também verbaliza os efeitos de bem-estar proporcionados momentaneamente pelo uso dessa medicação, mas que após passar o efeito, passa a querer mais e mais. A dependência aparece em diversas situações, *“afirma que procurou pelos benzodiazepínicos que o tio faz uso, mas não encontrou as medicações”*; solicita prescrição de *“um remédio que ajude na ansiedade, tipo alprazolam”*; *“Relata pesquisas frequentes na internet sobre ‘xanax’; ‘solicita prescrição do mesmo alegando que ‘a outra psiquiátrica também achou interessante’; ‘o profissional revisa o prontuário e constata múltiplos atendimentos, inclusive prescrição de benzodiazepínicos’; ‘associando a piora ao término do uso de benzodiazepínicos, ‘geralmente eu tomava bem mais que o indicado, tipo, traz uma sensação de bem-estar esse remédio, depois que passa o efeito, você vai querer mais’; ‘solicitou medicação somente para quando estiver em crise, ‘tipo xanax’”*.

Vale destacar que nem sempre a prescrição de uma droga psiquiátrica é realizada de acordo com o que foi aprovado pelas agências reguladoras. Segundo Freitas e Amarante (2017), o termo correto que designa essas prescrições é *off-label*, o qual indica:

(...) o uso de drogas farmacêuticas para uma indicação não aprovada, um grupo etário não aprovado, uma dosagem não aprovada, e uma forma de administração não aprovada. Apesar da *não aprovação*, seu uso não é considerado ilegal, sendo, portanto, prescrito conforme o juízo médico. (p. 92, grifo dos autores)

Portanto, apesar de muitas vezes as prescrições estarem fora das normas, o médico continua impune para exercer o seu mandato. A medicalização mantém a cronificação do transtorno, dos sintomas, do sofrimento e o silenciamento dos afetos, sem que esses sejam compreendidos em sua relação com o mundo, com o modo de organização da vida material e por meio das relações que estabelecemos. Apesar do profissional salientar a importância da vigilância no uso das drogas psiquiátricas, a prescrição continua sendo a ação prioritária no seu “processo de cuidado”.

Isso não significa dizer que não houve iniciativas e que nenhum profissional cogitou ou compreendeu os danos e os riscos causados pelo uso contínuo das drogas psiquiátricas – riscos que são aumentados com a alteração constante da dosagem utilizada. Graças a esses profissionais, são executados projetos e ações que visavam a RD causados pelo uso abusivo de psicofármacos.

Breggin (2013; 2012) descreve experiências de RD pelo uso de drogas psiquiátricas, como o *Programa de Desmedicalização em Clínicas de Atenção Psicossocial*. Mas, destaca que para que ocorra a RD, são imprescindíveis o vínculo e o diálogo com o usuário, assim como o respeito à sua autonomia e tomada de decisão. Para Breggin (2013), a melhor forma de desmedicalizar é criar melhores condições de vida e estabelecer relações saudáveis uns com os outros, de modo que seja possível passar pelas experiências que gerem algum desconforto ou sofrimento sem que haja a necessidade de recorrer aos remédios.

No caso de Pedro, em sua trajetória pela rede de saúde, poucas foram as iniciativas que visavam a desmedicalização ou estratégias de RD do uso das drogas ilícitas e principalmente, do uso irracional das lícitas. As ações de RD em relação às drogas psiquiátricas deveriam se equiparar às ações que são desenvolvidas frente ao uso das drogas ilícitas. Em ambos os usos, a ética do cuidado nos pede o acolhimento, a escuta, as ações no território e um cuidado para além do biomédico, cujo investimento maior seja no vínculo. Ações que adentrem a vida cotidiana, mediando condições que favoreçam novas formas de estar, sentir e agir no mundo, que favoreçam o desenvolvimento integral, a produção de vida e seu enriquecimento como um todo.

5.3.5 As (im)possibilidades da RD na adolescência

Começamos a discussão dessa última categoria destacando o lugar do vínculo de Pedro com os profissionais, nos seus processos de trabalho dentro dos serviços. Como já dito no decorrer deste trabalho, o vínculo precisa perpassar todas as ações e relações, pois é por meio dele que se garante o desenvolvimento da autonomia, da produção de vida e saúde, delineadas no encontro entre o usuário e os trabalhadores que se responsabilizam por ele. Um bom vínculo é imprescindível para a implementação de ações de RD, no entanto, no caso de Pedro, o vínculo vai se fazendo e sendo fragilizado por diversos fatores, os quais discutiremos aqui na busca de sua compreensão.

Primeiro, lembramos que temos como orientação para a organização das políticas de saúde mental infantojuvenil que crianças e adolescentes sejam compreendidos como responsáveis por sua demanda, por seus sintomas e que não será tomada a palavra de terceiros como sua representante. O que acontece com Pedro, muitas vezes, é que a demanda de Maria e Luiz acaba compreendida pelos serviços como demanda de Pedro, “*Maria refere que Pedro tem mudado de comportamento, diminuindo as queixas de*

depressão e cessando as tentativas de suicídio, mas desconfia que esteja fazendo uso de substâncias psicoativas"; ou que *"Luiz informa que Pedro não deseja tomar as medicações prescritas ou dar continuidade ao tratamento"*; *"explica via telefone que Luiz poderá fornecer todas as informações a respeito de Pedro"*. Tais anotações contidas no prontuário representam as situações que as informações e decisões não foram fornecidas por Pedro, mas por sua mãe e/ou por Luiz, e que, logo em seguida, foram transformadas em demandas do adolescente.

Outro fator que aqui merece destaque, porquê impede a construção de um bom vínculo com o usuário, é a ausência do encaminhamento implicado e o compartilhamento do cuidado com uma rede mais ampliada. No caso de Pedro, as ações intersetoriais aparecem na forma de orientações ou encaminhamentos aparentemente burocráticos, sem necessariamente a implicação do serviço que encaminhou, como exemplo temos os registros *"encaminhamento para neurologista para reavaliação"*; *"Maria reclamou que não teria como comparecer ao grupo de família sem o fornecimento de vale-transporte. Foi orientada a ir ao CRAS"*. Conquanto, existem ações que podem sinalizar tentativas de compartilhamento desse cuidado com rede e estão registradas como *"realizada discussão em rede"*; *"reunião de matriciamento"*; mas que não nos permitiram compreender quais encaminhamentos e decisões foram tomadas nesses encontros.

O processo de cuidar em saúde mental precisa ir além da prática clínica tradicional, isto é, precisa envolver outros setores, instituições e sujeitos que compõem a rede relacional do usuário. No caso de Pedro, há predominância de ações médico-centradas e ambulatoriais, assim como valorização da psicoterapia individual, ações que segundo Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), vão ao encontro do paradigma manicomial. Além disso, situações que necessitavam de articulação com a rede intersetorial, como as dificuldades de convívio no ambiente escolar, não geraram registro de ações que buscassem a compreensão do porquê desse contexto lhe trazer sofrimento.

Quando se trata de saúde mental infantojuvenil, a articulação entre a saúde e a educação é imprescindível para o cuidado. Algumas publicações atestam (Ministério da Saúde, 2014a; 2014b) que ambientes escolares constituem locais privilegiados para a promoção de fatores protetivos e para a detecção de fatores de risco ao desenvolvimento de crianças e adolescentes. Obviamente que não é e não deve ser papel da educação a detecção e o diagnóstico de patologias, mas a escola pode favorecer a promoção de vida, de sentidos, de um desenvolvimento saudável, assim como pode ser também produtora de sofrimento. O que queremos aqui destacar é que o espaço escolar pode ser local de

acolhida, aceitação, reflexão sobre os mais diversos temas e vivências que afetam psicologicamente nossas crianças e adolescentes.

Não é raro na efetivação do trabalho do serviço de saúde com a escola ter que desconstruir a demanda, já que, como refletimos, muitas demandas escolares têm sido transformadas em demandas da saúde. No caso de Pedro, lá no início de sua trajetória na rede de saúde, quando começou o processo de medicalização foi por conta de queixas de agitação:

Pedro tinha três anos quando o neurologista receitou o uso de ritalina e risperidona. Mas mesmo com o uso, a avó alegava que Pedro continuava agitado (pulando o muro, subindo nos móveis e objetos) e conforme o médico ouvia essas queixas, aumentava as doses do medicamento. Maria afirma que às vezes o filho ficava sedado. Pedro usou grandes doses de ritalina e risperidona dos três aos quinze anos de idade

Essa agitação também compõe “A queixa escolar era de agitação e desatenção”. Entendemos que essa demanda poderia ter sido desconstruída sem que, talvez, fosse preciso lançar mão da medicação como principal recurso de cuidado, pois a agitação, o subir em móveis e muros, o manusear objetos, são comportamentos esperados de uma criança que está conhecendo o mundo.

Como discutimos na seção II, o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes requer a construção de um PTS no qual o sujeito seja o foco do cuidado, para tanto, ele precisa ser considerado ativo no próprio processo de cuidar. No caso de Pedro, não observamos envolvimento e protagonismo na elaboração do PTS, o que ocorre é a oferta de um leque de ações que o serviço tem disponível, sem a construção conjunta das ações. Muitas vezes, é a equipe que decide quais serão as ações, sem que ocorra a participação de Pedro nas escolhas e decisões, sendo posteriormente informado a respeito.

Observamos dificuldades na organização de um trabalho de construção conjunta, compartilhada e corresponsável de cuidado entre os serviços, Pedro, família, etc. Alguns relatos referem a transmissão de informações entre um serviço e outro, algumas vezes são utilizados no prontuário termos e conceitos preconizados pela própria política de saúde, mas que no decorrer do caso não confirmam surtir o efeito esperado.

Apesar de preconizado, o apoio matricial quando aparece em sua trajetória, não aparece detalhes e avaliação de seu desdobramento. Logo, escrevem “*reunião de matriciamento e estudo de caso com equipe multiprofissional do CAPSi*”; ou “*caso discutido em reunião de saúde mental com a psicóloga da atenção básica que encaminhou Pedro para o CAPSi após o agravamento dos sintomas*”. Aparece ainda que

“fica decidido pela equipe manter as atividades em grupo para Pedro e ofertar para os responsáveis”; “discussão do PTS pela equipe do CAPSi”; “realizada discussão de caso em reunião de equipe, sendo acordado verificar técnico para atendimento individual”; “discussão de caso em equipe no CAPSi. Acordado em agendar horário com psicóloga para Luiz e Maria”.

Em outros momentos, observamos o movimento de oferta de oportunidades para a discussão do caso, mas não com Pedro e sim com Maria. Em que pese essas tentativas, devido talvez a um possível desgaste do vínculo entre o serviço e a família, não aparece um seguimento das discussões, *“é solicitado que a mãe ligue para o CAPSi e diga o que demanda para o cuidado de Pedro, pois é necessário que ela se envolva no cuidado”; “É oferecido também a elaboração de PTS para o fortalecimento do vínculo mãe-filho e para a reflexão das dinâmicas familiares”.*

Posto isso, relembramos que a Política Nacional de Álcool e Outras Drogas – antes das atuais publicações – visava a reorientação do modelo assistencial, anteriormente caracterizado pela orientação hospitalocêntrica/manicomial, conforme apresentamos na seção II. As transformações no campo a partir da Lei nº 10.216 de 2001, buscaram implantar serviços de base comunitária e territorial, composta por ações que visavam a garantia do acesso ao cuidado em saúde mental de forma mais ampliada. Em especial, os serviços de saúde mental para crianças e adolescentes deveriam:

Assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, o que inclui ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas, tendo-as como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições (Ministério da Saúde, 2014a, p. 27).

O prontuário traz o relato de que, por exemplo, Pedro não gostava de residir na casa da avó, que existiam dificuldades nos vínculos familiares. No entanto, não há registro visitas domiciliares. Essa ausência de registro nos incita a pensar a dificuldade dos serviços de adentrarem o território do usuário. Há, em todo prontuário, um único registro de solicitação de visita domiciliar, mas sem detalhes de que a mesma fora realizada.

O trabalho psicossocial dos CAPS's deve ser prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias, reuniões, matriciamento, discussões de caso, etc.), mas podem também ser ofertadas ações de cunho individual (Ministério da Saúde, 2014a). No entanto, o que notamos no caso de Pedro é inversão dessa lógica, pois foram priorizadas

ações de cunho clínico-individual, como consultas médicas e atendimentos psicoterápicos.

Outro aspecto que é importante lembrar é que o CAPS também deve acolher os momentos de crise, que são as situações de maior fragilidade do usuário, sendo importante e necessário que tenha um profissional de referência em seu acompanhamento. O manejo da crise é melhor realizado quando existe um vínculo prévio com o usuário, por esse motivo, “os serviços que fazem acompanhamento longitudinal (como é o caso das equipes da Atenção Básica e dos CAPSi) podem ser mais efetivos, pois os profissionais conhecem a história do sujeito, o contexto em que se desencadeou a crise (...)” (Ministério da Saúde, 2014a, p. 37). Espera-se, então, que esses serviços invistam nos vínculos de confiança com seus usuários para que, caso vivenciem uma situação de crise, encontre neles o apoio necessário.

Contudo, o que notamos no caso de Pedro é a tendência de, nos momentos de crise, privilegiar-se o atendimento na EP municipal. Em algumas ocasiões o CAPSi e a UBS orientam: “*Luiz é orientado pelo CAPSi sobre o atendimento na EP e que caso a equipe de lá julgar necessário Pedro será internado*”; ou como expressa outro registro “*Luiz é orientado a procurar a EP novamente caso julgue necessário*”; e “*o CAPSi esclarece que caso haja necessidade podem levar Pedro para uma consulta na EP, já que é um serviço de porta-aberta e a própria equipe do serviço avaliará a necessidade ou não da internação e para onde o adolescente será encaminhado*”.

Destacamos aqui que a atenção à crise é um dos pontos mais frágeis que precisa ser melhorado para a construção de um cuidado psicossocial na rede substitutiva. O esperado é que a crise dentro da RAPS seja compreendida não pelo viés patológico da psiquiatria, mas conforme nos lembra o CRP (2013, p. 97):

A crise do sujeito, ou o conflito que não encontrou lugar na subjetividade e por isso tornou-se insuportável e transbordou, precisa ser escutada naquilo que esta produz de tensionamento, ruptura ou conexão com os laços sociais. Mudando a abordagem, muda-se, também, a resposta. Não mais traduzida como senha para a perda da cidadania, a crise pode ser inscrita e tratada buscando a responsabilização possível, naquele momento e o consentimento do sujeito/cidadão com o tratamento. As intervenções, não mais exteriores e traduzidas pela razão, orientam-se pela palavra do sujeito.

Além do mais, caso a crise necessite de recursos hospitalares é recomendado o seguimento do cuidado extra-hospitalar, preferencialmente pelas equipes do CAPSi e pela UBS do território, de modo que seja favorecida a retomada da vida, dos vínculos e das

atividades cotidianas assim que sanado o período de crise (Ministério da Saúde, 2014a; 2014b).

No caso de Pedro, notamos a fragmentação do cuidado, pois mesmo quando ele passa por períodos de internação na rede hospitalar, é encaminhado apenas um relatório à UBS e registrado na sequência o recebimento – *“recebimento de relatório de alta hospitalar com classificação AD 02”* – mas, aparentemente não é dada a continuidade do acompanhamento. Além do mais, é notório que com a intensificação do sofrimento – tanto de Pedro, quanto de sua família – a internação ou a busca por ela se torna frequente. Os comportamentos autolesivos e as tentativas de suicídio se tornam mais constantes, assim como o uso de substâncias ilícitas, e Maria passa a exigir a internação do filho, *“em outubro de 2019 Luiz entra em contato com a psicóloga da UBS e informa que Pedro encontra-se internado na EP após um episódio de intoxicação”*; *“Luiz é orientado pelo CAPSi sobre o atendimento na EP e que caso a equipe de lá julgar necessário Pedro será internado. Luiz refere que já tiveram orientação da EP que encaminhou Pedro para internação no Hospital Psiquiátrico, contudo ele e Maria gostariam que a internação ocorra na EP”*; *“Luiz recebe orientações que caso Pedro não seja internado retornem à ligação para agendar um horário com a equipe técnica responsável”*.

Há ainda registros de que foram repassados relatórios ou informações ao CAPSi a respeito do período de internação do adolescente, mas da mesma forma que acontece na UBS, a informação por si parece não alterar a forma como vem se dando seu acompanhamento. Vale aqui a ressalva de que a internação deveria ser o último recurso a ser acionado depois que fossem esgotadas todas as outras possibilidades de cuidado no território. E, caso necessário, deveria prezar pela brevidade e ser articulado aos dispositivos de cuidado longitudinal.

Considerando os aspectos até aqui levantados, notamos o modelo manicomial permanecendo e orientando o modo como Pedro vai sendo acolhido (ou não) nos serviços de saúde/saúde mental. Primeiro, apesar de ocorrerem (como descritas anteriormente), são poucas as notificações da rede de emergência ao CAPSi a respeito dos acessos constantes aos seus dispositivos, incluindo períodos de internações e administração de medicações psiquiátricas. Segundo, é apontado as dificuldades dos CAPS's em acolher situações de crise, mesmo que esta seja uma de suas prerrogativas.

Lima *et al.* (2012) afirmam que as dificuldades dos CAPS's em lidar com situações de crise podem estar relacionadas à

a) falta de preparo dos profissionais para lidar com a crise; b) falta de retaguarda de outros equipamentos de saúde para auxiliar o CAPS; c) resistência e rejeição em relação aos usuários em crise nos equipamentos gerais de saúde (os não especializados em saúde mental), mesmo quando acompanhados pelo profissional do CAPS; d) insuficiência da capacidade institucional para o atendimento de demanda (...) e de atenção à crise ou situação de emergência; e) dificuldades materiais, sociais e/ou afetivas, por parte das famílias, de suportarem a crise dos seus membros. (p. 430)

Além disso, as autoras reiteram que a despolitização do cuidado – principalmente com os efeitos dos retrocessos da política de saúde mental que inviabiliza algumas ações – tem contribuído para “a ideia, disseminada entre alguns familiares, de que as “crises brabas” só são resolvidas no hospital psiquiátrico” (Lima *et al.*, 2012, p. 431). Concordamos com as autoras quando mencionam a importância do investimento em tecnologias leves e leve-duras²⁶ para o cuidado de situações de crise, o que implica necessariamente investir no vínculo entre o usuário e o profissional.

Aqui retornamos novamente a questão do vínculo como fio condutor do cuidado em saúde mental infantojuvenil. Segundo o CFP (2013, 98, grifo nosso):

Mais que qualquer outro recurso, o que a prática nos CAPS revela de mais potente é que é **o vínculo o recurso que melhor trata o sofrimento**. É esta ferramenta, se quisermos assim nomear, que reveste todos os recursos disponíveis e possíveis de serem utilizados de sentido terapêutico e os tornam potentes na resposta. (...) E aqui é preciso considerar as dimensões singular e coletiva dos vínculos. No plano micro, a importância do vínculo com um técnico específico e no coletivo ou macro, o vínculo com um serviço. A desconstrução do manicômio é também e de modo sensível, um processo de substituição de referências, de reendereço do pedido de resposta à dor, antes dirigido à instituição total, a lugares e sujeitos que assumem a responsabilidade ética de cuidar e funcionar como suporte para a vida de sujeitos/cidadãos vulneráveis e sempre em vias de exclusão social.

No caso de Pedro, os registros apontam um bom vínculo com a psicóloga da UBS, mas após essa sair de licença maternidade, Pedro expressa dificuldades em estabelecer vínculo com outro profissional da rede. Em especial, no CAPSi, os registros apontam que Pedro gostava de participar da atividade do grupo *Arte e Livre Expressão*, tanto que é

²⁶ Merhy (1999) explica que é tecnologia leve-dura, porque é leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura, na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado (p. 307). Sendo leve, ela traduz: “momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação” (p. 308). A tecnologia leve se remete então ao processo de relações inerentes a qualquer encontro entre o usuário e o profissional, pelo caráter relacional, que anuncia certa forma de agir entre os sujeitos implicados com a produção de saúde (Merhy, 1999).

uma das poucas atividades que aceita participar. Este grupo é coordenado e executado pelas estagiárias de psicologia.

O que queremos dizer com essa informação?

Que Pedro, para se vincular a um serviço, precisaria de um profissional de referência, um profissional com quem constrísse um bom vínculo. Esse fato acarreta dificuldades no manejo das situações de crise. A falta de estabelecimento de vínculo é inclusive percebida pelos profissionais, *“O profissional registra que tem a sensação de que Pedro não consegue relaxar durante o atendimento”*; ou que *“O profissional observa no prontuário a necessidade de melhorar a estruturação da vinculação com Pedro, afirmando que a tentativa de uma maior autonomia para o adolescente pode ser uma estratégia”*.

Destacamos que a adesão ao cuidado nos serviços substitutivos requer práticas criativas que mantenham o compromisso com a garantia de direitos. Tais práticas devem englobar a ética da liberdade e do respeito às diferenças, sendo que “grande parte da experiência cotidiana de técnicos, usuários e familiares não encontra referência em nenhuma teoria ou disciplina. Não está previsto em nenhum manual de Psicologia ou qualquer outra disciplina e nem sempre se formaliza como saber teórico” (CFP, 2013, p. 95).

Em vista disso, a rede se constitui a partir das próprias ações de cuidar, de modo que os profissionais são tão responsáveis politicamente quanto os gestores pela construção dessa rede, embora suas tarefas sejam bem distintas. Por fim, citamos a seguinte definição de rede:

Estar em rede também é estar em movimento. Nenhum dos dispositivos ou pontos de cuidado funciona fechado em si mesmo, e aumentam sua potência quando se articulam em rede. Guimarães Rosa definiu rede como “uma porção de buracos atados por pedaços de barbante”. Ou seja, malha aberta, com furos ou espaços para a criação de possibilidades. Mas ainda, malha na qual os usuários podem descansar sua loucura. Uma, entre as múltiplas redes que compõem a cidade, uma rede de saúde mental é ponto de ancoragem. É lugar de hospitalidade e fio que ajuda a construir laços com o outro. (...) Lugar da contradição, mas também das possibilidades de encontros e saídas, da tessitura de redes afetivas e materiais, entre outras, a cidade é a escolha ética da reforma psiquiátrica para inscrição e exercício da clínica cidadã do sofrimento psíquico. (CFP, 2013, pp. 103-104)

Outro elemento que merece destaque e que para nós expressa a preponderância do modelo manicomial, é o uso da chamada Estratificação de Risco em Saúde Mental, que em partes define o lugar do sujeito na rede. Como explicado na seção II, esse instrumento reúne vários sintomas e termos psiquiátricos e os agrupa em seis grupos diferentes. Cada

sintoma corresponde a uma pontuação e, se ao fim do preenchimento do instrumento for atingida a pontuação da categoria de “alto risco”, o usuário é encaminhado para a atenção especializada na rede de saúde.

Esse instrumento diz muito sobre a lógica manicomial que pretende manter-se prevalente no cuidado em saúde mental. É um instrumento no mínimo controverso, por muitos motivos. Primeiro, é composto majoritariamente por termos psiquiátricos, não englobando em nada questões sociais da vida do sujeito; segundo, reforça a ideia de reduzir e enquadrar o sofrimento a termos técnicos (psiquiátricos), sendo o preenchimento na maioria das vezes realizado por profissionais que não compreendem o significado de grande parte dos termos que compõem a estratificação; terceiro, é um documento que deveria ser interno e preenchido pelos profissionais após avaliação, não em forma de entrevista na frente do usuário. Por ser um documento interno não deveria ser entregue ao sujeito. Quarto, a estratificação de risco na maioria das vezes serve para apaziguar o sofrimento profissional e não do usuário, o que significa que quando o profissional não sabe lidar com o sofrimento do usuário, faz uso da estratificação de risco para encaminhá-lo para outro serviço de forma não responsável (“passando a bola”), sob a equivocada justificativa de que demandas de “alto risco” não devem, por exemplo, permanecer na AB; e quinto, mas não menos importante: o usuário não encontra lugar, já que não raras as vezes a estratificação é refeita na atenção especializada, e caso não alcance a classificação de “alto risco” o usuário é contrareferenciado para a AB.

Pedro quando procura o CAPSi chega ao serviço com a estratificação de risco em mãos (fornecida pela UBS), informações importantes, mas que poderiam ser repassadas ao CAPSi por meio de um encaminhamento implicado e participativo, visto que o usuário não deveria ser responsabilidade de um único serviço, mas de toda uma rede.

Nesse instrumento consta um campo para estratificar os usuários de álcool e outras drogas. Mas, antes de avançar nesse mérito gostaríamos de retomar aqui um importante atravessamento do cuidado que tem sido cada vez mais notado quando se refere ao público infantojuvenil. Nos referimos à exigência de determinadas ações de cuidado pelos membros do Conselho Tutelar ou pelo judiciário, seja por meio de ofício ou de outros meios.

Esse tipo de interferência aparece no caso de Pedro quando o Ministério Público envia Ofício solicitando agendamento de horários para atendimento, assim como consta registros de horários agendados a pedido do Conselho Tutelar. O recebimento de ofícios e determinações do Conselho Tutelar e da Vara da Infância e Juventude tendem a ser mais

recorrentes quando se trata de sujeitos com demandas relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Zaniani (2015) observa que a judicialização da atenção em saúde mental infantojuvenil tem contribuído para a compreensão de que “qualquer uso de substâncias psicoativas é sinônimo de patologia, que a internação é a medida mais indicada e que ela pode ser feita à revelia do desejo do sujeito” (p. 144). Vicentin *et al.* (2010b, p. 270) compreende quão frágil é a relação que se estabelece nesse processo em que “a terapêutica tende a se confundir com a pena ou quando tratamento e castigo assumem a mesma forma, principalmente nos casos de imposição de tratamento por uso de drogas”.

Conforme Zaniani (2015, p. 144) observa “a judicialização da assistência se expressa na imposição, por parte da autoridade judicial, aos adolescentes (...) de tratamento clínico, especialmente psicológico e psiquiátrico em clínicas, Comunidades Terapêuticas e como vimos, agora também no CAPSi”. Nesse sentido, ao obrigar a inserção no tratamento seja psicológico, psiquiátrico ou qualquer outro, a saúde se transmuta de um direito em um dever, o que acarreta uma série de resistências do adolescente para com as ações de cuidado do serviço e principalmente prejudica o estabelecimento de vínculo com os profissionais (Vicentin *et al.*, 2010b). Nesse sentido, concordamos com Zaniani (2015, p. 145) ao lembrar que

Com isso registramos nossa preocupação ante a constatação de que as medidas que respondem formalmente pela insígnia da proteção nem sempre protegem, que as socioeducativas nem sempre educam, e mais, que o discurso e a prática da proteção inversamente produzem uma série de práticas normalizadoras que disfarçam em muitos momentos a tutela e culminam em outras tantas e sutis formas de punição e exclusão.

Como já dito, a judicialização tende a ser maior quando envolve necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Em relação ao uso de substâncias ilícitas, verificamos que no caso de Pedro tal uso foi secundário. Por anos esse uso não aparece nos prontuários, surgindo apenas nos últimos meses de acesso. E, quando Pedro tenta trazer essas informações para o centro dos atendimentos, é de certo modo silenciado pela postura e questionamentos profissionais, que pelos registros parecem muito próximos da lógica proibicionista.

De tal modo, quando é questionado, Pedro se esquiva, pois parece não sentir abertura e espaço para dialogar sobre o tema. Tais situações reiteram a fragilidade do vínculo entre Pedro e os profissionais. Além do mais, parece não haver diálogo quanto aos benefícios que Pedro relata sentir com o uso de cannabis, aparentemente há apenas a

repressão do uso, “*Pedro questiona sobre associação de etílicos e suas medicações, realizadas orientações. O profissional questiona se Maria tem conhecimento sobre o uso de etílicos*”; ou “*Pedro parece irritar-se facilmente, especialmente frente as tentativas de compreensão de padrões de uso e situações de risco quanto ao uso de etílicos*”. Há também registros que atestam que ele “*Apresenta dúvidas frequentes sobre o uso de cannabis, questionando sobre seu uso terapêutico. Entretanto, após ser questionado alega não estar em uso*”. Em outros momentos, “*Refere uso de cannabis e afirma que usá-la o ajuda a melhorar*” e “*Refere estar fazendo uso de etílicos, mas quando questionado a respeito da frequência responde “ah, sei lá! De vez em quando, quando tem rolê*”. Quando parece tentar comunicar algo, o profissional maneja a situação assegurando “*(...) que não há níveis seguros de uso de spa e derivados etílicos*”.

Essas anotações demonstram que ainda é prevalente nos serviços a respeito do uso abusivo de álcool e outras drogas certa lógica proibicionista, que oferece base para o vigor das ações biomédicas, conforme abordado na seção II desse trabalho. Obviamente, não estamos querendo aqui negar os riscos do uso irrestrito de álcool e outras drogas na adolescência. Compreendemos que todo uso oferece riscos, mas defendemos que esse uso seja problematizado, compreendido dentro das condições concretas de vida de cada sujeito, que é preciso não negar sua existência e criar, ao menos, espaços de escuta e acolhimento.

Nesse sentido, destacamos a realização do VIII Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, que teve como tema “*Álcool e Outras Drogas: Atenção Integral e Inclusão*” e defendeu que o consumo de álcool e outras por crianças e adolescentes fosse reconhecido como uma demanda de cuidado ampliado, que implica a despatologização e considere as diferentes possibilidades de intervenção. Além disso, esse fórum reconheceu a RD como proposta de atenção integral e intersetorial que favorece a adesão ao cuidado, afirmando ainda que:

A estratégia de redução de danos como estratégia oficial que integra a Política Nacional de Álcool e Outras Drogas (cuja implementação e efetivação não ferem os princípios estabelecidos no ECA), pois fomenta o reconhecimento da autonomia do indivíduo e da singularidade de cada situação. (Ministério da Saúde, 2014b, pp. 50-51)

A RD pressupõe autonomia, participação conjunta, de decisão consonante com a singularidade do projeto terapêutico e, portanto, condições relegadas ao adulto. Já que teoricamente é o adulto que tem condições de dizer que sabe usar, pode usar, que sabe dos seus limites, que sabe sobre o quanto usar, etc.

E quando se trata de criança? E de adolescente?

É de certo consenso que eles ainda não atingiram o lugar da autodecisão, de controle voluntário sobre seus comportamentos, especialmente de dizer sobre os danos e os benefícios do uso de álcool e outras drogas. Assim, a RD teria com esse público seus limites. Todavia, isso não invalida, não impede a participação ativa desses sujeitos no processo de cuidado, nas tomadas de decisão, no estabelecimento de vínculo, na garantia de sigilo, dentre tantas outras questões.

Além disso, é preciso pensar a RD como ética de cuidado que orienta e atravessa todas as ações. E salientamos, mais uma vez, que a RD não nega a abstinência, porém, sendo uma lógica anterior à substância, seu o foco é a vida do sujeito e suas condições concretas. Logo, reduzir danos significa olhar para as possibilidades de vida e buscar o aumento de suas potencialidades de desenvolvimento. Por isso, as ações de RD devem estar presentes não só no campo da saúde, mas também na escola, no lazer, na cultura, nos centros comunitários, nos centros da juventude e em outros espaços que é – deve ser – acessado pelos sujeitos. Em especial, no caso do Pedro, infelizmente não foi possível vislumbrar tais ações. Não ao menos nos registros de seu percurso e de tal família pela rede de saúde, em busca de cuidados em saúde mental.

O que mais nos conta a história de Pedro sobre as (im)possibilidades de um cuidado em RD, que necessariamente dialoga com a lógica psicossocial?

Pedro nos mostra a necessidade incontestável de reconhecer os efeitos profundos causados pela psiquiatrização e medicalização da vida, onde tudo e todos (objetos materiais e não materiais) são transformados em mercadorias. Se antes as pessoas eram estigmatizadas por acessarem serviços de saúde mental e tinham a cronificação do seu sofrimento por conta da institucionalização, hoje temos uma nova leva de pessoas cronificadas: os usuários das drogas psiquiátricas que, a depender do instituído, seguirão hipermedicados para o resto de suas vidas.

A história de Pedro dá voz à história de muitas crianças e adolescentes que acabam sendo vítimas dessa lógica, amarrados pela camisa de força química das drogas psiquiátricas e que, aos poucos, vão sendo silenciados e excluídos. Essas histórias também são retratadas por meio dos registros nos prontuários e cabe aqui salientar, os registros meramente descritivos de comparecimento pouco dizem sobre o sujeito, sobre sua demanda, sobre seu sofrimento. Por exemplo, o registro “*compareceu ao atendimento*”, diz o quê sobre o cuidado? Qual a demanda do sujeito? Quais suas implicações? Não há como saber. Sabemos que há informações sigilosas que não podem

estar em prontuários multiprofissionais, ainda mais se acessado por toda a rede de serviços, mas não justifica que os registros sejam apenas descritos com as expressões “*compareceu ao atendimento*” ou “*faltou no atendimento*”.

Por fim, destacamos a consternação de nos depararmos com o termo “*alta pedida*”, no último registro do prontuário de Pedro que acessamos. A alta não foi solicitada expressamente por Pedro e inclusive em seus últimos acessos ele afirmava que desejava retomar “*no fim do mesmo mês Pedro retorna a UBS em busca de encaminhamento para psiquiatra (...) refere que frequentou o CAPSi até começo do ano, mas que parou por conta da pandemia*”. Assim, se o usuário não acessa o serviço por mais de seis meses, o serviço precisaria fazer uma busca ativa, ir ao encontro desse usuário em seu território. Essa busca, inclusive, pode lhe transmitir a seguinte mensagem: “estamos preocupados com você!”, ou “Nos importamos e nos corresponsabilizamos por seu cuidado!”.

A história de Pedro na rede de saúde mental é interrompida. Seu destino foi (ao menos até junho de 2021) o da internação em uma Comunidade Terapêutica. Tal prática é completamente contrária ao ideário da luta antimanicomial, dos princípios da Reforma Psiquiátrica e dos direitos dos adolescentes estabelecidos pelo ECA. A internação em Comunidade Terapêuticas, em nosso entendimento, nada mais é que a reedição da internação psiquiátrica, que reflete, sobremaneira, sobre a camada mais pobre da população, enquanto estratégia normalizadora, reguladora e que mantém a marginalização daqueles cujo lugar tem sido historicamente negado em nossa sociedade.

Para finalizar, concordamos que a temática do uso e abuso de álcool e outras drogas na adolescência não é fácil de ser manejada no cotidiano dos serviços, ainda mais em uma configuração de rede que tende a ser fragmentada. Contudo, há que se admitir que casos como o de Pedro revelam a necessidade de investimento, apoio e qualificação dessa rede se ela se pretende ser uma rede de cuidados.

Uma rede feita de “nós”...

Retomamos a distinção feita por Lisboa (2013) em relação ao que nomeia como rede-armadilha e rede-trama: a primeira operando em circuito de fluxos estáticos e labirínticos, condenando os sujeitos a um desfecho do qual dificilmente escaparia; e a segunda relativa às práticas de cuidado que operam como nós, constituindo diferentes e mutáveis desenhos dos projetos terapêuticos. Esperamos que a rede consiga superar a sua configuração atual de vários nó(s), nós estáticos e apertados que não se comunicam, e se

transforme em uma rede-trama, composta de por todos “nós” – sujeitos implicados no cuidado uns dos outros.

Seguimos nos incomodando e questionando: se não tivesse sido hipermedicado e rotulado desde a infância, o desfecho da história de cuidados em saúde mental de Pedro, poderia ter sido diferente?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência, ao ser caracterizada tanto pelo meio científico quanto pelo senso comum como um período de crises e rebeldias, decorrentes das mudanças hormonais e biológicas próprias da puberdade, abre caminho para a naturalização dos comportamentos, dificultando a produção de estratégias e a elaboração de políticas públicas que respondam às reais necessidades e especificidades do público infantojuvenil.

Essa visão naturalizada e reducionista também se estende ao fenômeno do uso de substâncias psicoativas. Comumente individualiza-se e nega-se as vulnerabilidades sociais e a complexidade da existência-sofrimento que pode subjazer o uso abusivo do álcool e outras drogas. Essa naturalização produz intervenções que estigmatizam, excluem, vigiam, punem e normatizam. Desconsidera-se a historicidade do fenômeno das drogas e exclui-se qualquer capacidade de autonomia do sujeito frente à vida e o sofrimento, impedindo a construção de um cuidado antimanicomial.

Esta pesquisa buscou refletir sobre a lógica de cuidado em saúde mental voltada aos adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e o lugar da Redução de Danos (RD) nesse cuidado. Os resultados apontaram que a questão do uso abusivo de álcool e outras drogas na adolescência mantém a visão médica, patológica, fundamentada no proibicionismo, tal qual em essência é o paradigma manicomial.

Partindo do entendimento de que construir um cuidado consonante com a lógica da RD com adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas é um ato contra hegemônico. Nos lançamos ao desafio e levantar essa discussão, pois compreendemos que a negação das tensões nesse campo e a proibição predominante ao longo da história, não impediu essa relação de se estabelecer (fosse com as substâncias lícitas ou com as ilícitas).

Escolhemos como cenário de pesquisa a rede de saúde de Maringá-PR, em especial tomando os documentos de adolescentes atendidos nessa rede e que chegaram ao CAPSi, como ponto de partida. Esses documentos materializam processos de trabalho em curso entre os profissionais da rede intra e intersetorial, bem como concepções produzidas por nossa sociedade.

Nos perguntamos: a RD tem lugar nas práticas de cuidado? E ainda, é possível realizar um cuidado em RD com o público adolescente? Além dessas questões gerais, deparamo-nos com outras como: qual a compreensão dos profissionais sobre a adolescência; sobre qual lógica fundamentam as ações de cuidado; quais as ações

realizadas com esses adolescentes; quem são esses adolescentes... Buscamos essas respostas nos prontuários e na leitura de suas entrelinhas, nas observações e nas conversas informais com profissionais da saúde, enfrentando as dificuldades de fazer uma pesquisa de campo em meio à pandemia do Covid-19.

Sabemos que a coleta de informações em prontuários, por um lado, possibilita o acesso a uma riqueza de informações, mas, por outro, pode deixar lacunas (seja pela falta de registros, seja pelo não detalhamento das ações realizadas). O que queremos dizer é que a pesquisa documental utilizando prontuários como fonte tem suas limitações, pois muitas informações podem ter sido ocultadas durante o percurso. Em que pese essas considerações, acreditamos que a forma como os prontuários são tratados e valorados também dizem da realidade dos serviços, dos processos de trabalho, da organização e articulação da própria rede.

De todo modo, entendemos que o prontuário é a materialização da história do sujeito dentro da rede de serviços. Além disso, é o principal documento não só do registro burocrático das informações, mas da comunicação entre os diferentes dispositivos de saúde, podendo oferecer dados inclusive para a avaliação do cuidado em saúde mental que vem sendo implementado.

Os dados apontaram que as ações com adolescentes com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas envolvem majoritariamente a UPA, o HMM-EP, o CAPSi e as UBS's, nos quais são realizadas ações individuais e coletivas, dentre as quais se destacam consultas médicas, psicoterapia individual, atividades grupais, emissão/replacação de receitas, administração de medicamentos, dentre outras. Tais ações são pouco articuladas e ocorrem com frequência de modo fragmentado.

As informações disponíveis apontam que o registro de uso é maior entre meninos pertencentes a famílias de baixa renda, chefiadas por mulheres e que a cannabis e o álcool são as substâncias mais mencionadas. A ação principal que norteia o cuidado na rede de saúde mental em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas é a consulta médica psiquiátrica, que fornece diagnósticos, prescreve os medicamentos e insere esse usuário nas tramas do aparato psiquiátrico.

O estudo de caso do menino Pedro nos ensinou que os adolescentes têm pouca autonomia, suas histórias acabam sendo contadas por outros e tampouco participam dos processos decisórios a respeito do seu plano de cuidados. Não há uma contratualidade na produção de ações do cuidado, e nesse sentido é importante destacar que:

A pactuação permanente do projeto terapêutico com as crianças e adolescentes desafiam as fronteiras entre a tutela e o cuidado. Autonomia não deve ser entendida em uma perspectiva liberal, em que o sujeito agiria deliberadamente, prescindindo das relações nas quais se encontra enredado. Se entendermos saúde como ampliação do grau de liberdade, (...) a promoção da autonomia dependerá da ampliação da rede de relações, de acoplamentos e de agenciamentos possíveis, contrariando a lógica liberal. (Joia, Oliveira & Vicentin, 2016, pp. 276-277)

A não participação da elaboração do projeto terapêutico nos remete à tradição tutelar e asilar que marcaram as políticas públicas voltadas à crianças e adolescentes ao longo da história. Assim, seguimos sendo convocados a nos posicionar ante essas práticas hegemônicas, sobretudo, porque silenciam, negam o direito a voz àqueles que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

Os resultados da pesquisa - tanto em relação à medicalização e patologização do uso, quanto das práticas de cuidado ofertadas na rede - oscilam entre o paradigma manicomial e o psicossocial, e nos convidam a repensar essa rede, que carece de ampliação, de qualificação das equipes e da gestão dos serviços. Mais uma vez, esclarecemos que aqui não dizemos somente da política e dos serviços de saúde envolvidos no cuidado de Pedro, mas de toda rede intersetorial que deve se corresponsabilizar pelo cuidado em saúde mental desses sujeitos. Nas palavras de Silva Surjus *et al.* (2021, p. 75):

(...) é necessário que nós trabalhadores e trabalhadoras de saúde mental, suportemos a dialética entre prazer e danos relativos ao uso de drogas, que não nos oferece muitas certezas, mas sim, muitos sentimentos ambivalentes. Que sigamos ao lado desses jovens e dessas jovens, e em luta, rechaçando as práticas punitivas, limitadoras e prescritivas, opondo-nos apenas aos desejos de controle de sua autonomia.

Consideramos que esse reposicionamento articula as contribuições éticas da RD e as da lógica psicossocial que igualmente agenciam que o cuidado precisa ser integral, em liberdade, com foco no sujeito. Um cuidado que precisa se fazer compartilhado com toda uma rede intra e intersetorial, privilegiando o vínculo, tendo como horizonte a produção de vida, de saúde, mirando a emancipação. Tais contribuições nos ensinam que as (im)possibilidades da RD não dizem respeito à adolescência em si, mas perpassam o modo como temos nos relacionado e acreditado lidar com os problemas que nós mesmos produzimos.

Ressaltamos que o cuidado em RD não faz uso de respostas prontas e homogêneas, mas lança mão dos mais variados materiais e ações (seja um café, uma música, seja as expressões artísticas, grafites, desenhos, dança, tintas, canetinhas, etc.), a fim de

proporcionar encontros que garantam espaços de fala e de escuta, que agenciam nossa disponibilidade para estar com outro (Silva Surjus *et al.*, 2021).

Concluimos que a RD, como ética de cuidado, vislumbra a construção de novos projetos de vida e desenvolvimento humano, comprometendo-se não com o extermínio das drogas, de seu uso ou de seu abuso, mas dispondo-se a mediar e buscar coletivamente transformações nos modos de viver e sentir a existência-sofrimento e tudo aquilo que, também na adolescência, o alimenta.

Desejamos que a questão que orientou a realização desse estudo permaneça viva e nos impulse a produzir outros encontros, outros conhecimentos e novos enfrentamentos à questão:

Adolescência e Redução de Danos: uma lógica de cuidado possível?

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1981). *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Aita, E. B., & Tuleski, S. C. (2017). O desenvolvimento da consciência e das funções psicológicas superiores sob a luz da Psicologia Histórico-Cultural. Perspectivas em diálogo: *Revista de Educação e Sociedade*, 7(4), pp. 97-111.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Amarante, P., & Nunes, M. de O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- American Psychiatric Association - APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Appolinário, F. (2009). *Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas.
- Araújo, A. T. da S., Silva, J. C., & Oliveira, M. (2013). Infância e adolescência e redução de danos/intervenção precoce: diretrizes para intervenção. *Psicologia Argumento*, 31(72). doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.7615>
- Araújo, C. A., & Lotufo N. F. (2014). A Nova Classificação Americana para os Transtornos Mentais. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 16(1), 67-82.
- Araújo, M. R., & Moreira, F. G. (2006). História das Drogas. In D. X. Silveira, & F. G. Moreira. (Orgs.). *Panorama Atual de Drogas e Dependências*. (pp. 9-14). São Paulo, SP: Atheneu.
- Ariès, P. (2011). *História Social da Criança e da Família*. 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ: LTC. (Trabalho original publicado em 1986).
- Assis, M. de. (1979) *O Alienista*. In *Obra Completa*. Rio de Janeiro, Editora Nova Aguilar.
- Associação internacional de redução de danos - IRHA. (2010). *O que é redução de danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA)*. Londres, Grã-Bretanha: IHARA. Recuperado de: https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf
- Barrow, M. (2013). Psychologists to fight new list of mental illnesses: Stop the insanity petition on DSM-5. London: *The Times*. Recuperado de <http://www.thetimes.co.uk/tto/health/mental-health/article3717853.ece>.

- Basaglia, F. (1979). *A Psiquiatria Alternativa – Conferências no Brasil*. São Paulo, SP: Editora Brasil Debates.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro, RJ: Graal. (Trabalho original publicado em 1968).
- Basaglia, F. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Basaglia, F. (2010). As instituições da violência. In P. Amarante (Org.) *Escritos selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. P. Amarante. Rio de Janeiro, RJ: Garamond Universitária.
- Beltrame, M. M. (2010). *Infância e saúde mental: reflexões sobre a dinâmica de trabalho de um CAPSi*. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Estadual de Maringá, Maringá.
- Birman, J., & Costa, J. F. (1994). Organização de instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In P. Amarante. (Org.). *Psiquiatria Social e reforma psiquiátrica*. (pp.41-72). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Boarini, M. L. (2006). *A loucura no leito de Procusto*. Maringá: Dental Press.
- Bock, A. M. B. (2004). A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: a adolescência em questão. *Cadernos CEDES*, 24(62), 26-43. <https://doi.org/10.1590/S0101-32622004000100003>
- Bock, A. M. B. (2007). A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. *Psicologia Escolar e Educacional*, 11(1), 63-76. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572007000100007>
- Breggin, P. M.D. (2013). *Psychiatric Drug Withdrawal A Guide for Prescribers, Therapists, Patients and their Families*.
- Calligaris, C. (2000). *A adolescência*. São Paulo: Publifolha.
- Campos, G. W. de S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), pp. 399-407. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
- Carneiro, H. (2002). As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. *Revista Outubro*, 6, 115-128. Recuperado de <http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%CC%A7a%CC%83o-6-Artigo-10.pdf>
- Cellard, A. (2008). A análise documental. In Poupart, J. *et al.* *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: editora vozes.

- Ciarallo, C. R. C. A. *et al.* (2009). Conflito entre práticas e leis: a adolescência no processo judicial. *Fractal: Revista de Psicologia*, 21 (3), 613-630. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922009000300014>
- Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais. (2018). *Comentários acerca da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do ministério da saúde: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios.*
- Conselho Federal de Psicologia - CFP. (2013). *Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.* Brasília: CREPOP.
- Conselho Federal de Psicologia. (2017). *CFP repudia mudanças na política de saúde mental.* Recuperado de <https://site.cfp.org.br/repudio-mudancas-politica-saude-mental/>
- Conselho Federal de Psicologia. (2020). *Nota do Conselho Federal de Psicologia sobre o acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas.* Recuperado de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/09/aqui.pdf>
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In P. Amarante (Org.). *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.* (pp. 13-44). Rio de Janeiro, RJ: NAU Editora.
- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27(1), 17-40. <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>
- Cunha, M. C. P. (1986). O outro lado do espelho. In: M. C. P. CUNHA. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo.* (pp. 106-161). Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra.
- Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.* Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Brasília, DF: Diário Oficial da União. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm
- Duarte, N. (1993) *A individualidade para si - Contribuição a uma teoria histórico-social da formação do indivíduo.* Campinas: Autores Associados.
- Duarte, N. (2001). *Vigotski e o “aprender a aprender”:* crítica às apropriações neoliberais e pós-modernas da teoria vigotskiana. Campinas: autores associados.
- Erikson, E. H. (1972). *Identidade, Juventude e Crise.* Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Fiore, M. (2012). O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos estudos CEBRAP*, (92), 9-21. <https://doi.org/10.1590/S0101-33002012000100002>
- Foucault, M. (1978). *História da loucura na Idade Clássica.* São Paulo, SP: Perspectiva.
- Frances, A. (2010). Opening Pandoras Box: The 19 Worst Suggestions For DSM 5. *Rev. Psychiatric Times.*

- Frances, A. (2016). *Voltando ao normal: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle*. Rio de Janeiro: Versal Editores.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2005). Produção Imaginária da Demanda. In R. Pinheiro & R. A. Mattos. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ – ABRASCO.
- Freitas, F., & Amarante. P. (2017). *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Freitas, M. T. de A. (2002). A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. *Cadernos de Pesquisa*, (116), 21-39. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742002000200002>
- Freitas, W. R. de S., et al. (2010). O estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: fundamentos, roteiro de aplicação e pressupostos de excelência. *Anais do XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção*. São Carlos, SP, Brasil.
- Freud, S. (1976). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Edição Standard Brasileira das obras completas Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- Fundação Abrinq. (2022). *Cenário da Infância e Adolescência no Brasil 2022*. São Paulo, SP: Fundação Abrinq. Recuperado de https://fadc.org.br/sites/default/files/2022-03/cenario-da-infancia-e-adolescencia-no-brasil-2022_0.pdf
- Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz. (2017). *III Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira*. Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. (2020). Situação das crianças e dos adolescentes no Brasil. Recuperado de <https://www.unicef.org/brazil/situacao-das-criancas-e-dos-adolescentes-no-brasil>
- Galhardi, C. C., & Matsukura, T. S. (2018). O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(3). Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0102-311x00150816>.
- Garcia, D. (2022). Pandemia aniquilou 7,8 milhões de postos de trabalho no Brasil. Recuperado de <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/06/desemprego-chega-a-129-em-meio-a-pandemia-da-covid-19.shtml>
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo, SP: Atlas.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (6ª ed.). São Paulo, SP: Atlas.
- Gomes, B. R. (2017). Pequena trajetória das práticas de redução de danos e suas possibilidades no Brasil. In R. Figueiredo, M. Feffermann, R. Adorno. (Orgs.). (pp. 263-278). *Drogas & sociedade contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo*. São Paulo, SP: Instituto de Saúde.

- Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, 33(1), 151-161.
- Gullar, F. (1997). *Corpo a corpo com a linguagem*. Florianópolis: Editora UEPG.
- Hernandez, S., & Nelson, L. S. (2010). Prescription drug abuse: insight into the epidemic. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 88(3), 307-317.
- Heywood, C. (2004). *Uma história da infância: da Idade Média à época contemporânea no Ocidente*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Hobsbawm, E. J. (2002). *Tempos interessantes: uma vida no século XX*. São Paulo, SP: Cia das Letras.
- Hoffmann, M. C. C. et al. (2008). Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. In *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro.
- Ilich, I. (1976). *Nêmesis médica: a expropriação da saúde*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2010). *Sinopse do Censo Demográfico 2010*. Recuperado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2015). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015*. Recuperado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2018). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2018*. Recuperado de https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101788_informativo.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2019). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2019*. Recuperado de https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2019b) *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Recuperado de <https://url.gratis/7vNCg>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2020). *Síntese de indicadores sociais: uma análise da condição de vida da população brasileira*. Recuperado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101760.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2021). *Portal cidades e estados*. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/maringa.html>
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. (2015). *Estudos mostram desigualdades de gênero e de raça no Brasil em 20 anos*. Recuperado de

https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_acymailing&ctrl=archive&task=view&listid=10-

- Joia, J. H., Oliveira, A., & Vicentin, M. C. G. (2016). O que as trajetórias de atenção a crianças e adolescentes que fazem uso de drogas nos ensinam sobre o cuidado em rede? In E. Lauridsen-Ribeiro & C. B. Lykourpoulos. *O CAPSi e o desafio da gestão em rede*. (pp. 265-277). São Paulo, SP: Hucitec.
- Kahhale, E. (2019). Método quali-quanti na coleta e análise de dados em pesquisa clínica materialista histórica e dialética. In I. Kublikowski, E. P. Kahhale & R. M. Tosta. *Pesquisas em psicologia clínica: contextos e desafios*. (pp. 81-110). São Paulo, SP: educ.
- Kahhale, E. P., de Castro e Silva, C. R., & Silva, A. da. (2014). Psicologia Sócio Histórica: Historicidade X Naturalização, Desafios Da Produção Teórico- Práticos Em Saúde Pública. *Medica Review. International Medical Humanities Review*, 3(1). <https://doi.org/10.37467/gka-revmedica.v3.1168>
- Kahhale, E. P., Rosa, E. Z. (2009). A construção de um saber crítico em Psicologia. In A. Bock, & M. Gonçalves (Orgs.), *Dimensão subjetiva da realidade: uma leitura sócio histórica* (pp. 19-53). São Paulo: Cortez.
- Kinoshita, R. T. (2010). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In A. M. F. Pitta (org). *Reabilitação Psicossocial*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Klein, L. R. (2012). Cadê a criança do Áries que estava aqui? A fábrica comeu... In *Anais do IX Seminário Nacional de Estudos e Pesquisas "História Sociedade e Educação no Brasil"*, 9, João Pessoa, PB: UFPB.
- Laurell, A. C. (1982). A saúde como processo social. *Revista Latinoamericana de Saude (México)*, 2, 7-25.
- Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Diário Oficial da União.
- Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003*. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF: Diário da União.
- Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União.
- Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019*. Altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nºs 4.048, de 22

de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, DF: Diário Oficial da União.

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União.

Leontiev, A. (1978). *O desenvolvimento do psiquismo*. Lisboa, Portugal: Livros Horizonte.

Lima, M. *et al.* (2012). Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/icse/a/ttd7GbdbZVcBjyp8B5jY9Lb/?lang=pt&format=pdf>

Lima, R. C. C. (2009). *Uma história das drogas e de seu proibicionismo transnacional: relações Brasil-Estados Unidos e os organismos internacionais*. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da UFRJ.

Lisboa, M. (2013). *Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização*. Tese. Doutorado em Psicologia Social. São Paulo: PUC.

Ludke, M., & André, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.

Machado, L. V., & Boarini, M. L. (2013). Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), 580-595. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>

Maringá. (2015). Secretaria de Saúde do Município de Maringá - Paraná. *Linha guia de Atenção à Saúde Mental do Município de Maringá - Paraná*. Maringá: SESA.

Maringá. (2017). Conselho Municipal de Saúde. (2017). Plano Municipal de Saúde de Maringá-PR 2018/2021. Maringá, PR. Recuperado de <http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/02eda74d2112.pdf>

Maringá. (2020). Secretaria de Turismo. Recuperado de <http://www2.maringa.pr.gov.br/turismo/?cod=nossa-cidade/3>

Martins, L. M. (2007). *A formação social da personalidade do professor: um enfoque vigotskiano*. Campinas: Autores Associados.

Marx, K. (1867/1982). *O Capital (Crítica da Economia Política). Livro 1: O Processo de Produção do Capital*. (R. de Santana, trad., 7a ed., Vol. 1.). São Paulo, SP: Difel. Trabalho original publicado em 1867.

- Marx, K. (1859/1983). *Contribuição à crítica da economia política*. São Paulo: Martins Fontes. Trabalho original publicado em 1867.
- Mendes, K. T., & Costa, P. H. A. (2021). Considerações para uma crítica da economia política das drogas no Brasil. In C. B. Martins, C. B. *et al.* *Economia política da pena e capitalismo dependente brasileiro*. São Paulo: Editora Dialética.
- Mendez, E. G., & Costa, A. C. G. (1994). *Das necessidades aos direitos*. São Paulo: Malheiros.
- Merhy, E. E. (1999). O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência, Saúde Coletiva*. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csc/a/vWLtrWY4YSbWpJzwG7YrBwz/?format=pdf&lang=pt>
- Ministério da Saúde (1986). *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (1994). *Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005b). *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2007). *Marco legal: saúde um direito de adolescentes*. Série A manuais técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf
- Ministério da Saúde. (2008). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2010). *Clínica Ampliada e Compartilhada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2011b). *Guia Prático de matriciamento em Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2013). *Política Nacional de Humanização - PNH*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2014a). *Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde. (2014b). *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Moraes, M., Montenegro, M., Medrado, B., & Romaní, O. (2015). Los retos de la reducción de daños como política pública de drogas en Brasil. *Psicologia em Pesquisa*, 9(2), 148-158. <https://dx.doi.org/10.5327/Z1982-1247201500020005>
- Nota Técnica Nº 11/2019 - “Nova Saúde Mental”*. Brasília, DF: Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde. Recuperado de <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Nota técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS*. De 28 de Janeiro de 2020. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família.
- Noto, A. R., Sanchez, Z. V. M., & Moura, Y. G. (2011). Uso de drogas entre adolescentes brasileiros: padrões de uso e fatores associados. In E. A. Silva & D. Micheli (Orgs.). *Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa* (pp. 101-118). São Paulo: Fap-Unifesp.
- Oliveira, B. (2001). A dialética do singular-particular-universal. In A. Abrantes, *et al.* *Método Histórico-Social na Psicologia Social*. Vozes. Recuperado de: <http://stoa.usp.br/mpp5004/files/1/18602/ADialeticaDoSingularParticular>
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (1996). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão*. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP.
- Ozella, S. (2002). Adolescência: uma perspectiva crítica. In M. de L. J. Contini (Coord.) & S. H. Koller (Org.). *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*. Rio de Janeiro, RJ: Conselho Federal de Psicologia.
- Ozella, S. (2003). *Adolescências construídas – a visão da psicologia sócio-histórica*. São Paulo, SP: Cortez.
- Ozella, S., & Aguiar, W. M. J. de. (2008). Desmistificando a concepção de adolescência. *Cadernos de Pesquisa*, 38(133), 97-125. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742008000100005>
- Paim, J. *et al.* (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, publicado online, 11-31. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
- Palmieri, R. P. (2021). *Suicídio na adolescência: uma leitura Sócio-Histórica*. Dissertação. Mestrado em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá – UEM, Maringá, Paraná, Brasil.
- Palmieri, R. P., Zaniani, E. J. M. (2022). *Saúde Mental e suicídio na adolescência: contribuições da psicologia sócio-histórica*. CRV. Curitiba, PR. (no prelo).

- Passarinho, J. G. M. (2020). *O DSM como ideologia: uma crítica do Manual Diagnóstico e a luta paradigmática em saúde mental*. Dissertação. Mestrado em Psicologia, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis.
- Pistelli, G. S. S. (2008). *A trajetória de um (novo) olhar: a história, o CAPS e os usuários*. Trabalho de conclusão de curso de Psicologia. São Paulo: PUC.
- Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília, DF: Diário Oficial da União.
- Portaria nº 1.120, de 7 de novembro de 2000*. Implementa o Programa de Volta pra Casa. Brasília, DF: Diário Oficial da União.
- Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000*. Dispõe sobre caracterização, organização e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília, DF: Diário Oficial da União.
- Portaria nº 189, de novembro de 1991*. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). Brasília, DF: Diário Oficial da União.
- Portaria nº 2.434, de 15 de agosto de 2018*. Altera a portaria de consolidação nº6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Brasília: Ministério da Saúde.
- Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992*. Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. Brasília, DF: Diário Oficial da União.
- Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Brasília.
- Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Altera as portarias de consolidação nº3 e nº6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde.
- Porto, K., & Passos, R. (2016). O uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes: a experiência de um acolhimento institucional no município do Rio de Janeiro. *O social em questão*, 14(35), 171-192. Recuperado de http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_35_8_Porto_Passos.pdf
- Projeto de Lei nº 3.657/1989*. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília: Câmara dos Deputados.

Reis, A. O. A., *et al.* (2009). Prontuários, para que servem? representação dos coordenadores de equipe dos Capsi a respeito do valor e da utilidade dos prontuários. *Journal of Human Growth and Development*, 19(3), 383-392.

Resolução nº 109 de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação de Serviços Socioassistenciais. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, Conselho Nacional de Assistência Social. Brasília, DF: Diário Oficial da União. Recuperado de https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf

Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília, DF: Diário Oficial da União.

Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html

Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Diário Oficial da União. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.

Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União.

Ribeiro, F. M. L., & Minayo, M. C. S. (2020). As mudanças na política brasileira de drogas: o avanço da lógica da justiça sobre a saúde. *Revista Cultura y Droga*, 25(29), pp. 17-39. DOI: 10.17151/culdr.2020.25.29.2.

Ribeiro, M. M., & Araújo, M. R. (2006). Política Mundial de Drogas Ilícitas: Uma Reflexão Histórica. In D. X. Silveira, F. G. Moreira. (Org.). *Panorama Atual de Drogas e Dependências*. São Paulo, SP: Atheneu.

Rocha, A. P. (2012). *Trajetórias de adolescentes apreendidos como “mulas” do transporte de drogas na região da fronteira (Paraná) Brasil – Paraguai: exploração de força de trabalho e criminalização da pobreza*. (Tese de Doutorado, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho). Recuperado de <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/106123>

Rocha, P. R. da., & David, H. M. S. L. (2015). Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 129-135. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100017>

- Rodrigues, T. (2012). *Narcotráfico: uma guerra na guerra*. (2ª ed.) São Paulo, SP: Desatino.
- Rosenhan, D. L. (1973). Sobre ser são em lugares insanos. *Revista Science*, v. 179, p. 250-258.
- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In F. Rotelli, O. Leonardis, D. Mauri. (Org). *Desinstitucionalização*. (pp. 17-59). São Paulo, SP: Hucitec.
- Sá-Silva, J. R., et al. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira De História Amp; Ciências Sociais*, 1(1). Recuperado de <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>
- Sen, A. (2002). Health: perception versus observation. *The British Journal of Psychiatry*: 859-860.
- Silva Surjus, L. T. L., et al. (2021). Adolescência e Drogas uma visada a partir da redução de danos. In A. D. S. Fernandes, B. L. Taño. M. F. B. Cid & T. S. Matsukura. *Saúde mental de crianças e adolescentes e Atenção Psicossocial*. São Paulo: Manole.
- Silva, R. (2011). *A biologização das emoções e a medicalização da vida – contribuições da psicologia histórico-cultural para a compreensão da sociedade contemporânea* Dissertação. Mestrado em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá – UEM, Maringá, Paraná, Brasil.
- Tristão, K. G, & Avellar, L. Z. (2019). A estratégia de redução de danos no cuidado a adolescentes em uso de substâncias psicoativas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.*, 11(30), 55-77.
- Tuleski, S. C., & Franco, A. F. (2019). *O lado sombrio da medicalização da infância: possibilidades de enfrentamento*. Rio de Janeiro: Nau editora.
- Vasconcelos, E. M. (2002). *Complexidade e pesquisa interdisciplinar*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Vecchia, M. D., & Martins, S. T. F. (2006). O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(2), 159-168. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200005>
- Viapiana, V. N., et al. (2018). Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Saúde em debate*, 42, 175-186.
- Vicentin, M. C. G., et al. (2010) E. Patologização da adolescência e alianças psi-jurídicas: algumas considerações sobre a internação psiquiátrica involuntária. São Paulo, SP: *BIS - Boletim do Instituto de Saúde*.

- Vicentin, M. C. G., Gramkow, G., & Rosa, M. D. (2010). A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de "novos" manicômios judiciários. *Journal of Human Growth and Development*, 20(1), 61-69.
- Vygotski, L. S. (2005) *Pensamento e linguagem* (3a ed.) São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Vygotski, L.S (1996). *Obras escogidas. Tomo IV*. Madrid, Espanha: Visor.
- Vygotski, L.S. (1991). *A formação social da mente*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- World Health Organization - WHO. (1973). *The International Pilot Study of Schizophrenia*. V. 1. Geneva: World Health Organization.
- Xavier, I. R. (2010). *O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações: uma revisão de literatura*. Trabalho de Conclusão de Curso- Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (2ªed.). Porto Alegre, RD: Bookman.
- Zaniani, E. J. M. (2015). *Entre Potências e Resistências: O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e a construção da lógica da Atenção Psicossocial*. Tese. Doutorado em Psicologia, Universidade Estadual Paulista – UNESP, Assis, SP, Brasil.

Anexo II – Quadro de diagnósticos recebidos por Pedro e medicações prescritas

Data	Diagnóstico	Local/Medicação
15/07/2013	Hiperatividade	UBS Receita de repetição: risperidona, metilfenidato cloridrato, carbamazepina, dexclorfeniramina e mikania
16/07/2013		UBS Receita de repetição: risperidona e metilfenidato cloridrato
14/10/2013		UBS Receita de repetição: metilfenidato cloridrato
14/11/2013		UBS Receita de repetição: risperidona e carbamazepina
21/11/2013		UBS Consulta médica: receita de risperidona e metilfenidato
06/01/2015		UBS Consulta médica: receita de risperidona e metilfenidato
17/03/2015		UBS Receita de repetição: risperidona e carbamazepina
12/05/2015		UBS Receita de repetição: risperidona e carbamazepina
07/07/2015		UBS Receita de repetição: risperidona e carbamazepina
22/09/2015		UBS Receita de repetição: risperidona e carbamazepina
24/11/2015		UBS Receita de repetição: risperidona e carbamazepina
02/12/2015		UBS Receita de repetição: risperidona
04/12/2015	Hipótese Diagnóstica: F 90. 2 - Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade	UBS Atendimento psicológico
05/02/2016		UBS Receita de repetição: risperidona e carbamazepina
05/05/2016		UBS Emissão de receita: metilfenidato, carbamazepina e risperidona
29/07/2016		UBS Receita de repetição: risperidona e carbamazepina
05/10/2016		UBS Receita de repetição: risperidona e carbamazepina
01/12/2016		UBS Receita de repetição: risperidona e carbamazepina
07/02/2017		UBS Consulta médica, receita de repetição: risperidona e carbamazepina
07/04/2017		UBS Receita de repetição: risperidona e carbamazepina;
20/06/2017		UBS Receita de repetição: risperidona e carbamazepina;
20/11/2017		UBS Receita de repetição, não consta quais os medicamentos.
22/11/2017	Hipótese Diagnóstica: causas desconhecidas e não especificadas de morbidade	UBS Atendimento psicológico
26/04/2018		UBS Receita de repetição
30/05/2018	Medos e fobias	UBS Atendimento psicológico Relata que suspendeu a dois anos o uso de risperidona e tegréto. Mantém uso de ritalina;
22/04/2019	Distúrbios da atividade e da atenção	UBS Consulta médica: receita de ritalina;
30/04/2019	Tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa	UBS Atendimento psicológico;
09/05/2019	TDAH, compulsivo e depressivo	CAPSi Acolhimento;

17/05/2019	Deprimido, Falta de limites	UBS Atendimento psicológico: informa uso de ritalina
21/05/2019	F39: Transtorno do Humor (afetivo) não especificado; F60: Transtornos Específicos da Personalidade+ soc + Transtorno do Humor (afetivo) não especificado	CAPSi Consulta psiquiátrica: lítio, tofranil, imipramina
04/06/2019	F39: Transtorno do Humor (afetivo) não especificado F32.2 Episódio Depressivo grave sem sintomas psicóticos não especificado+Soc.+Risco de suicídio, mantendo como principal o F32.2	CAPSi Consulta psiquiátrica: lítio e trofanil (dose aumentada)
25/06/2019	Hipótese Diagnóstica: Transtorno Depressivo Grave sem sintomas psicóticos	CAPSi Consulta psiquiátrica: trofanil e lítio
25/07/2019	F32.2 – Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	CAPSi Consulta psiquiátrica: lítio e imipramina
10/09/2019	Hipótese Diagnóstica: Episódio Depressivo não-especificado	UPA Consulta médica
24/09/2019	F60.3: Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional; F32: Episódios Depressivos; F39: Transtorno do Humor (afetivo) não especificado	CAPSi Consulta psiquiátrica: ácido valpróico e depakene; Relato de acesso a rede particular nos intervalos de consulta: depakote, lítio e imipramina
16/10/2019	F 60.3: Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional	UBS Recebimento de relatório da EP
24/10/2019	F60.3: Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional; F39: Transtorno do Humor (afetivo) não especificado; F32: Episódios Depressivos. sendo o principal o Episódio Depressivo Moderado	CAPSi Consulta psiquiátrica: diminuída da dose de imipramina, introduzida fluoxetina, ajustado depakene, mantido lítio e associado clonazepam; Na EP entre as consultas: haloperidol e lítio
27/10/2019		UPA Consulta médica: diazepam
28/10/2019	Hipótese Diagnóstica: Transtorno de Personalidade com instabilidade emocional	HMM-EP Consulta médica: lorazepam
29/09/2019	Hipótese diagnóstica: Transtorno de Pânico (ansiedade paroxística episódica)	HMM-EP Consulta médica
04/11/2019	Hipótese Diagnóstica: Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional	HMM-EP Consulta médica
26/11/2019		CAPSi Consulta psiquiátrica: Pedro não foi a consulta, mas Luiz compareceu. Relata ter conseguido receitas na EP e na UBS de Alprazolam
06/12/2019		UBS Consulta médica: clonazepam
13/12/2019	Hipótese Diagnóstica: Ansiedade Generalizada;	UPA Consulta médica: diazepam
29/12/2019	Hipótese Diagnóstica: autointoxicação intencional, ingestão de analgésico, antipiréticos, antirreumático e opiáceos na residência	HMM-EP Consulta médica
17/01/2020		UPA Consulta médica: diazepam

04/02/2020	Hipótese Diagnóstica: F60.3: Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional; F12.1: Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Canabinóides – uso nocivo para a saúde + automutilação frequente + comportamento opositor/desafiador, sendo o principal o Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional	CAPSi Consulta psiquiátrica: venlafaxina
05/03/2020	Hipótese Diagnóstica: F60.3: Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional; F12.1: Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Canabinóides – uso nocivo para a saúde, sendo o principal o F12.1	CAPSi Consulta psiquiátrica: venlafaxina (aumento de dose)
10/03/2020	Hipótese Diagnóstica: outros transtornos de conduta	HMM-EP Consulta médica: abandono de tratamento
10/03/2020	Hipótese Diagnóstica: Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Sedativos/Hipnóticos – intoxicação aguda	UPA Consulta médica
10/03/2020	Hipótese Diagnóstica: Distúrbio de Conduta Não-Socializada	HMM-EP Consulta médica: abandono de tratamento
28/04/2020	Hipótese Diagnóstica: Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Múltiplas Drogas e Outras Substâncias Psicoativas	CAPSi Consulta psiquiátrica: prescrição de medicamentos, mas sem informação sobre quais seriam
09/10/2020	Hipótese diagnóstica: portador de transtorno de ansiedade	UBS Consulta médica
24/11/2020	Hipótese Diagnóstica: Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Múltiplas Drogas – síndrome de dependência	HMM-EP Consulta médica
06/12/2020		HMM-EP Consulta médica: haloperidol injetável a cada 15 dias e levomepromazina no período noturno
08/12/2020		UBS Aplicação de haloperidol
11/12/2020	Hipótese Diagnóstica: Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Cocaína – uso nocivo para a saúde + Transtorno Mental e/ou Comportamental não especificado	UBS Consulta médica: amitriptilina e levomepromazina
22/12/2020	Hipótese Diagnóstica: ansiedade generalizada	UPA Consulta médica
23/12/2020		UBS Aplicação haloperidol
07/01/2021		UBS Aplicação haloperidol
08/01/2021	Hipótese Diagnóstica: Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Múltiplas Drogas/Outras Substâncias Psicoativas – síndrome de dependência	HMM-EP Consulta médica
17/01/2021	Intoxicação aguda de substâncias psicoativas	HMM-EP Internação hospitalar
22/01/2021		UBS Aplicação de haloperidol