



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO**

FÁBIO HENRIQUE TONON

**O ADOLESCENTE CONSUMIDOR DE ÁLCOOL E DROGAS E AS
INTERAÇÕES: DESLOCAMENTOS E POSICIONAMENTOS PARA
PRÁTICAS PSICOSSOCIAIS**

ASSIS

2021

FÁBIO HENRIQUE TONON

**O ADOLESCENTE CONSUMIDOR DE ÁLCOOL E DROGAS E AS
INTERNAÇÕES: DESLOCAMENTOS E POSICIONAMENTOS PARA
PRÁTICAS PSICOSSOCIAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador(a): Prof. Dr. Silvio José Benelli

Bolsista: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

ASSIS

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Laura Akie Saito Inafuko - CRB 8/9116

T666a Tonon, Fábio Henrique
O adolescente consumidor de álcool e drogas e as
internações: deslocamentos e posicionamentos para
práticas psicossociais / Fábio Henrique Tonon. Assis, 2021.
255 f. : il.

Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual
Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientador: Dr. Silvio José Benelli

1. Adolescentes - Uso de álcool. 2. Adolescentes - Uso
de drogas. 3. Hospitalização. 4. Serviços de saúde mental.
I. Título.

CDD 362.29



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Assis



CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: O ADOLESCENTE CONSUMIDOR DE ÁLCOOL E DROGAS E AS
INTERNAÇÕES: DESLOCAMENTOS E POSICIONAMENTOS PARA
PRÁTICAS PSICOSSOCIAIS

AUTOR: FABIO HENRIQUE TONON

ORIENTADOR: SILVIO JOSÉ BENELLI

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em PSICOLOGIA, área:
Psicologia e Sociedade pela Comissão Examinadora:

Prof. Dr. SILVIO JOSÉ BENELLI (Participação Virtual)
Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/Assis

Profa. Dra. MARIA CRISTINA GONÇALVES VICENTIN (Participação Virtual)
Departamento de Psicologia Social / PUC/São Paulo

Prof. Dr. SILVIO YASUI (Participação Virtual)
Departamento de Psicologia Social / UNESP/Assis

Assis, 04 de dezembro de 2020

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. Mesmo com a crise financeira, em 2019, com ataque às instituições de pesquisa e ao saber científico, o depósito do dinheiro da bolsa nunca atrasou. O subsídio foi essencial para a execução deste projeto: no auxílio ao transporte, considerando a distância do município em que resido até Assis, trajeto feito quinzenalmente; na retaguarda financeira que possibilitou o afastamento de meu trabalho, por dois meses, sem remuneração; e, na compra de material para estudo, sendo este o primeiro momento que pude estudar com os livros em mãos, não por arquivos de PDFs. São estes incentivos que garantem a produção de conhecimento para pesquisadores e trabalhadores.

Agradeço a pós-graduação em Psicologia da UNESP de Assis, por toda compreensão e auxílio neste processo, em especial no ano de 2020 devido a pandemia de Covid-19.

Agradeço ao orientador, Silvio José Benelli, por assumir a posição de orientador após o falecimento de Abílio da Costa-Rosa, no fim de 2018. Substituir alguém como o Abílio é impossível, mas Silvio o fez, a sua maneira, com diversas contribuições (e uma infinidade de indicações de leituras!), sem as quais este trabalho não seria o mesmo. Este processo se iniciou com o Abílio, mas você foi meu orientador, Silvio. Sou grato pela disponibilidade e pela paciência com minha falta de palavras. Obrigado!

À banca de Qualificação e Defesa: à Luciana Gagueiro, pela disponibilidade e indicações de leitura; ao Silvio Yasui, que dez anos antes da publicação deste trabalho me iniciava nas aulas sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Reforma Psiquiátrica, no terceiro ano da graduação – espero ser mais um, professor, a dar continuidade ao seu legado —; à Maria Cristina Gonçalves Vicentin: me sugeriram convidá-la devido ao seu conhecimento e postura gentil, que tive o prazer de comprovar, seja pelas instruções e indicações, seja pela gentileza e cuidado. Obrigado a todos.

Agradeço a todos os colegas trabalhadores que participaram desta intercessão-pesquisa e que me fortalecem todos os dias em nossa práxis. Este texto foi escrito pensando nos desafios que enfrentamos, colegas!

Agradeço aos adolescentes e aos seus familiares que protagonizaram esta intercessão-pesquisa e que continuam, em cada encontro, a me ensinar e me formar como psicólogo.

Agradeço aos colegas do Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e “Subjetividade da saúde” (LATIPPSS), pelos encontros e contribuições intercessoras de diversas ordens – o grupo do whatsapp constitui o acervo mais maravilhoso de escritos que conheço.

Agradeço a todos os colegas que me auxiliaram na produção e escrita deste trabalho, ao longo de mais de três anos. Em especial, aos colegas: John, por sua disposição, auxílio e paciência em me instruir em cada dúvida (qual é o nome da apresentação mesmo? Defesa?), ao “meu rei” Maico, por sua doçura, ao Maicon, pelo incentivo honesto e ao Mario, pela irmandade de tantos anos. Agradeço também a Rayana, pelo auxílio na escrita (ádua!) no fim de todo o processo.

Agradeço a minha família: a minha irmã Bruna, por ser uma estrela na minha vida, que brilha e brilha muito; ao meu pai Pedro, por me ensinar a dobrar, mas nunca quebrar; e a minha mãe Tania, por me ensinar a sorrir.

Por fim, agradeço à Camila, meu amor. Você esteve comigo antes deste processo começar, me incentivando, e durante todo este processo, me deixando mais forte. Agora que minha conquista se efetiva, compartilho com você, assim como todas as outras que terei em minha vida, pois quero você comigo para sempre. Amo você.

AGRADECIMENTO IN MEMORIAN: para Abílio da Costa-Rosa

O ano era 2013. Retornei a residir em Assis, SP, após abandonar um programa de aprimoramento profissional em Psicologia Hospitalar que fazia em outro município. Deixei o programa de aprimoramento com um sentimento de derrota, questionando minha qualidade enquanto psicólogo e a qualidade da minha graduação em Psicologia, pela UNESP em Assis, diante de um conjunto de falas de outros trabalhadores que menosprezavam meu trabalho.

Com este sentimento, fui incentivado por um colega a assistir as aulas do Prof. Abílio, pela pós-graduação. Nunca me atentei muito para as aulas do Abílio na graduação, sabia que era sobre Psicanálise, mas, à época, não me fazia muito sentido. Iniciando as aulas do Abílio, percebi que minha experiência anterior, no aprimoramento, estava sendo problematizada por ele.

Naqueles encontros, na disciplina intitulada “Processos de subjetivação e clínica na Saúde Mental Coletiva”, na Ênfase Políticas Públicas e Clínica Crítica do Curso de Graduação em Psicologia, compreendi quão vastos e diversos eram os modos de atuar como psicólogo no SUS. Apreendi que o menosprezo manifestado quanto a minha atuação se devia ao posicionamento daqueles trabalhadores por outros discursos, éticas e lógicas, contrários às minhas, contrários à Atenção Psicossocial, humanizada, que garante direitos e é sensível aos sujeitos que sofrem. A assiduidade nas aulas ministradas pelo Abílio me aproximou do professor, com muitas conversas após as aulas. Em uma delas, lancei o desafio para ambos: “ainda farei um mestrado com você, Abílio”.

O ano era 2016. Então, eu já atuava em outro município como psicólogo. Sem ter mais contato com o Abílio, mas sabendo que seu desejo permanecia — orientar trabalhadores do campo — agendo uma conversa para iniciarmos o mestrado, combinado anos atrás. Naquele ano, Abílio se recuperava de um grave adoecimento e, mesmo disposto em nosso encontro, não foi possível iniciarmos uma parceria.

Mal sabia ele de minha teimosia, que me fez, no ano seguinte, em 2017, iniciar minha participação nas atividades do LATIPPSS, sob sua coordenação, e tentar novamente o mestrado no ano seguinte: “Abílio, sugiro que você aceite me orientar este ano, caso não, tentarei no ano de 2018 de qualquer jeito”. No ano

seguinte, em 2018, tendo sido aprovado no processo seletivo, dei início ao mestrado, sob a orientação do Abílio.

Abílio sofria por consequência do seu adoecimento. Contudo, nos encontros do Laboratório e nas supervisões, percebo que ele continuava o mesmo, com seu desejo de orientar trabalhadores que fossem críticos, éticos, políticos, Psicossociais.

Não foi possível ter muitos encontros pessoais com o Abílio, devido ao seu adoecimento, que piorava com o passar dos meses. Não tive muitos momentos com o Abílio, para além das orientações e das reuniões do Laboratório, por isso, não posso afirmar que “tipo de pessoa” ele era. Não houve tempo hábil para conhecê-lo mais de perto, uma vez que, em 26 de novembro de 2018, Abílio faleceu. Mas posso indicar alguns dos efeitos que o posicionamento ético de Abílio propiciou para mim: o incentivo a uma atitude profissional crítica e autocrítica, o interesse por uma Psicanálise ética e política, a intenção de ser um trabalhador psicossocial no SUS. Acredito que estes efeitos não foram só causados em mim, pois o seu velório, na capital paulista, foi tomado por uma legião de colegas, conhecidos, alunos e ex-alunos, que foram homenageá-lo. Um momento lindo, digno de um psicólogo como Costa-Rosa.

O processo deste mestrado se iniciou em 2018, mas ele já existia como desejo, anos antes, por influência de Abílio da Costa-Rosa. Fui um privilegiado de ser um de seus orientandos, mesmo que por um ano.

Obrigado Abílio da Costa-Rosa, e descanse, pois há uma legião de pessoas, para assumir o Front. Espero que esta dissertação faça jus a você e espero que, de forma semelhante às suas aulas em 2013, este trabalho seja um intercessor para outros trabalhadores.

Desculpem-me, mas eu não quero ser um imperador, esse não é o meu ofício. Eu não quero conquistar nem governar ninguém. Eu gostaria de ajudar todos sempre que possível: judeus, não-judeus, negros e brancos. Todos nós queremos ajudar uns aos outros. O ser humano é assim. Nós queremos viver da felicidade dos outros, não causando sofrimento. Não queremos odiar ou desprezar uns aos outros.

Nesse mundo tem lugar para todos, a terra é boa e rica e pode alimentar a todos. O estilo de vida poderia ser livre e lindo, mas nós nos perdemos no caminho. A ganância envenenou a alma do homem, criou uma barreira de ódio, nos guiou no caminho de assassinato e sofrimento.

Nós desenvolvemos a velocidade, mas nos fechamos em nós mesmos. Máquinas que nos deram abundância, nos deixaram em necessidade. Nosso conhecimento nos fez cínicos, nossa inteligência nos fez cruéis e severos. Nós pensamos muito e sentimos pouco.

Mais do que máquinas, nós precisamos de humanidade. Mais do que a inteligência, nós precisamos de carinho e bondade. O avião e o rádio nos aproximaram, a natureza dessas invenções grita em desespero pela bondade do homem. Grita pela irmandade universal e a unidade entre todos nós. Mesmo agora que minha voz está alcançando milhões pelo mundo, milhões de homens, mulheres e crianças desesperadas, vítimas de um sistema que faz o homem torturar e prender pessoas inocentes.

Para aqueles que conseguem me ouvir, eu digo: não se desesperem!

O sofrimento está entre nós agora e só a passagem da ganância, o amargor do homem que teme o progresso humano. O ódio do homem vai passar e os ditadores morrerão. E o poder que eles tomaram das pessoas vai retornar para as pessoas. E assim, enquanto os homens morrerem, a liberdade nunca se acabará.

Soldados, não se entreguem aos brutos! Homens que os desprezam, os escravizam, regem suas vidas, dizem-lhes o que fazer, o que pensar, o que sentir, que treinam vocês e tratam com desprezo para depois sacrificarem vocês na guerra. Não se entreguem a esses homens artificiais. Homens-máquina, com mente e coração de máquina. Vocês não são máquinas, vocês não são desprezíveis, vocês são homens. Vocês têm o amor da humanidade em seus corações. Vocês não odeiam, só os que não são amados e não naturais que odeiam. Soldados, não lutem pela escravidão, lutem pela liberdade!

No decimo sétimo capítulo de São Lucas está escrito: “O reino de Deus está dentro do homem”, não de um homem nem de um grupo de homens, mas em todos os homens, em vocês! Vocês, as pessoas, tem o poder! O poder de criar máquinas, o poder de criar felicidade. Vocês, as pessoas, tem o poder de fazer essa vida linda e livre, de fazer dessa vida uma aventura maravilhosa.

Então no nome da democracia, vamos usar esse poder, uni-vos! Vamos lutar por um mundo novo. Um mundo decente, que vai dar ao homem uma chance de trabalhar, que vai dar o futuro a juventude e a segurança aos idosos. Prometendo isso, os cruéis vieram ao poder, mas eles mentiram, não cumpriram sua promessa, eles nunca cumprirão. Ditadores libertam a si mesmos, mas escravizam as pessoas.

Agora, vamos lutar para cumprir essa promessa. Vamos lutar para libertar o mundo, para sumir com as barreiras nacionais. Para sumir com a ganância, ódio e intolerância. Vamos lutar por um mundo de razão. Um mundo em que a ciência e o progresso conduzam a felicidade de todos os homens.

Soldados, em nome da democracia, uni-vos! (CHAPLIN, Charles. “O grande ditador”, 1940).

TONON, Fábio Henrique. **O adolescente consumidor de álcool e drogas e as internações**: deslocamentos e posicionamentos para práticas psicossociais. 2021. 255 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2021.

RESUMO

Este trabalho de intercessão-pesquisa é fruto da práxis de um trabalhador-intercessor psicólogo que atua em uma unidade hospitalar de tratamento – internação e ambulatorial – para sujeitos consumidores de álcool e drogas, e tem por objetivo a produção de um saber-experiência. Utiliza-se do Dispositivo Intercessor para realizar uma intercessão-pesquisa baseada na práxis e, consequente, na instrumentalização de práticas Psicossociais. Como *lócus* tem-se uma unidade hospitalar de tratamento para sujeitos consumidores de álcool e drogas. Participaram desta intercessão-pesquisa adolescentes em tratamento neste estabelecimento e trabalhadores da equipe desta unidade de saúde, sendo que os casos e situações analisados foram recolhidos no período de seis meses. O contato com os participantes se deu por meio de atuação como psicólogo. Partindo da práxis, foram evidenciadas situações por meio do uso de um Diário de Intercessão, pensado e teorizado junto à Universidade. A partir destas reflexões alguns dimensionamentos do campo de Atenção à adolescentes consumidores de álcool e drogas foram delineados, a saber: o levantamento de dados referente às políticas públicas para adolescentes e sua instrumentalização nos últimos vinte anos, no Brasil; a leitura dos Modos de Produção de Atenção na Saúde Mental, guiados pela leitura Paradigmática de Costa-Rosa (2013), a descrição dos modos de produção de pesquisas qualitativas, na busca pelo referencial que permitisse realizar um estudo partindo da posição de trabalhadores implicados, que desejam transformar a realidade pesquisada; uma análise do estabelecimento de atuação e um levantamento de conceitos-ferramentas julgados apropriados para a instrumentalização de práticas pautadas pela ética Psicossocial. Considerados tais aspectos, foram instrumentalizadas intercessões Psicossociais. O desenvolvimento da intercessão-pesquisa nos levou a algumas conclusões: haveria dois grandes Paradigmas de Atenção no campo da Saúde Mental na atualidade, em oposição dialética constante; diversos quesitos das políticas públicas para adolescentes, encarnadas no Estatuto da Criança e do Adolescente não estão sendo efetivadas no campo da Atenção aos adolescentes, constatação obtida por meio da bibliografia e confirmada também no estabelecimento de saúde no qual atuamos, dadas certas práticas realizadas pelos trabalhadores. Contudo, posicionados a partir do Paradigma Psicossocial, adotamos na práxis, um conjunto de deslocamentos e reposicionamentos para operacionalizarmos intercessões Psicossociais visando superar as práticas alienantes, moralistas, prescritivas, assujeitadoras e violadoras de direitos, tão comuns neste campo.

Palavras-chave: Dispositivo Intercessor. Atenção Psicossocial. Internações. Adolescentes. Álcool e Drogas.

TONON, Fábio Henrique. **The alcohol and drugs adolescent user and the hospitalization periods: movements and positions for psychosocial practices.** 2021. 255 p. Master's thesis (Psychology). Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2021.

ABSTRACT

This mediation research work is a result of a worker- intermediary psychologist praxis who acts in a treatment hospital unit – admission and outpatient – for alcohol and drugs consumer persons, and has as objective an expertise-experience production. It uses a Mediator Device to carry out a mediation research founded on the praxis and, consequently, in the psychosocial practices use. As *locus*, it has a care hospital unit for alcohol and drugs consumer persons. Participated of this mediation research adolescents being treated in this institution and this health unit workers, with the cases and situations analysed being collected in the period of six months. The contact with the participants occurred through the psychologist work. From the praxis, situations were evidenced by the use of a Mediation Diary, conceived and theorized at the University. From these reflections were delineated some considerations about the alcohol and drugs consumer adolescents Attention field, i.e.: the data survey regarding to adolescents public policies and its use in the last twenty years, in Brazil, the debate of Mental Health Attention Production Methods, directed by the Costa-Rosa (2013) paradigmatic reading, The description of qualitative researches production methods, seeking for the benchmark that allowed to carry out a study from the involved workers position, who want to change the researched reality; an analyses of the performance establishment and a survey of concepts - tools judged appropriate for the use of practices based on psychosocial ethics. Considered these aspects, psychosocial mediations were used. The development of the mediation research led us to some conclusions: there would be two great Paradigms of Attention in Health Mental field nowadays, in constant dialectic opposition; various questions about public policies for adolescents, present in the status of children and teen are not effected in the Adolescents Attention field, evidence provided by the literature and confirmed either in the health place where we operate, in view of certain practices carried out by the workers. However, placed from the Psychosocial Paradigm, we adopted in the praxis, a group of movements and repositioning to make psychosocial mediations aiming to overcome the alienating, moralists, prescriptive, compulsory and rights violator practices, so common at this field.

Key words: Mediation Device. Psychosocial Attention. Hospitalizations. Adolescents. Alcohol and Drugs.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Vista aérea do estabelecimento.....	30
Figura 2: Área de visitas.....	31
Figura 3: Área de espera do ambulatório.....	32
Figura 4: Sala de aula, no ambulatório.....	32
Figura 6: Uma das salas para atendimentos.....	33
Figura 7: Refeitório.....	34
Figura 8: Leitos da Unidade de Desintoxicação.....	35
Figura 9: Quadra esportiva. À esquerda, é possível visualizar a área externa.....	35
Figura 10: Sala de multiuso interna de uma das enfermarias.....	36
Figura 11: Sala multiuso da enfermaria de adolescentes.....	37
Figura 12: Área interna à enfermaria.....	37
Figura 13: Camas e local de guarda de pertences.....	38
Figura 14: Quarto com três leitos, janela e porta de banheiro interno.....	38
Figura 15: Banheiro para uso dos internos.....	39
Figura 16: Posto de enfermagem.....	39
Figura 17: Sala de procedimentos de enfermagem.	40
Figura 18: Horta ao fundo das enfermarias de adolescentes e de adultos, respectivamente.....	40
Figura 19: Piscina.....	41
Quadro 1: Regras e rotinas da enfermaria de adolescentes.....	48
Gráfico 1: Linha do tempo dos anos de inauguração de hospitais psiquiátricos para crianças e adolescentes, indicando que a maioria se deu nos períodos de vigência do Código Mello de Matos e o Código de Menores.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD: álcool e/ou outras drogas

AI: Análise Institucional

APA: Associação de Psiquiatria Americana

CAISM: Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental

CDC: Convenção sobre os Direitos da Criança

CDPD: Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência

CFP: Conselho Federal de Psicologia

CF: Constituição Federal

CONANDA: Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CID: Código Internacional de Doenças

CNAS: Conselho Nacional de Assistência Social

CNES/MS: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde

CRATOD: Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas

CRM: Conselho Regional de Medicina

DI: Dispositivo Intercessor

DIMPC: Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de Conhecimento

DRS: Departamento Regional de Saúde

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

FATEC: Faculdade de Tecnologia

HM: Hospital Municipal

HP: Hospital Psiquiátrico

LATIPPSS: Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e “Subjetividade da saúde”

LGBTQI: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, Queers e Intersexos.

MEP: Medidas Específicas de Proteção

MHD: Materialismo Histórico Dialético

MCP: Modo Capitalista de Produção

NIR: Núcleo Interno de Regulação

OMS: Organização Mundial de Saúde

PIB: Produto Interno Bruto

PPHM: Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico-Medicalizador

PPS: Paradigma Psicossocial

PSB: Proteção Social Básica

PTS: Projeto Terapêutico Singular

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

RINHPB: Relatório de Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos Brasileiros

RPb: Reforma Psiquiátrica brasileira

SINASE: Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SISNAD: Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas

SM: Saúde Mental

SNPCT: Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

SPA: Substâncias Psicoativas

SUS: Sistema Único de Saúde

TI: Trabalhador-Intercessor

UD: Unidade de Desintoxicação

UHTAD: Unidade Hospitalar de Tratamento para consumidores de Álcool e Drogas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1: CARACTERIZANDO A UHTAD COMO CAMPO DA PRÁXIS	29
1.1 OS TRABALHADORES	42
1.2 OS CIRCUITOS E CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO NA UHTAD.....	43
1.3 A INTERNAÇÃO NA UHTAD	46
CAPÍTULO 2: CONTEXTUALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADOS EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE ÁLCOOL E DROGAS ...	53
2.1 O HISTÓRICO DE INTERNAÇÕES DE ADOLESCENTES NO BRASIL: CONTROLE SOCIAL OU GARANTIA DE DIREITOS?	54
2.2 A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO COMO GARANTIA DE DIREITOS: COMO FAZER?	61
2.2.1 <i>As internações como modalidade de tratamento em saúde</i>	64
2.3 A ATENÇÃO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO CONTEMPORÂNEO.....	66
2.3.1 <i>As dimensões atuais das internações psiquiátricas</i>	67
2.3.2 <i>Os critérios para internar</i>	69
2.3.4 <i>Estratégias de gestão e controle social dos adolescentes no cotidiano dos estabelecimentos de internação</i>	74
2.4 DIRECIONAMENTOS PARA AS PRÁTICAS ÉTICAS E POLÍTICAS DE ATENÇÃO À ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE AD.....	78
CAPÍTULO 3: O CAMPO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL E A PROPOSTA DE INTERCESSÃO-PESQUISA PARA UM TRABALHADOR PSICOSSOCIAL	80
3.1 A INTERCESSÃO-PESQUISA COMO INSTRUMENTAL OPERATÓRIO PARA TRABALHADORES DA SAÚDE MENTAL	92
3.2 O DISPOSITIVO INTERCESSOR (DI)	96
3.2.1 <i>A Análise Institucional:</i>	96
3.2.2 <i>A Psicanálise do campo de Freud e Lacan</i>	97
3.2.3 <i>O Materialismo Histórico</i>	99
3.2.4 <i>Filosofia da Diferença</i>	101
3.3 O DISPOSITIVO INTERCESSOR COMO REFERENCIAL TEÓRICO, TÉCNICO, ÉTICO E POLÍTICO	102
3.3.1 <i>O Trabalhador-Intercessor</i>	104
3.3.2 <i>O Dispositivo Intercessor como método para produção de conhecimento</i>	105
3.3.3 <i>O dispositivo intercessor em nossa intercessão-pesquisa</i>	106

CAPÍTULO 4: CONCEITOS-FERRAMENTAS PARA UMA PRAXIS

PSICOSSOCIAL	109
4.1 A PSICANÁLISE DO CAMPO DE FREUD-LACAN	109
4.2 O MAL-ESTAR NA CIVILIZAÇÃO E OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO NA PÓS-MODERNIDADE	112
4.3 A MEDICALIZAÇÃO	116
4.4 O SOFRIMENTO DE ORDEM SÓCIO-POLÍTICO	122
4.5 A ADOLESCÊNCIA, OS LAÇOS E DISCURSOS SOCIAIS ESTIGMATIZADORES	126

CAPÍTULO 5: ANÁLISE DO ESTABELECIMENTO DE NOSSA PRÁXIS PELA PERSPECTIVA DA GARANTIA DE DIREITOS

5.1 BASES LEGAIS E EIXOS NORTEADORES DE GARANTIA DE DIREITOS À ADOLESCENTES	132
5.1.1 A Constituição de 1998:	132
5.1.2 O Estatuto da Criança e do Adolescente:	132
5.1.3 Convenção sobre os Direitos da Criança	133
5.1.4 Lei nº 10.216	134
5.1.5 Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil	136
5.1.6 O Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à convivência familiar e comunitária	136
5.1.7 Nota Técnica nº 2/2011: Recolhimento e Internação Compulsórios de Crianças e Adolescentes em Situação de Rua e Usuários de Drogas	137
5.1.8 Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura	137
5.2 CARACTERÍSTICAS DAS HOSPITALIZAÇÃO DE ADOLESCENTES	138
5.2.1 Internação de crianças e adolescentes em ambiente comum aos adultos e a convivência entre internos adolescentes e adultos	139
5.2.2 O predomínio de internações compulsórias	140
5.2.3 O direito à convivência familiar e comunitária	144
5.2.4 O tratamento oferecido	152
5.2.5 O direito de utilização das próprias roupas e o direito à posse de objetos pessoais	159
5.2.6 O direito ao lazer	162
5.2.7 Direitos sexuais e o direito ao respeito à identidade de gênero	165
5.2.8 A medicação excessiva e a contenção mecânica/física	169
CAPÍTULO 6: AS INTERCESSÕES DE UM TRABALHADOR PSICOSSOCIAL	173
6.1 A RECEPÇÃO DE ADOLESCENTES	175

6.2 A CONDUÇÃO DO TRATAMENTO	185
6.3 A ABORDAGEM AOS ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE MACONHA .	195
6.4 OS DISCURSOS ESTIGMATIZADORES INSTRUMENTALIZADOS EM PRÁTICAS.....	200
6.5 A POBREZA, A EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA E A VULNERABILIDADE SOCIAL COMO ANTESSALA DO CONSUMO DE AD POR ADOLESCENTES	205
6.6 OS ADOLESCENTES INSERIDOS NO TRÁFICO DE DROGAS.....	208
CONCLUSÃO	212
REFERÊNCIAS	216
APÊNDICES	244
ANEXOS.....	251

INTRODUÇÃO

Esta dissertação é fruto de uma trajetória de sete anos como trabalhador psicólogo atuante no Sistema Único de Saúde (SUS), área na qual ingressamos por meio de concurso público. Nosso campo de atuação é a clínica para sujeitos¹ consumidores de álcool e outras drogas (AD)²³: uma unidade hospitalar de tratamento (UHTAD)⁴ que atende homens e mulheres, adultos e adolescentes. Partindo deste campo de atuação, ingressamos no programa de Pós-Graduação junto à UNESP, campus de Assis, e no Laboratório Transdisciplinar de Interação-Pesquisa em Processos de Subjetivação e “Subjetividade da saúde” (LATIPPSS), de coordenação do orientador, fator que se constitui como determinante para produção de um saber-experiência que propomos expor. Convém realizarmos uma breve caracterização do cotidiano do campo de nossa atuação.

O consumo de AD se constitui, ainda no ano de 2020, como tema polêmico de debate permanente no Brasil. Um fato que representa isso é que o último grande estudo sobre o consumo de drogas no país, o “III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira” organizado pela Fundação Oswaldo Cruz (BASTOS et.al, 2017) sofreu tentativa de censura, sendo o relatório impedido de ser publicado e divulgado (G1, 2019). O Ex-Ministro da Cidadania do governo Bolsonaro (2019 - 2022) Osmar Terra, que defendia a tese de que haveria uma “epidemia de

¹ É comum que os sujeitos do tratamento sejam nomeados de muitas e diversas formas nos estabelecimentos de Atenção à saúde: assistidos, usuários, clientela, público-alvo, clientes, pacientes, doentes, viciados, drogaditos, delinquentes. Para nós, o sujeito do tratamento é: 1. uma pessoa, um cidadão de direitos na ordem social e pública do Estado, e; 2. é fundamentalmente, um ser humano cuja subjetividade é constitucionalmente permeada pelo inconsciente, tal como postula a Psicanálise do campo de Freud e Lacan. Portanto, neste trabalho nomearemos estas pessoas como “sujeitos”.

² No campo de Atenção e tratamento ao consumo de álcool e drogas, a relação de um sujeito com a substância é caracterizada de diversas formas: adicção, vício, dependência química, uso, abuso, alcoolismo, toxicomania. Neste trabalho, nosso foco não é o estudo da quantidade de álcool e droga consumida, mas sim da relação que o sujeito estabelece com estas substâncias. Com isso em mente, descreveremos nesta interação-pesquisa que o sujeito é um “consumidor de AD”, evidenciando o consumo de drogas como sintoma de uma sociedade norteada pelo imperativo do consumo, típico de uma organização socioeconômica capitalista (LIPOVETSKY, 2004; MELMAN, 1992).

³ Neste trabalho desejamos refletir o consumo de AD como uma relação entre sujeitos e objetos-substâncias permeada pelas características de uma sociedade capitalista, contudo, indicamos que este não é o único campo para se problematizar esta relação. Ribeiro (2016) apresenta, por exemplo, o uso de drogas pela perspectiva do uso dos prazeres, autocontrole e o cuidado de si com o uso de maconha. Sugerimos a leitura e indicamos a relevância do debate e da produção de conhecimento do uso/consumo de AD se dar em diversos campos por diversas perspectivas.

⁴ Para evitarmos qualquer possibilidade de exposição e constrangimento dos internos do estabelecimento e seus trabalhadores, o nome e algumas informações que poderiam ser reveladoras do hospital serão omitidos neste trabalho. Utilizaremos o nome fictício “Unidade Hospitalar de Tratamento para Álcool e Drogas” e a sigla “UHTAD” para indicá-lo.

Crack” no país, fez constantes críticas à universidade pesquisadora, questionando a credibilidade da investigação realizada. A publicação que havia sido adiada de 2017 para 2019, foi permitida posteriormente (G1Rio, 2019). A situação destacada revela que as políticas públicas em saúde para tratamento de consumidores de AD no Brasil perpassam pelo embate político-ideológico, dentre outros. Utilizaremos alguns dos dados do levantamento da Fiocruz, uma vez que procuramos debater alguns problemas que consideramos relevantes acerca desta questão.

Segundo os dados publicados (BASTOS et.al, 2017) a substância mais consumida no Brasil é o álcool, seguida da maconha. O estudo identificou que 30,1% da população pesquisada havia feito consumo de álcool, nos últimos 30 dias, e 0,3% de maconha. Deste percentual, a faixa etária de maior consumo de drogas está entre os 18 e 34 anos, no entanto, os dados indicaram que os indivíduos iniciam o consumo de diversas substâncias anteriormente, por volta dos 13 anos de idade. A partir destes dados percebemos que o discurso do governo relativo a uma possível “epidemia de crack” não condiz com as evidências, considerando que a substância de maior consumo e dependência é o álcool, que, por sua vez, é legalizado no Brasil. Nesse sentido, pensamos haver uma relação quanto à possibilidade de liberação/proibição de drogas com interesses econômicos, tendo em vista que a indústria brasileira de bebidas alcoólicas, a Ambev, teve um lucro de 12 bilhões de reais no ano de 2016 (VALOR ECONÔMICO, 2017).

O levantamento da Fiocruz (BASTOS et. al., 2017) ainda revelou o percentual de pessoas consideradas Dependentes Químicas⁵ pelo consumo de AD. Segundo o estudo, 1,5% da população pesquisada é considerada dependente de álcool e 0,8% é dependente de outras substâncias. Chamamos a atenção para o fato de que os consumidores de álcool, substância lícita, procuram mais tratamento do que os consumidores de outras drogas que são consideradas ilícitas, segundo este estudo.

Diante deste dado, questionamos a abordagem dos trabalhadores de saúde quanto ao consumo de drogas ilícitas, questão que ouvimos diariamente por parte dos adolescentes internos no UHTAD: do preconceito e das formas de intervenção

⁵ Dependência Química é um critério diagnóstico do Código Internacional de Doenças (CID), que está em sua décima primeira edição (CID-11), sendo publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), atualmente em sua quinta edição (DSM-V), produzido pela Associação de Psiquiatria Americana (APA). Ambos têm como objetivo, parcial ou geral, listar e classificar transtornos mentais, com base numa perspectiva fenomenológica e nosográfica, de viés organicista e químico-farmacológico. São utilizados por médicos, psiquiatras, pelos planos de saúde e como critérios diagnósticos dos estabelecimentos do SUS.

moral que já sofreram, com viés focado na abstinência. Muitos dos adolescentes comparecem resistentes à nossa unidade de atendimento em saúde, já pressupondo uma intervenção sem qualquer escuta singularizada para si.

Outro problema a ser pontuado consiste no aumento de consumidores de AD na adolescência e o crescimento do que se caracteriza como dependentes de maconha, a substância de consumo mais comum entre os adolescentes para os quais ofertamos nossa escuta. As justificativas dos adolescentes para o consumo da maconha são as mais variadas: “me deixa mais calmo”, “me ajuda a dormir”, “me faz esquecer dos problemas”, “me deixa feliz”, “me faz não discutir com minha mãe”. Seja pela anestesia, pelo sentimento de pertencimento aos grupos ou possibilidade de obter prazer, não podemos deixar de mencionar algumas problemáticas que advém do consumo intenso da substância, e que acarreta possíveis consequências aos adolescentes, sujeitos que ainda estão em desenvolvimento neurológico.

Com base na assistência dada aos adolescentes, citamos um conjunto de problemáticas que os acompanham, a saber: a “expulsão escolar⁶”, a vinculação ao tráfico de drogas, uma pobreza de expectativas de futuro e de possibilidades de realização profissional e pessoal, um humor instável aparentemente causado pela falta da substância. Entretanto, será que todos estes problemas são causados pelo consumo da maconha? Ou seria a maconha uma resposta a toda esta diversidade de problemáticas complexas que são enfrentadas por estes adolescentes?

⁶ Benelli (2019b, p. 136) propõe substituir o termo “evasão escolar” por “expulsão escolar”, no sentido de problematizar os discursos e as práticas da escola enquanto uma organização social que exclui o jovem da educação, dadas suas condições socioeconômicas. O tema da “evasão escolar”, dada a sua relevância quanto ao caso dos adolescentes atendidos pelas diversas políticas públicas, merece considerações. O discurso oficial enuncia a questão da “evasão escolar”, mas é importante problematizar essa suposta “evasão” e verificar se não é o caso de considerar que há, efetivamente, processos de “expulsão escolar” promovidos pela dinâmica da instituição da Educação e dos seus estabelecimentos escolares. Talvez não seja fato que os adolescentes pobres abandonam a escola – simplesmente porque não gostam de estudar e sejam preguiçosos. Pode ser que eles sejam expulsos dela, por meio de práticas institucionais nem sempre muito sutis. Na atualidade, os problemas escolares típicos, tais como “evasão”, “dificuldades de aprendizagem”, “fracasso escolar”, problemas de comportamento, agitação e falta de concentração, violência, etc., estão sendo medicalizados, sob a forma do TDAH, por exemplo. Há uma importante literatura – já clássica, mas que precisa ser conhecida, discutida e considerada –, que desmistifica e despatologiza as supostas dificuldades psicológicas que acometeriam os alunos, caracterizando as autênticas práticas de expulsão que são promovidas pelos estabelecimentos institucionais escolares: Ceccon e Oliveira (1982), Patto (1984, 1997, 1999), Frigoto (1984, 2003), Harper, Ceccon, Oliveira e Oliveira (1987), Enguita (1989, 1993), Moysés e Collares (1992), Collares e Moysés (1996), Freitas (2009), Paula e Tfouni (2009), Guimarães (2003), Charlot (1983, 2000), Paixão (2008), Baptista (2010), etc. A escola poderia ser uma importante parceira dos trabalhadores das políticas públicas sociais para crianças e adolescentes, do SINASE, de Assistência Social, de Saúde, mas não no caso de persistir produzindo a expulsão e, de modo desimplicado, denominá-la de “evasão”. Segundo os autores citados, a escola está implicada na produção desse fenômeno.

Seja qual for a definição ou o diagnóstico deferido, os trabalhadores deste campo têm um grande desafio diante de si: que tratamento oferecer a estes adolescentes? Existe a peculiaridade da adolescência que costuma ser caracterizada pela inconsequência, pelo questionamento e rebeldia às regras, além da falta de percepção de possíveis riscos implicados no consumo de álcool e drogas. As peculiaridades da adolescência e os discursos que as caracterizam, exigem dos trabalhadores no campo da saúde um preparo técnico para exercer uma Atenção⁷ em saúde a este sujeito⁸ que não é mais criança, mas que também não é adulto. Diante de tal cenário, a Atenção aos adolescentes consumidores de álcool e drogas se revela desafiadora aos trabalhadores do campo por diversos motivos, desde a realidade biopsicossocial própria até as políticas públicas específicas para os adolescentes. Referente às políticas públicas, as particularidades de crianças e adolescentes, frente aos adultos, garantem o direito a um tratamento distinto. Aos adolescentes são reconhecidos a condição de pessoa em desenvolvimento, processo de amadurecimento que requer proteções específicas. O entendimento de que crianças e adolescentes têm condição peculiar de pessoa em desenvolvimento possui marco legal internacional desde a década de 1920⁹. A este público são assegurados direitos à educação, à cultura, ao lazer e ao desenvolvimento pleno, sendo destinatários preferenciais da atenção e do cuidado familiar, comunitário e estatal.

Até a década de 80, no Brasil, as práticas legislativas quanto a crianças e adolescentes eram determinadas pelo Código Mello de Matos (1927) e o Código de

⁷ Atenção à saúde é um conjunto de ações, envolvendo todos os níveis de governo (municipais, estadual e federal), para o atendimento das demandas dos usuários do SUS, compreendendo os campos da assistência, das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo e das políticas externas ao setor da saúde. Nos três campos (da assistência, das intervenções ambientais e das políticas externas ao setor da Saúde), enquadram-se as ações nos chamados níveis de atenção à saúde, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo. Disponível em: <https://saude.to.gov.br/atencao-a-saude/>. Acesso em: 30/09/2020. Devido a importância do conceito, utilizaremos o termo “Atenção” com a inicial maiúscula, para assim discriminá-la da “atenção” como simples ação de estar atento a algo.

⁸ Muitos autores e trabalhadores tendem a utilizar referenciais que dizem respeito a uma “adolescência normal” (ABERASTURY; KNOBEL, 1981), perspectiva que acreditamos contribuir para uma avaliação moral e patologizante da adolescência, caso não se considere o momento histórico contemporâneo, com suas singularidades que incidem nas condições sociopolíticas dos adolescentes brasileiros, particularmente os pobres e negros.

⁹ No âmbito internacional, podemos citar: a Declaração de Genebra, de 1924 sobre os Direitos da Criança, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, a Declaração dos Direitos da Criança das Nações Unidas, de 1959, o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, de 1966, as Regras de Pequim, de 1985 e a Declaração sobre os Princípios Sociais Jurídicos Aplicáveis à Proteção e bem-estar das Crianças, de 1986.

Menores (1979). Entretanto, ambos tinham como fundamento as lógicas menoristas e da situação irregular, ordenadas pelo binômio carência/delinquência. Na realidade, as práticas se traduziam no controle social da infância em situação de pobreza, com ofertas de Atenção baseada nos modelos tutelares e assujeitadores.

Um avanço quanto a estas perspectivas menoristas se deu por meio da implementação da Constituição Federal (CF) (BRASIL, 1988), como se pode notar em seu o artigo 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à Cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

A CF propõe uma nova lógica no trato infanto-juvenil, que foi regulamentado e instrumentalizado em 1990 pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990). Por meio deste estatuto, crianças e adolescentes passaram a ser considerados como sujeitos de direitos e pessoas em situação peculiar de desenvolvimento, possuidores de direitos básicos a serem garantidas pelo Estado e pela sociedade.

Um destes direitos básicos é a proteção, que assegura: a liberdade, a sociabilidade, a convivência familiar e comunitária. Alinhado à lógica do ECA, podemos citar o “Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária”, aprovado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2016). Este documento indica o imperativo de “romper com a cultura da institucionalização de crianças e adolescentes” ao estabelecer estratégias de proteção nas quais deveria predominar as ações desenvolvidas no território, além do fortalecimento do núcleo familiar e comunitário. Em alinhamento ético com o ECA, o Plano reforça a excepcionalidade e a provisoriedade das práticas de acolhimento institucional, em nome da “preservação dos vínculos familiares e a integração em família substituta quando esgotados os recursos de manutenção na família de origem” (artigo 92 e 100).

Apesar dos direitos de proteção conquistados por lei, após a década de 80, a realidade do campo da Atenção aos adolescentes consumidores de AD tem indicado

falta de efetivação destes direitos e a presença de práticas ainda caldadas nas lógicas dos Códigos anteriores ao ECA. A lei n. 10.216 (BRASIL, 2001), define o direito a medida protetiva de “requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial” (artigo 101, V). Todavia, o que se observa é que o ECA tem sido comumente utilizado para submeter crianças e adolescentes às internações forçadas, problema denunciado por Blikstein (2012), Joia (2014), e Oliveira (2015) quando ressaltam que tais práticas não têm sido exceções, mas sim constantes, visando o controle social de adolescentes, em especial, dos mais pobres¹⁰.

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) (BRASIL, 2006) permite uma modalidade de internação chamada de Internação Compulsória, determinada pelo Poder Judiciário. Esta modalidade deve ser tomada como exceção, sendo utilizada apenas em situações extremas, uma vez que a ausência de participação voluntária do sujeito, em especial do adolescente, atenua o risco da resistência ao tratamento e da consequente ineficácia terapêutica. Contudo, as pesquisas (BENTES, 1998; JOIA, 2014; SCISLESKI; MARASCHIN; SILVA, 2009; CUNDA, 2011; BLIKSTEIN, 2012; REIS 2012) têm apontado para um número crescente de internações compulsórias de adolescentes nos últimos anos.

A literatura faz uma necessária problematização referente às internações de adolescentes consumidores de AD como oferta de tratamento, no sentido do acesso, não de imposição a tratamento pela autoridade judicial, por exemplo. Revisitamos sobre as características das internações ofertadas a adolescentes consumidores de AD. Como estes estabelecimentos se organizam? Que tipos de tratamento ofertam? Estariam estes estabelecimentos garantindo direitos e produzindo saúde aos adolescentes?

Todo e qualquer processo de institucionalização/internação deve seguir os seguintes princípios: excepcionalidade; caráter breve; preservação e fortalecimento

¹⁰ Tais práticas podem configurar claras práticas de sequestro que ainda operam no contemporâneo, ao arrepio da lei. A categoria de “instituição total” de Goffman (1987, p. 11) e as que Foucault (2013) nomeou como disciplinares, mas também de “instituições de sequestro” (FOUCAULT, 2005, p. 118; PALAZZOLO, 2017), ou de “instituições completas e austeras” (FOUCAULT, 2013, p. 195) são muito úteis para compreendermos a dinâmica institucional desses estabelecimentos de internação nos quais ainda estão sendo encerrados os adolescentes pobres brasileiros. São clássicas as categorias de instituição total e disciplinar e, mesmo considerando que a tecnologia social da internação é bastante antiga, apesar de toda a crítica sólida já apresentada, de modo surpreendente, constatamos que ela continua sendo uma estratégia de intervenção bastante utilizada na atualidade (BENELLI, 2015).

de vínculos familiares e comunitários; garantia de acesso, respeito à diversidade e a não discriminação; oferta de atendimento personalizado e individualizado; garantia de liberdade de crença e religião, do respeito à autonomia (BRASIL, 2011). Entretanto, segundo o Relatório de Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos no Brasil (RINHPB) (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 2019), ainda é evidente a distância entre o modo de organização dos hospitais psiquiátricos, no qual as unidades de tratamento em AD se inserem e os direitos à liberdade, ao respeito, à dignidade e a proteção aos quais os brasileiros têm direitos, incluindo os adolescentes. De acordo com o relatório, muitos estabelecimentos de internação operam práticas moralistas, mantendo um modelo asilar de tratamento, se opondo a lógica do ECA.

Além dessa problemática, percebemos, mais recentemente, a instrumentalização de processos de desmonte e sucateamento do SUS, das políticas públicas para AD e ao retorno repaginado da institucionalização/internação como alvo de investimentos do Estado, observados tanto no nível dos discursos quanto nas modificações dos rumos práticos das políticas públicas. Em 2015, os gastos públicos com a saúde no Brasil equivaliam a 3,8% do Produto Interno Bruto (PIB), valor “ligeiramente superior” à média das América Latina e Caribe e muito abaixo dos países desenvolvidos, que aplicam, em média, 6,5% do PIB em saúde (AGÊNCIA BRASIL, 2018).

Porém, com a mudança de governo no plano federal, incluindo um posicionamento político-ideológico alinhado com os interesses do capital, notamos mudanças em diversos âmbitos: trabalhistas, ambientais, previdenciárias e alterações em investimentos na saúde. No que concerne especialmente às questões de campo da Saúde Mental, além do evidente sucateamento dos estabelecimentos públicos, destacamos as modificações nas políticas públicas, desconstruindo muitas das conquistas do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb), e a predominância de um discurso proibicionista, moralista e conservador que evidencia uma patente desvalorização do SUS, no Brasil.

As mudanças realizadas nas políticas públicas nos últimos anos explicitam este embate de discursos dialeticamente opostos, com grandes alterações no campo da Saúde Mental promovidas no Brasil, a partir do ano de 2001. A lei 10.216, conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica” (BRASIL, 2001), foi instaurada de modo a garantir e promover proteção e direitos civis aos sujeitos em intenso

sofrimento psíquico, tidos como “loucos”, com vista a superar os altos índices de mortalidade dos pacientes internados nas instituições manicomiais. Por meio dessa lei, portarias ministeriais foram criadas com a finalidade de atribuir recursos financeiros para os estabelecimentos territoriais, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cujo objetivo é a Atenção integral aos sujeitos em sofrimento psíquico moderado e grave, inclusive sofrimentos causados pelo consumo de AD (CAPS AD). Esta estratégia tem como premissa oferecer auxílio preventivo aos usuários, em seu território, antes da problemática se estabelecer, evitando, consequentemente, as internações hospitalares ou manicomiais como oferta a priori.

Outra alteração nas políticas públicas consiste no trabalho desenvolvido por uma equipe de saúde orientada pelos princípios da Redução de Danos¹¹ (PASSOS; SOUZA, 2011), uma ação territorializada que visa à oferta de tratamento aos sujeitos por meio de ações que não interfiram na vida cotidiana daqueles que procuram atendimento.

Apesar dessa perspectiva no campo da Saúde Mental, notamos um fortalecimento e repaginação que traz de volta o modo asilar de cuidar e de tratar os sujeitos do sofrimento, com base na internação e no isolamento social. Campanhas na imprensa fazem um alarde à população sobre os perigos do vício de crack e outras problemáticas, advogando pela criação de mais leitos hospitalares como a única forma efetiva de tratamento (RIBEIRO; DANTAS, 2013). É possível notar um grande incentivo às internações em Comunidades Terapêuticas (RIBEIRO; MINAYO, 2015) que, no ano de 2018, receberam 87 milhões em investimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Estes dados, das políticas públicas voltadas à Atenção territorial e o aumento do incentivo financeiro a Atenção em estabelecimentos de internações, são indicativos destes discursos e modos de Atenção antagônicos, que estão se digladiando no cenário nacional brasileiro.

É possível perceber este antagonismo também com a ascensão de novas políticas públicas, no Brasil. Entre os anos de 2017 e 2019 foram promulgadas novas leis, como a de nº. 13.840 de 2019 que, por meio de novas medidas, propõem um endurecimento das políticas nacionais antidrogas, facilitam as internações

¹¹ No campo de tratamentos ao consumo de AD, a Redução de Danos (RD) pode ser considerada um paradigma, uma abordagem ou uma perspectiva que indica uma reflexão ampliada sobre o consumo de drogas, com propostas a se diminuir os danos e diversas questões relacionadas com o consumo de drogas, levando em consideração a relação com a droga em si. Põe em ação estratégias de proteção, cuidado e autocuidado, possibilitando mudanças nas circunstâncias de vulnerabilidade (ANDRADE, 2002).

involuntárias e ampliam o financiamento de Comunidades Terapêuticas (TÓFOLI; RIBEIRO, 2018). Estes estabelecimentos pretendem promover internações de longo prazo e, além de práticas ditas “terapêuticas”, intervenções de cunho religioso e filantrópico (SHIMOGURI; PÉRICO, 2014). As Comunidades Terapêuticas também revelam estes modos de se propor Atenção a AD: em 2018, o Ministério Público realizou uma inspeção nacional em Comunidades Terapêuticas de todo o Brasil, em parceria com o Conselho Federal de Psicologia (CFP) (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018). Foram detectadas violações de direitos humanos em todas as unidades visitadas, tais como: trabalho forçado, intolerância religiosa, agressões físicas e instalações precárias. Cerca de 50 entidades de saúde, direito e movimentos sociais se posicionaram contra a nova lei que estimula as internações nas Comunidades Terapêuticas (BBC, 2019), que mesmo assim foi aprovada, possibilitando que em 2019, esses estabelecimentos de internação passassem a receber investimentos de 153 milhões de reais, valor quase semelhante ao investimento anual referente aos CAPS AD (EXTRA, 2019).

Esses exemplos evidenciam o embate que ocorre no campo de Atenção de AD, manifestando a organização de duas formas de ofertar cuidados em Saúde Mental, tema que aprofundaremos neste trabalho. Apesar das alterações realizadas por meio da RPB, percebemos que o tratamento por meio de internações ainda se faz hegemônico no nível das práticas institucionais, com a reafirmação de ações asilares no cotidiano por trabalhadores, instâncias e estabelecimentos de cuidado. E é exatamente em um destes estabelecimentos¹² de saúde que operamos nossa práxis e propomos a realização desta intercessão-pesquisa.

Em 2013, o Governo do Estado de São Paulo criou o estabelecimento de internação no qual atuamos, uma unidade hospitalar para tratamento de pessoas em consumo de AD. Este estabelecimento está localizado em um município no interior

¹² De acordo com o Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa, por meio de uma comunicação oral em uma aula no Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Unesp de Assis, a denominação “serviço” representaria a pior forma de trabalho alienado e estranhado, expressando claramente que se trataria da execução de ações de trabalho sem reflexão, como mera aplicação mecânica de protocolos de procedimentos. Expressaria a cisão entre pensar e fazer, colocando o trabalhador na posição de simples tarefeiro. Ele ainda fazia um trocadilho com a expressão “serviço”, falando em “seu-vício”, ou seja, aquela forma de trabalho alienado que captura o sujeito, colocando-o no lugar do objeto. O termo “serviço”, do ponto de vista crítico e dialético, também poderia ser considerado como um indicador da colonização da saúde, enquanto um direito do sujeito cidadão, pela lógica do Mercado que vai transmutando direitos sociais – como são a Saúde, a Educação, a Assistência Social, etc. – em “produtos” comerciais lucrativos, nomeando-os como “serviços”. “Serviços” são aqueles bens à venda, que podem ser adquiridos por quem pode pagar por eles.

do estado de São Paulo, sendo um dos estabelecimentos que integram as propostas de tratamento de sujeitos consumidores de AD do programa Recomeço, do Governo do Estado de São Paulo. São oferecidas neste estabelecimento institucional 30 leitos para internações, distribuídos em quatro enfermarias hospitalares, interdependentes e contando, cada uma, com equipes de trabalhadores próprias: a) uma enfermaria para internação de adultos masculinos (14 leitos); b) uma enfermaria de adultos femininos (6 leitos); c) uma enfermaria para adolescentes masculinos e femininos (04 leitos); d) uma ala de Desintoxicação sem restrição de faixa etária, para ambos os sexos, com quartos para isolamento (06 leitos).

Além das enfermarias para internação, esteve em funcionamento, com nossa participação, de 2016 a meados de 2020, o Ambulatório Infanto-Juvenil, com ações realizadas pela própria equipe de referência responsável pelos adolescentes. Os sujeitos atendidos nesta unidade são pessoas avaliadas por um trabalhador médico atuante em estabelecimento de saúde de quaisquer municípios da região. Quando, por meio de avaliações médicas¹³, for observada a necessidade, os sujeitos são encaminhados para internação após liberação de vaga pelo Departamento Regional de Saúde, que inclui cerca de setenta municípios do interior do Estado de São Paulo.

Integramos a equipe desta unidade, trabalhando em jornadas de 30h/semanais, atuando como trabalhador psicólogo ao longo de sete anos. A produção desta dissertação se deu no início em 2018, já compondo a equipe de referência responsável pelos adolescentes – internados, em tratamento ambulatorial e internos nas Fundações CASA da região – a partir do ano de 2016. Permeado por inúmeras questões, iniciamos nossos estudos junto a Universidade, pelo programa de Pós-Graduação da UNESP, campus de Assis e nos encontros do LATIPPSS.

Esta intercessão-pesquisa, com data de finalização no fim de 2020, representa o esforço de um psicólogo que atua no campo e deseja pesquisar enquanto atua, mesmo com os diversos desafios de se apreender ao rigor acadêmico sem ser um acadêmico, além de realizar todo estudo necessário

¹³ Apesar de que o trabalhador médico utilize critérios estabelecidos para decidir e indicar a internação, observamos que muitos adolescentes são internados, não exatamente de acordo com os critérios referentes ao consumo de drogas, mas sim por causas sociais diversas. Investigar esta questão é um dos objetivos deste nosso trabalho.

enquanto se trabalha cerca de 45h/semanais¹⁴ concomitantemente. Nosso objetivo não se limita na produção de uma dissertação que se torne mais uma produção de conhecimento da Universidade. Desejamos produzir um saber que parta da nossa experiência e que seja passível de leitura para outros trabalhadores do campo, incentivando-os a uma conexão entre o saber e fazer do cotidiano da atuação. Por este motivo, procuramos elaborar este texto com a escrita mais acessível possível, visando os trabalhadores que se interessem pelo tema.

Nesta jornada, definimos como nosso objetivo produzir um saber-experiência, ou seja, produzirmos conhecimentos para instrumentalizar novas práticas Psicossociais, em nosso local de trabalho como psicólogo. Inseridos no cotidiano institucional de atuação profissional, não desejamos realizar uma pesquisa tradicional, mas produzir um saber diretamente da práxis para transformar a própria práxis.

O saber desenvolvido neste estabelecimento de saúde, tanto com a equipe de trabalhadores quanto com os sujeitos consumidores de AD, será fruto das questões produzidas no dia-a-dia do trabalhador e tem sua relevância no sentido de problematizar o atual Modo de Produção¹⁵ de Atenção ofertada a estes sujeitos, permitindo evidenciar: 1. o embate entre diferentes paradigmas de Atenção; 2. a (possível não) garantia de direitos nas ofertas de tratamento – no campo geral da Atenção à adolescentes no Brasil e no estabelecimento que atuamos – e; 3. e os conceitos-ferramentas potentes para este campo de Atenção. Este saber evidenciado não se encerra em si mesmo, uma vez que nos permite instrumentalizar práticas diversas de Atenção e de trabalho institucional.

Referenciamos nossa práxis cotidiana a partir da ética da Atenção Psicossocial, portanto o nosso objetivo é produzir um saber-experiência sobre nossa atuação neste campo. Esta jornada de produção de conhecimento e reflexão sobre nossa práxis nos levou a um conjunto de desafios, questionamentos e deslocamentos, que apresentamos, nesta dissertação de mestrado, a partir dos seguintes dimensionamentos:

¹⁴ Eram 30h/semanais realizadas na UHTAD, já as restantes em outros vínculos empregatícios, evidenciando a baixa remuneração dos trabalhadores que atuam no SUS.

¹⁵ Modos de Produção, considerando o horizonte da Saúde Coletiva, caracterizam-se como conjuntos de instrumentos teórico-técnicos pautados em éticas e propósitos distintos, utilizados nos processos de trabalho, cada qual produzindo os seus efeitos na saúde dos sujeitos (MENDES, 2006). Benelli (2014a, 2015) e Benelli e Costa-Rosa (2012, 2013) realizaram leituras paradigmáticas do campo da Assistência Social, mapeando diferentes Modos de Produção institucional e éticos que também fazem importante interface com a atenção ofertada aos consumidores de AD.

No primeiro capítulo descrevemos o início de nossa jornada como trabalhadores que desejam realizar uma pesquisa enquanto atuam na práxis, visando transformá-la. Para tal, foi necessária uma apresentação do estabelecimento que atuamos, no qual realizamos sua descrição e exposição de fotos do local.

No capítulo dois, apresentamos um levantamento bibliográfico referente às políticas públicas direcionadas aos adolescentes, nos últimos cem anos, no qual destacamos o ECA como nova lógica de cuidado destes. Em seguida, motivados por nosso lugar de trabalhador, inserido na práxis, realizamos um levantamento bibliográfico referente às internações de adolescentes, nos últimos vinte anos, com intuito de problematizar as práticas, lógicas e discursos realizados cotidianamente neste campo de Atenção, em comparação com as políticas públicas vigentes.

Já no terceiro capítulo, problematizamos os Modos de Produção de Atenção no campo da Saúde Mental, utilizando a perspectiva paradigmática de Costa-Rosa (2013), que nos possibilita a realização de análise e a adoção de posicionamentos éticos pautados pelo Paradigma Psicossocial. Feito este dimensionamento, descrevemos o percurso que utilizamos para encontrar um método de pesquisa para um trabalhador produzir um saber-experiência, referencial encontrado na categoria de intercessão-pesquisa, pelo Dispositivo Intercessor.

No quarto capítulo, apresentamos um conjunto de conceitos-ferramentas que apreendemos como essenciais para a realização de práticas Psicossociais. Em nossa jornada realizamos questionamentos que surgiram por meio da reflexão sobre nossa práxis; no processo de construção de conhecimento no âmbito da Universidade; nos encontros do LATIPPSS e a partir da atuação cotidiana, o que possibilitou o contato com os referenciais e conceitos necessários para potencializar a compreensão de uma Atenção orientada pelo Paradigma Psicossocial.

No capítulo cinco situamos o estabelecimento de saúde onde realizamos nossa intercessão-pesquisa, uma UHTAD. Apresentamos a dinâmica de funcionamento do estabelecimento em detalhes e propomos algumas análises sobre sua organização, funcionamento e práticas, a partir da perspectiva da garantia de direitos e dos parâmetros encontrados no RINHPB (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 2019).

Por fim, no sexto e último capítulo, apresentamos diversas situações da nossa práxis cotidiana, vinhetas do dia-a-dia, em conjunto aos sujeitos adolescentes e

trabalhadores da UHTAD. Descrevemos situações, casos, vinhetas clínicas, relatos e problematizações realizadas por nós, que foram levadas posteriormente à Universidade, por meio desse texto de dissertação de mestrado, para assim, retornar à práxis com a produção de um saber, singular e transformador. Com estes relatos, desejamos que a produção deste saber-experiência¹⁶ possa ser instrumento para a prática de outros trabalhadores do campo da Atenção aos adolescentes consumidores de AD, posicionados pela ética da Atenção Psicossocial.

¹⁶ A locução “saber-experiência” é de nossa autoria. Optamos por utilizá-la para evidenciar que o saber produzido nesta dissertação não parte da literatura (mesmo que se utilize da literatura científica), mas sim em nossa experiência como trabalhadores no cotidiano da Atenção. Além disso, este saber produzido também não se encerra na literatura acadêmica, mas visa a produção de ações na própria práxis. Desenvolveremos esta locução no capítulo 3.

CAPÍTULO 1: CARACTERIZANDO A UHTAD COMO CAMPO DA PRÁXIS

Em 2013, o Governo do Estado de São Paulo criou o estabelecimento de internação no qual atuamos, uma Unidade Hospitalar para Tratamento de pessoas em consumo de AD (UHTAD). Esta unidade hospitalar foi criada de acordo com Portaria 148 de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para Atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012a). Este estabelecimento também é regido pela Portaria 349 de 29 de fevereiro de 2012 que incluiu destes estabelecimentos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹⁷ (BRASIL, 2012b).

A UTHAD está localizada em um município no interior do estado de São Paulo e é um dos estabelecimentos que integram as propostas de tratamento à sujeitos consumidores de AD do programa Recomeço¹⁸, do Governo do Estado de São Paulo. A UHTAD é localizada ao lado de um dos bairros periféricos do município, em uma área territorial que foi doada ao município pelo Governo do Estado¹⁹.

O terreno, cercado por arame galvanizado, é uma área composta por um conjunto de estabelecimentos: uma Faculdade de Tecnologia (FATEC); uma unidade do Hospital Municipal (HM), que realiza operações de pequeno porte e tratamento oncológico; as unidades que compõem o Hospital Psiquiátrico – enfermarias para internações, as Residências Terapêuticas, e mais recentemente uma unidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS 3); uma unidade da Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (Fundação Casa); e a UHTAD. É necessário pontuarmos que o CAPS 3 municipal se localizava em

¹⁷ Diversas normativas decorrentes da Portaria nº 3.088/2011 regulam os pontos de atenção da Raps. Para saber mais, sugerimos consultar as seguintes portarias: a Portaria MS nº 121/2012 (unidades de acolhimento), Portaria MS nº 122/2012 (consultórios na rua), Portaria MS nº 130/2012 (CAPSad III), Portaria MS nº 131/2012 (serv. residenciais terapêuticos), Portaria MS nº 132/2012 (reabilitação psicossocial), Portaria MS nº 148/2012 e Portaria MS nº 1.615/2012 (serviços hospitalares de referência), Portaria MS nº 336/2002 (modalidades de CAPS) e Portaria MS nº 3.089/2012 (que dispõe sobre o financiamento dos CAPS).

¹⁸ O Programa “Recomeço” é uma iniciativa do Governo do Estado de São Paulo, com ações coordenadas entre as Secretarias Estaduais da Saúde, da Justiça e Desenvolvimento Social. Este Programa estrutura estabelecimentos em saúde como oferta de tratamento para consumidores de álcool e outras drogas, caracterizando-se pelo predomínio das práticas de internações de tempo variável.

¹⁹ Informações cedidas pela atual gestão imediata.

uma área central do município, sendo transferido, posteriormente para esta área periférica²⁰.

Buscamos caracterizar, neste capítulo, o *lócus* da nossa intercessão-pesquisa. Para melhor situar nossa descrição do estabelecimento, faremos a caracterização do local por meio de fotos da UHTAD. O uso das fotografias foi autorizado pela gestão imediata, anterior e atual. Procuramos não revelar, nas fotos, quaisquer informações que indiquem o nome real do estabelecimento e/ou município de localização que indique o HM do qual a UHTAD faz parte. Com vista à proteção do sigilo, bem como, evitar qualquer tipo de constrangimento e exposição, não há fotos de qualquer trabalhador ou interno. Tendo esclarecido isto, apresentemos o estabelecimento.

Na figura 1, temos a vista aérea de todo o estabelecimento. Chamamos, novamente, a atenção para a localização do complexo, – em área isolada –, seguindo ao lado direito, há uma unidade da Fundação CASA, outro estabelecimento de internação fechada, para adolescentes; próximo a UHTAD está unidade do Hospital Psiquiátrico municipal. É possível perceber os muros altos, típicos de estabelecimentos deste porte.

²⁰ Isso não condiz com as normativas legais dos CAPS pois segundo marco legal (BRASIL, 2011), os estabelecimentos devem estar localizados em áreas de fácil acesso à população. Tal questão é importante, tendo em vista que o CAPS, uma vez localizado em uma área periférica da cidade, oferece tratamentos longe dos territórios dos sujeitos. A alteração da localização do CAPS foi tema de diversos debates entre os trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) municipal na época.

Figura 1: Vista aérea do estabelecimento.



Fonte: acervo institucional.

Como pode ser observado na imagem, a parte externa é constituída por: escadas e subida em rampa; duas entradas: na lateral está a entrada para veículos; e ao centro está a entrada para a guarita de recepção e espaço para espera, onde são recepcionados futuros internos e familiares, por exemplo. Caso desejem realizar visitas à algum interno, os familiares devem fazer um registro, guardar os pertences pessoais e esperar até que um trabalhador traga o sujeito que será internado para a área interna do estabelecimento.

Ao adentrar na parte interna, há a área de visitas, separada da entrada principal por catracas, que só são liberadas para: profissionais, por meio de crachá pessoal; por trabalhadores da categoria de Controladores de Acesso; ou em caso de familiar em visita, por meio de um cartão de acesso provisório. Este espaço é coberto e há alguns conjuntos de mesas e cadeiras.

Figura 2: Área de visitas.



Fonte: acervo do autor

Ao fundo, no lado esquerdo, há uma entrada para o setor administrativo; e do lado direito, uma entrada para o ambulatório infanto-juvenil; ao centro está a recepção e a sala de espera, separada por catracas.

O ambulatório de adolescentes (Figura 3) contém: sala de recepção, copa e área de almoço – anteriormente para adolescentes em tratamento no ambulatório, atualmente para trabalhadores, 4 salas de atendimentos, 2 salas de oficinas, 1 copa interna, 1 sala para guarda de alguns suprimentos e 1 sala de reuniões. O ambulatório de adolescente esteve em funcionamento até agosto de 2020, quando suas atividades foram encerradas devido à baixa disponibilidade de RH e a falta de recursos. Após este período, o espaço passou ser utilizado para a realização de consultas para internos e familiares, além de reuniões de trabalhadores de equipe.

Figura 3: Área de espera do ambulatório.



Fonte: acervo do autor.

Figura 4: Sala de aula, no ambulatório.

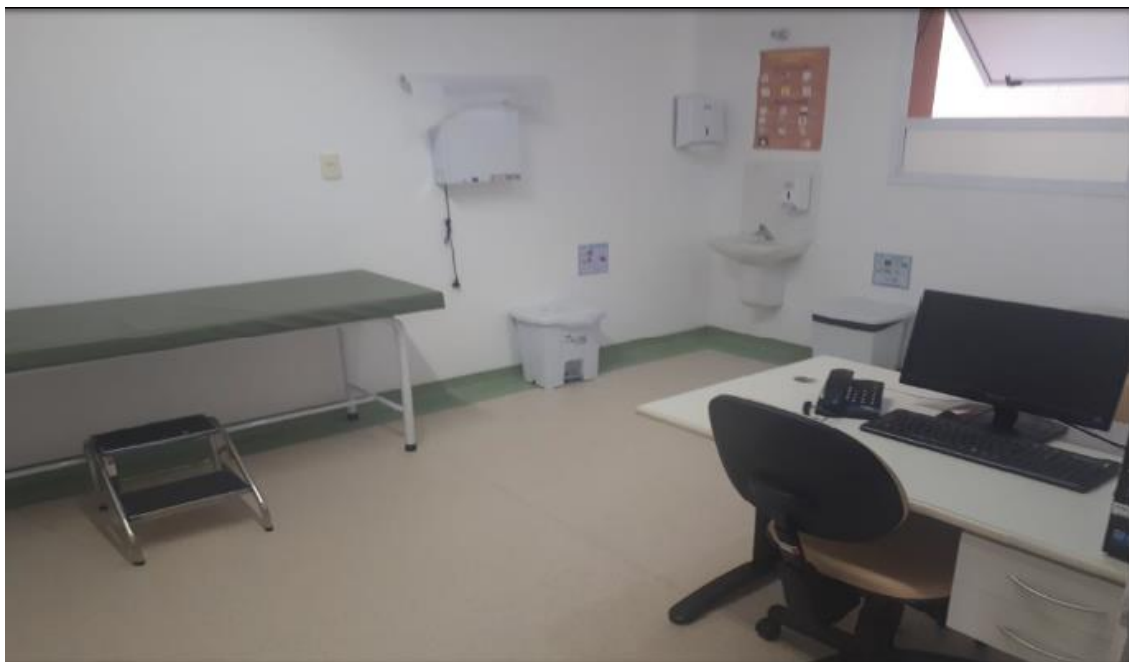


Fonte: acervo do autor.

Há também um setor administrativo, composto de sala de suprimentos gerais, sala dos diretores, sala de acesso a um computador com internet, totalizando dois computadores com internet em todo o estabelecimento, um computador para uso da equipe e mais um, do Diretor; salão de atuação de trabalhadores do setor administrativo e sala de reunião.

Na parte interna, existe um corredor, separado da área de visitas por portão completamente fechado, com acesso possível por crachá de trabalhadores e de Controladores de Acesso. Este corredor dá acesso a sala dos trabalhadores Seguranças de Patrimônio, que detém das chaves de acesso a algumas salas do UHTAD; e salas de atendimentos individuais (Figura 6), compostas por mesas, cadeiras, macas, lavatórios para higienização e um computador, com acesso ao prontuário eletrônico. Algumas salas tem acesso a telefone.

Figura 6: Uma das salas para atendimentos.



Fonte: acervo do autor.

O espaço também é composto por salas de oficinas e guarda de materiais, como os de Educação Física e de Terapia Ocupacional, cozinha “experimental”, usada para trabalhadores realizarem oficinas de culinária ou preparem refeições em eventos sociais, como as festas juninas, por exemplo. O corredor de acesso ao refeitório (Figura 7), local em que internos se alimentam – são cerca de 5 refeições

ao dia, preparadas e entregues pelo setor de nutrição do HM que não se localiza no UHTAD, mas sim nas suas proximidades.

Figura 7: Refeitório



Fonte: acervo do autor.

Há outras salas de atendimento, biblioteca, salão de beleza – utilizado cerca de uma vez por semana, com atividades realizadas em sua maioria por trabalhadores da enfermagem; e o Auditório, utilizado para palestras, eventos ou até mesmo para realizar atendimentos em grupo.

No lado oposto ao refeitório, está localizada a Unidade de Desintoxicação (UD) (Figura 8). Nesta ala há disponibilização de 5 leitos, alguns em quartos próprios para restrição de contatos; um posto de enfermagem; sala de descanso para trabalhadores que ficam de plantão e a Rouparia – onde se encontram todas as roupas utilizadas pelos internos, roupas estas adquiridas por meio de doações ao estabelecimento.

Figura 8: Leitos da Unidade de Desintoxicação.



Fonte: acervo do autor.

Ao final do corredor central fica a área das enfermarias, separadas pela quadra poliesportiva (Figura 9), da enfermaria de adultos. À direita se localiza a enfermaria de adolescentes. No centro se localiza o corredor que conecta a área da quadra com a entrada do hospital.

Figura 9: Quadra esportiva. À esquerda, é possível visualizar a área externa.



Fonte: acervo do autor.

Além da quadra esportiva, o espaço possui uma ampla área de lazer, com mesa de sinuca, churrasqueira, tênis de mesa e uma mesa de pebolim. Ao lado da quadra se encontra a enfermaria de adolescentes, composta por uma área de lazer (figura 10, 11, 12), com televisor, dvd, rádio, mesas e sofás. Há duas destas áreas, chamada de alas, uma para adolescentes masculinos e outra para femininas. Atualmente a enfermaria oferece 4 leitos para internação, com 2 internos por quarto, composto por leitos, um guarda-roupa, uma janela e banheiro. As alas são separadas pelo posto de enfermagem, local com computadores, prontuários físicos para guarda de alguns documentos impressos, produtos de higiene pessoal e pertences dos adolescentes – entregues somente por trabalhadores da equipe, em horários pré-definidos – e outros materiais de utilização para equipe, guardados em armários; além de banheiros. As portas e janelas são abertas, mas a saída dos internos ocorre somente em horários pré-estabelecidos. No período noturno, portas e janelas são trancadas com chave e cadeado.

Figura 10: Sala de multiuso interna de uma das enfermarias



Fonte: acervo do autor.

Figura 11: Sala multiuso da enfermaria de adolescentes;



Fonte: acervo do autor.

Figura 12: Área interna à enfermaria.



Fonte: acervo do autor.

Figura 13: Camas e local de guarda de pertences.



Fonte: acervo do autor.

Figura 14: Quarto com três leitos, janela e porta de banheiro interno.



Fonte: acervo do autor.

Figura 15: Banheiro para uso dos internos.



Fonte: acervo do autor.

Figura 16: Posto de enfermagem, de acesso exclusivo aos membros da equipe. Este posto separa as alas masculinas e femininas da enfermaria de adolescentes.



Fonte: acervo do autor.

Figura 17: Sala de procedimentos de enfermagem. Utilizado para aplicação de injeções ou preparação de medicamentos.



Fonte: acervo do autor.

Ao fundo da enfermaria de adolescente há uma horta (Figura 18), no qual os internos plantam e cuidam de verduras e legumes, coordenados por trabalhadores, com produções destinadas ao consumo interno e para venda, sendo que os valores são destinados à compra de materiais para oficinas. A horta foi idealizada por um conjunto de trabalhadores²¹.

Figura 18: Horta ao fundo das enfermarias de adolescentes e de adultos, respectivamente.



Fonte: acervo do autor.

²¹ Um deles em especial, que esteve cada vez mais próximo de nós e nossas sugestões de práticas com adolescentes no ano de 2020, foi um grande idealizador das hortas na UHTAD. Infelizmente, este colega faleceu em 2021. Declaramos neste momento nosso carinho e saudades do colega.

Acima da enfermaria de adolescentes se localiza uma piscina, para utilização dos pacientes em horários determinados pela enfermagem, com atividades coordenadas pelos trabalhadores de Educação Física. A piscina é cercada por grades e portão, fechada com cadeado que é aberto somente pelo trabalhador encarregado da Segurança de Patrimônio.

Figura 19: Piscina.



Fonte: acervo do autor.

No lado oposto da enfermaria de adolescentes se localiza a enfermaria de adultos, composta por uma ala masculina e outra feminina, em um total de 28 leitos – 20 homens e 8 mulheres – com até 3 internos por quarto. As enfermarias de adultos são organizadas da mesma forma que a de adolescentes. Todo este complexo institucional é cercado por altos muros.

1.1 OS TRABALHADORES

O quadro de funcionários da UHTAD é composto por um total de 40 trabalhadores de saúde, que são coordenados pela direção do estabelecimento: 10 enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem, 05 assistentes social, 02 psicólogos, 01 terapeuta ocupacional, 03 professores de educação física, 02 psiquiatras e 03 médicos clínicos. Completam os trabalhadores contratados via concurso público 05

trabalhadores do setor administrativo, 02 diretores²². O diretor 1, cargo sempre ocupado por um trabalhador médico, lidera todos os trabalhadores que atuam no estabelecimento; e a direção 2, ocupada por uma por enfermeira-chefe, que lidera os enfermeiros do hospital. Durante boa parte da realização deste trabalho, houve mudança de gestão, antes composta por outro Diretor 1, médico; uma diretora 2, psicóloga e a mesma diretora 2 enfermeira-chefe. Todos estes trabalhadores atuam em contratos de 30 ou 40 horas semanais. Os enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos clínicos também atuam em escala de plantão noturno e aos finais de semana, garantindo retaguarda de Atenção aos internos por estes trabalhadores por 24 horas.

Além dos trabalhadores da saúde, compõem a equipe do estabelecimento: uma trabalhadora da pedagogia, que atua com carga horária de 20 horas semanais, sendo responsável por “aulas hospitalares” ministradas aos adolescentes e ainda por 4 trabalhadores do setor administrativo.

Há também os trabalhadores responsáveis pela manutenção do estabelecimento, são eles: os Trabalhadores de Limpeza, contratados por empresa terceirizada; os trabalhadores de “Controle de Acesso”, cuja às funções exercidas são a abertura de prontuários eletrônicos de pacientes recém-internados, recepção e controle de acesso de entrada e saída do estabelecimento; e os trabalhadores de Segurança de Patrimônio, também contratados por empresas terceirizadas com a função de garantir a defesa patrimonial do estabelecimento. Os trabalhadores de segurança de patrimônio são proibidos de qualquer contato com os internos, o que não ocorria até o ano de 2019, na prática, uma vez que, em situações de difícil manejo dos internados devido ao baixo número de trabalhadores de saúde, alguns trabalhadores da segurança de patrimônio já auxiliaram na abordagem e contenção mecânica de alguns internos ou em situações de tentativas de fugas de internos.

1.2 OS CIRCUITOS E CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO NA UHTAD

A UHTAD é um estabelecimento de saúde que compõe a RAPS do município, portanto, é um estabelecimento do SUS, de acesso total e exclusivamente gratuito.

²² Este é o total de trabalhadores atuantes no momento da realização da pesquisa, contudo, este número está abaixo do previsto para o funcionamento adequado do estabelecimento. Em anos anteriores já houve mais trabalhadores, como 3 psicólogos e 4 terapeutas ocupacionais. Entretanto, após a exoneração de alguns trabalhadores, não foram realizadas novas contratações.

Tem seu financiamento totalmente feito pelo Governo do Estado, que repassa a verba ao HM, mantendo assim a UHTAD. São possíveis doações e incentivos privados, desde que seja feito pelo intermédio do HM.

Uma vez sendo um estabelecimento do SUS, todo cidadão tem direito a acessá-lo, por meio dos seguintes circuitos:

- O sujeito precisa ser avaliado por um trabalhador médico, em qualquer estabelecimento de saúde, de um dos quase 70 municípios que compõem o Departamento Regional de Saúde (DRS)²³.
- Após avaliação médica e em caso da detecção de critérios para tratamento via internação, o sujeito é encaminhado a um Pronto-Socorro, onde é feita a requisição de vaga para internação em algum estabelecimento especializado para tal, de preferência em algum município da mesma DRS.
- A requisição é feita à Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS)²⁴, que faz a indicação do estabelecimento que disponibiliza as vagas.
- No caso da UHTAD, a CROSS realiza o contato com o Núcleo Interno de Regulação (NIR), que libera a internação deste sujeito à CROSS e consequentemente, ao Pronto-Socorro em que o indivíduo estaria aguardando.
- Caso não haja disponibilidade de vagas no momento requisitado, o indivíduo e seus familiares, devem permanecer no Pronto-Socorro até a liberação da vaga, pelo tempo que for necessário.

A internação de qualquer pessoa, adolescente ou adulto, pode ser realizada a partir de três modalidades, de acordo com a lei n. 10.216 (BRASIL, 2001): voluntária, involuntária e compulsória; sendo que o médico, devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM), é o único trabalhador autorizado a solicitar as internações psiquiátricas, voluntária ou involuntária, além de avaliar a compulsória. Apresentaremos uma breve descrição destas três modalidades:

²³ A divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo se faz através dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Por meio deste Decreto o Estado foi dividido em 17 Departamentos de Saúde, que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil.

²⁴ A Secretaria do Estado de São Paulo criou a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS) que “congrega as ações voltadas para a regulação de acesso na área hospital e ambulatorial, contribuindo para a integralidade da assistência, propiciando o ajuste da oferta assistencial disponível as necessidades imediatas do cidadão”. Disponível em: <http://www.cross.saude.sp.gov.br/>. Acesso em: 20/10/2020.

- Modalidade voluntária: nessa via de internação o sujeito deseja ser internado. Qualquer pessoa internada por esta modalidade tem o direito de exigir a finalização de sua internação e alta no momento que desejar. Adolescentes não são internados nesta modalidade, mesmo que desejem a internação;

- Modalidade involuntária: nessa via de internação o sujeito é considerado sem crítica de tomar uma decisão, logo, pode ser internado mesmo que não queira, é o que ocorre com sujeitos psicóticos e também com adolescentes, por exemplo. Estas internações devem ser autorizadas por algum familiar ou trabalhador médico, através de assinatura de documento específico. O sujeito internado por esta via somente pode ter seu tratamento finalizado e consequentemente sua alta de uma internação após liberação médica e familiar. Para este tipo de internação, o artigo 8º, §1º, da lei n. 10.216 (BRASIL, 2001), estabelece que deverá ser comunicada, no prazo de 72 horas, ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento de saúde no qual tenha sido realizada, sendo o mesmo procedimento quando da respectiva alta.

- Modalidade compulsória/judicial: nessa via de internação um juiz exige a internação de um sujeito, caso perceba sua necessidade, após estudo de caso por documentos enviados por estabelecimentos da saúde e/ou socioassistenciais, ou mesmo por advogados contratados por familiares do sujeito consumidor de AD. A internação é realizada geralmente após ser expedido mandado de busca e apreensão do sujeito. Apesar da determinação judicial, é necessário que haja a devida avaliação prévia de um trabalhador médico que indique critérios para internação, devendo a equipe de saúde do estabelecimento acompanhar o internado no seu processo de tratamento, indicando a sua finalização e a alta.

A distinção básica entre a internação involuntária e a internação compulsória é que a primeira é solicitada pelo trabalhador médico, enquanto a internação compulsória é determinada pela autoridade judiciária, a partir do estabelecido no Código Penal. Para todas as modalidades de internação, o laudo médico circunstanciado é imprescindível.

Para um sujeito ser internado em um estabelecimento de saúde como a UHTAD, é necessário que apresente um conjunto de critérios indicativos de Dependência Química – três deles ou mais, manifestados durante o último ano – segundo o CID-10:

1. Um desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância.

2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo.

3. Estado de abstinência fisiológica, quando o consumo da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância, ou o consumo da mesma substância - ou de uma intimamente relacionada - com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa (SPA) são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.

5. Abandono progressivo de prazeres alternativos em favor do consumo da SPA: aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou recuperar-se de seus efeitos.

6. Persistência no consumo da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo.

1.3 A INTERNAÇÃO NA UHTAD

Uma vez que um indivíduo seja internado na UHTAD, ele será acompanhado até o estabelecimento, geralmente, por algum trabalhador de um estabelecimento de saúde ou pelos seus familiares.

No local, é realizada uma abertura de prontuário eletrônico na Recepção, área em que o sujeito permanece até ser abordado por uma enfermeira responsável, que faz uma primeira coleta de informações, orientações referentes à internação e a realização de um teste toxicológico por meio de uma amostra de urina, de resultado instantâneo.

Em seguida, o médico clínico faz uma breve avaliação e direciona o paciente até a enfermaria de destino: caso esteja com condições orgânicas e psíquicas que necessitem de cuidado intensificado, o sujeito permanecerá na UD até sua recuperação. Caso esteja em boas condições de saúde, pode ser encaminhado para as enfermarias comuns.

Este circuito pode ser diferente, dadas as situações de maior gravidade. Por exemplo, com uma internação em que o sujeito se nega a permanecer internado, ou

em uma situação de crise, surto psicótico ou se o sujeito estiver sofrendo graves efeitos de uma síndrome de abstinência²⁵. Nestes casos, geralmente de internações involuntárias ou compulsórias, o sujeito é encaminhado diretamente para a UD, com equipe previamente preparada para realizar e manter o sujeito na internação, utilizando diversas estratégias. Primeiramente, realizam uma abordagem verbal e, caso não produza efeitos, passam a empregar algum tipo de contenção, químico/medicamentosa ou mecânica/física.

Com a recuperação clínica do interno e/ou sua aceitação da inescapável internação, ele será encaminhado para uma das enfermarias, local em que permanecerá até o fim de seu tempo de tratamento, determinado pela equipe – ou até requisitar sua alta, nos casos de internação voluntária. Segundo informações da equipe de gestão, as internações na UHTAD têm uma duração média de 30 dias. Esta informação é um dado importante para ser analisado, em especial nas internações compulsórias de adolescentes. Segundo dados colhidos e fornecidos por trabalhadoras do Serviço Social da UHTAD, de todas as internações compulsórias de adolescentes realizadas desde o início do funcionamento do estabelecimento, que datam do ano de 2014, até o mês de setembro de 2020, cerca de 20% das internações tiveram duração média de 20 dias; 22,5% duraram 30 dias, quase 14% duraram 70 dias e quase 14% duraram de mais de 90 dias²⁶. Já houve poucas internações de cerca de 360 dias.

O tratamento em saúde na UHTAD é definido como multidisciplinar/interdisciplinar: o interno terá consultas regulares com diversos trabalhadores, deverá participar de atividades coletivas coordenadas por algum destes trabalhadores. Sua internação terá um Profissional de Referência, um trabalhador da equipe que estabelecerá uma relação mais próxima com o interno e que deve coletar as informações sobre todo o caso. Semanalmente, o caso do interno será discutido em uma reunião com todos os trabalhadores que participam do tratamento.

²⁵ A síndrome de abstinência inclui um conjunto de sintomas que ocorrem em um indivíduo após a interrupção ou diminuição do consumo de alguma SPA. O quadro clínico, as características e a intensidade de uma síndrome da abstinência variam de acordo com SPA consumida. Alguns casos necessitam de atenção hospitalar e medicamentosa.

²⁶ Segundo os dados fornecidos a nós, as porcentagens das internações compulsórias de adolescentes na UHTAD do ano de 2014 até setembro de 2020, aproximadamente, são: até 10 dias: 6,9%; até 20 dias: 20,7%; até 30 dias 22,4%; até 40 dias: 6,9%; até 50 dias: 3,45%; até 60 dias: 3,45%; até 70 dias: 13,8%; até 80 dias: 6,9%; até 90 dias: 1,7%; Mais de 90 dias: 13,8%. Dados não publicados.

Uma vez cumpridos os objetivos da internação, o sujeito está abstinente, a equipe, em “reunião de discussão de casos”, decide pela alta, realizada pelo Psiquiatra responsável pelo caso. Decidida a alta, é agendado transporte para o local de origem em caso de o interno advir de outro município e é agendado a continuidade do tratamento no seu território. Realizado o contato com os familiares para avisá-los da alta, são preparados alguns documentos, dentre eles: um resumo de alta, uma receita de medicamentos, um encaminhamento ao estabelecimento que deverá dar continuidade ao tratamento e qualquer outro previamente requisitado. Em casos de internações involuntárias, a alta é informada ao Ministério Público e para as internações judiciais, também é produzido um relatório informativo ao Juiz de Direito responsável pelo caso. Estas altas de internações compulsórias são tema de grande debate na práxis cotidiana. Segundo a lei 10. 216 (BRASIL, 2001) a alta de uma internação compulsória é de responsabilidade do médico. Contudo, é um tanto comum internações compulsórias nas quais os juízes pretendam se arrogar o poder de decisão sobre a alta de um internando, tentando subordinar o médico à autoridade do poder judiciário e impossibilitando que os trabalhadores da saúde realizem sua conduta profissional.

Cada trabalhador tem sua função no processo do tratamento a ser ofertado na UHTAD, com atribuições específicas de sua especialidade e outras que são comuns à equipe de trabalhadores. Entretanto, tais funções nunca foram descritas ou definidas claramente, o que já proporcionou diversos debates entre trabalhadores e gestores, quanto às responsabilidades de cada trabalhador com sua especialidade e dos modos de organização institucional. A gestão anterior, finalizada em 2019, por exemplo, buscava organizar a equipe por meio do conceito de clínica ampliada, definindo práticas de “núcleo”, específicas de cada trabalhador – apenas psicólogos realizavam psicoterapia, somente médicos prescreviam medicações, etc. – e práticas de “campo”, atividades que qualquer integrante da equipe poderia realizar, tais como acolhimentos, contatos com familiares ou auxiliar quando fosse necessário fazer contenções mecânicas de internados. Muitos debates também envolviam as atribuições definidas nos códigos de ética de cada trabalhador e sua área de especialidade, uma vez que algumas práticas sugeridas aos trabalhadores caracterizavam violações das normativas dos respectivos códigos de éticas, quando não, práticas violadoras de direitos dos sujeitos internados.

No que concerne a internação de adolescente na UHTAD, ao ser recepcionado por um enfermeiro e avaliado por um médico clínico, ele seria encaminhado para a enfermaria – caso não apresentasse critérios para internação da UD. Na enfermaria, o adolescente seria apresentado a um conjunto de regras quanto ao modo de funcionamento da enfermaria, descritas em documento²⁷. Descrevemos apenas o início do texto, sendo que este se encontra completo nos anexos desta dissertação (ver anexo 1):

Quadro 1: Regras e rotinas - enfermaria adolescentes

Perdeu o controle da droga? - Está em risco ou tendo prejuízos? - Sua família não consegue mandar em você? - Não está indo para a escola? - Não tem rotina? - O que aconteceu com você? - A culpa é de quem? **Você está internado? Por quê? SE ESTA INTERNADO TEM QUE SEGUIR AS REGRAS DA UHTAD!!!**

Sua internação pode ser involuntária ou judicial?

Involuntária: algum responsável assina sua internação que é comunicado ao Ministério público.

Judicial: o juiz MANDA internar.

Como é estabelecido a alta?

Involuntária: equipe discute sua alta após cumprir projeto terapêutico (todos dessa equipe influenciam a decisão).

Judicial: após cumprir o projeto terapêutico, a equipe envia relatório solicitando alta para o Juiz para o mesmo autorizar a alta”.

SEGUNDAS-FEIRAS TEM REUNIÃO DE EQUIPE ÀS 12:00 PARA DISCUSSÃO DE CASO, O PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA IRÁ CONVERSAR COM O ADOLESCENTE APÓS

O que posso levar na internação?

- Roupas íntimas e meias;
- Pasta e escova de dentes;
- Shampoo e condicionador;
- Gel e desodorante sem álcool;
- Hidratante corporal;

²⁷ Aparentemente, este documento não era um documento “oficial” do estabelecimento, ou seja, não foi elaborado coletivamente pelos trabalhadores e não era de ciência da gestão, mas era sim, um documento criado por alguns trabalhadores da equipe de referência a cuidados com adolescentes. Em nossa intercessão-pesquisa, problematizar este documento têm grande pertinência, mesmo não sendo um documento oficial, uma vez que nos interessa problematizar as práticas institucionais operacionalizadas neste estabelecimento, sejam as práticas oficializadas, sejam as mais sutis, exercidas por alguns trabalhadores.

- Pente ou escova de cabelo;
- Chinelo e tênis;
- Blusa de frio SN

Fonte: Acervo institucional

Após algumas informações sobre os objetos pessoais que são permitidos na internação e da possibilidade de ter um acompanhante familiar durante a internação, o texto segue referindo sobre a obrigatoriedade de se realizar um teste toxicológico urinário: “Se recusa fazer o teste urinário multidroga? Entenderemos que pode ser positivo para todas as substâncias” (ANEXO 1).

Continuando o texto, ao final da descrição dos horários e rotinas é descrito em letras maiúsculas e em negrito: “**PROIBIDO DESACATAR FUNCIONÁRIO E/OU AGREDIR CONTRA PATRIMONIO PUBLICO OU SER DESRESPEITOSO COM OUTRO PACIENTE DA ENFERMARIA**” (ANEXO 2). Referente à participação das ofertas institucionais a “**PARTICIPAÇÃO DAS ATIVIDADES, CONSULTAS E EXAMES SÃO OBRIGATÓRIAS**” (ANEXO 2).

A seguir, o texto apresenta orientações referentes aos banhos, disponibilização de roupas pelo estabelecimento – em geral, conseguidas por meio de doações feitas ao estabelecimento – e disponibilização dos objetos de higiene, em horários pré-estabelecidos. O texto enfatiza a proibição de lavagem de roupas íntimas no banheiro e que “**não é permitido a entrada e permanência de adornos, como brincos, colares, piercings e outros. PODE EXTRAVIAR**” (ANEXO 2).

Na última página, o documento descreve a obrigatoriedade quanto à organização do quarto, apresenta proibições a que se mantenham objetos e alimentos nos armários; contém informações referente à ligações telefônicas aos familiares: podem ser realizadas 3 vezes na semana, realizadas e supervisionadas pelos trabalhadores; estabelece os horários das refeições; das visitas dos familiares; inclui a proibição de manter qualquer material – lápis, tesoura, borracha; e a proibição de manter contato físico com internos da enfermaria de adultos, descritos ao final em negrito, maiúscula e seis pontos de exclamação: “**O CONTATO FISICO COM OUTRO INTERNO, PASSIVEL DE ADVERTÊNCIA E ABERTUA DE B.O.!!!!!!**” (ANEXO 3).

O texto finaliza descrevendo os horários prescritos para os compromissos noturnos, com o fechamento dos adolescentes dentro da enfermaria, com portas e janelas sendo trancadas, a partir das 17h (ANEXO 3).

No que concerne às atividades, atendimentos coletivos e rotina institucional, são oferecidos um conjunto de propostas que são distintas para a enfermaria de adolescentes para a de adultos. Algumas propostas são realizadas para ambas as enfermarias, desde que em horários diferentes e conduzidas por trabalhadores das respectivas equipes de referência. Algumas delas são:

- Atividades pedagógicas e de orientação, como grupos de sexualidade, higiene, etc;
- Atividades pedagógicas, ofertadas diariamente, algumas horas pela manhã, por trabalhadora pedagoga;
- Grupo de organização da semana/grupo de Projeto Terapêutico Singular (PTS): é um dos atendimentos em grupo que coordenamos, com objetivo de oferecer aos adolescentes escuta e espaço de fala referente à internação – incluindo temas desde os problemas de convivências até os efeitos da institucionalização/internação – e para articular com os adolescentes a rotina semanal, compondo, organizando com eles atividades diversas, tais como grupos e ofertas de lazer de sua escolha;
- Grupos terapêuticos e Rodas de Conversa, coordenados por diversos trabalhadores voltados para tratamento do consumo de AD;
- Ambiências: incluem os momentos de convivência livre em conjunto com os trabalhadores, realizados na área externa a enfermaria. Nestes atendimentos, não há qualquer direcionamento ou determinação de demanda específica para abordar, mantendo uma livre-escuta para que os adolescentes possam abordar os temas que desejarem. Estes atendimentos, de caráter mais livre e pouco estruturado é alvo de críticas por parte de alguns trabalhadores da UHTAD, que acreditam que somente atendimentos focados e estruturados proporcionam efeitos terapêuticos;
- Atividades de Educação Física, liderados pelo educador físico, voltado para o desenvolvimento da saúde dos adolescentes, com práticas integrativas, proporcionando auto-cuidado e desenvolvimento dos adolescentes. Estas atividades envolvem esportes de diversas ordens em múltiplos espaços, sendo a caminhada externa, realizada diariamente, uma das mais requisitadas pelos adolescentes;
- Oficinas de culinárias são realizadas de acordo com a disponibilidade de material. Geralmente os trabalhadores da equipe são os que arcam

voluntariamente com os custos dessa atividade, com o objetivo de ofertar aos adolescentes momentos de descontração ou festividades, como a comemoração de algum aniversário. Em outras ocasiões, o objetivo é a produção de momentos de prazer aos adolescentes, que indicam desejo de comer uma alimentação não-hospitalar. Lanches, doces, bolos de chocolate, pipocas e batata frita são os pedidos mais frequentes dos adolescentes.

- Oficina de autocuidado, coordenado em especial pela enfermagem, proporcionando o uso de salão de beleza institucional. Neste espaço é realizado corte de cabelo, unhas e barba, maquiagem, alisamento de cabelo e manicure.
- Atividades de lazer, coordenadas por qualquer membro da equipe, voltadas à produção de qualidade de vida e diminuição dos efeitos institucionalizadores típicos produzidos pelo processo de internação;
- Atendimentos individuais, realizados de acordo com a demanda apresentada pelos adolescentes, que têm a liberdade de requisitar um atendimento assim que desejarem.

As propostas e ofertas de tratamento descritas não foram as mesmas durante todo o tempo de realização de nossa pesquisa-intercessão. Contudo, acreditamos que estas ofertas representam os Modos de Produção de Atenção dispensados aos adolescentes na UHTAD. Problematicar a oferta de cuidado pelo trabalhador e institucional nesse campo consiste num tema pertinente na nossa práxis como trabalhador psicólogo. Apresentamos um conjunto de reflexões sobre estas diferentes modalidades de Atenção no decorrer desta dissertação, além de um conjunto de análises que nos permitem problematizar o tratamento ofertado para adolescentes consumidores de AD, tanto neste estabelecimento, quanto no âmbito mais geral do cenário nacional.

CAPÍTULO 2: CONTEXTUALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADOS EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE ÁLCOOL E DROGAS



Neste capítulo objetivamos discutir o tema da Atenção para crianças e adolescentes por meio da perspectiva das políticas públicas sustentadas na noção de garantia de direitos. Nesse sentido, apresentamos um levantamento documental e bibliográfico realizado com a finalidade de sistematizar um conjunto de informações e de problematizações quanto às práticas de cuidado em saúde, dentre elas, as internações²⁸ de adolescentes consumidores de AD. Analisamos os pressupostos legais, históricos e atuais, referente à institucionalização/internação como estratégia de tratamento para adolescentes. Partimos de algumas discussões acerca das características dos códigos legais sobre os adolescentes, enfatizando as do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). Em seguida, apresentamos um levantamento sobre as internações de adolescentes consumidores de AD, no cenário brasileiro, entre os anos 2000 a 2020,

²⁸ Benelli (2015), operando com as categorias de instituição total e disciplinar, considera que a tecnologia social da internação é bastante antiga e, apesar de toda a crítica sólida já apresentada, de modo surpreendente, continua sendo uma ferramenta bastante utilizada na atualidade. Apesar da sua evidente superação teórica, técnica, política e ética, a internação ainda é largamente empregada em diferentes áreas: na educação escolar (escolas confessionais, colégios agrícolas) na formação do clero católico (seminários), na formação de religiosos e religiosas (casas de formação), na saúde (hospital geral), na psiquiatria (manicômios), na socioeducação (unidades de privação de liberdade para adolescentes que cometeram atos infracionais), na Assistência Social (casas de acolhimento institucional variadas), na segurança pública (presídios), no exército (quartéis), dentre outros. Dada sua persistência no campo social, é importante conhecer sua estrutura, lógica de funcionamento bem como os efeitos que podem produzir. O autor apresenta uma problematização dos impasses típicos da internação institucional que também se aplicam ao caso das unidades de internação para adolescentes que cometeram atos infracionais, bem como às unidades de internação de saúde para tais sujeitos.

problematizando as atuais estratégias de cuidado, bem como seus operadores e suas lógicas, com base na perspectiva do discurso da garantia de direitos.

2.1 O HISTÓRICO DE INTERNAÇÕES DE ADOLESCENTES NO BRASIL: CONTROLE SOCIAL OU GARANTIA DE DIREITOS?

Todas as práticas de cuidado em saúde, como também na Assistência Social, no Brasil, são norteadas por um conjunto de determinações legais, tanto pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), quanto pelas deliberações do Ministério da Saúde e do Ministério da Cidadania. O cuidado dispensado a crianças e adolescentes, estabelecidos no campo da saúde e da assistência social, partem do mesmo pressuposto, o da garantia de respeito aos direitos desses sujeitos. Mas, estes aparatos legais, voltados para o cuidado e a gestão social foram radicalmente alterados ao longo dos últimos cem anos (BRASIL, 2014), sendo no último século, estabelecido três modelos, permeados por diferente lógicas: o Código Mello Matos, o Código de Menores e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Na década de 1920 se iniciou um debate sobre a construção de um modelo socioassistencial infanto-juvenil. Uma vez que não havia redes de apoio no trato a esta população, era necessário o desenvolvimento de políticas para a gestão social de crianças e adolescentes. Assim, em 1927, pelo Decreto nº 17.943-A de 12 de outubro, foi estabelecido o Código Mello de Mattos (BRASIL, 1927) que, segundo Coimbra e Ayres (2009), tinha por finalidade exercer “saneamento social”, tendo em vista o interesse do Estado na construção de um modelo de assistência centrado na institucionalização para garantia de uma proteção social aos cidadãos. Como consequência do primeiro Código, foram criadas diversas instituições filantrópicas para lidar com os jovens pobres e moradores de rua, organizadas sob a perspectiva do controle social, no qual os juízes de menores da época interviam por parâmetros morais e higienistas para lidar com os perigosos “meninos de rua”²⁹(COIMBRA; AYRES, 2009).

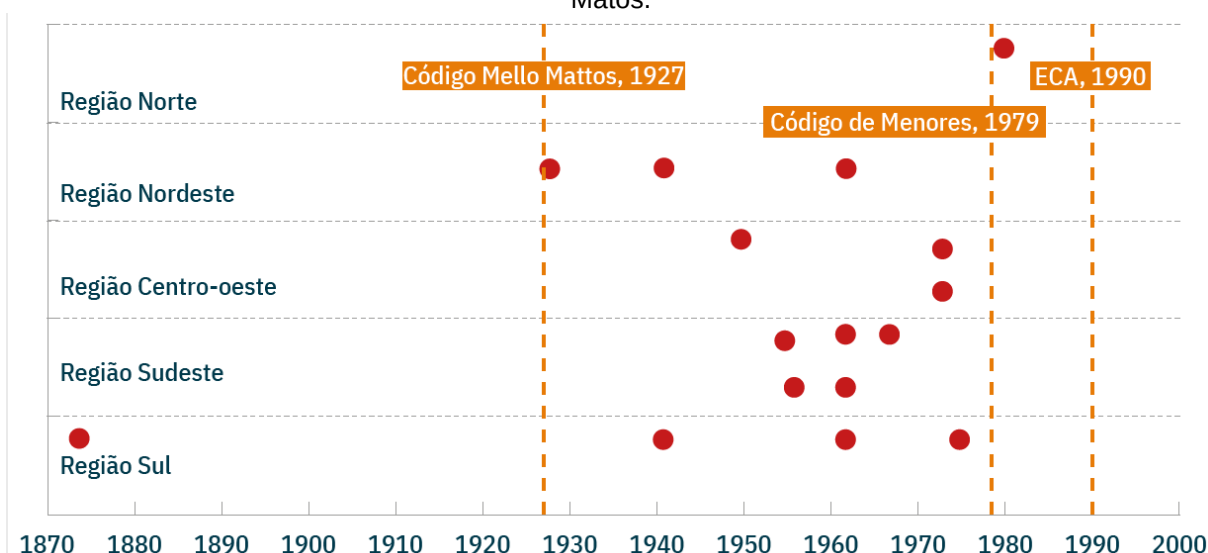
Em 1979, pela Lei nº 6697 de 10 de outubro, entrou em vigor o Código de Menores (BRASIL, 1979). Embora tal Código tenha sido considerado um avanço em

²⁹ Essa expressão surgida na época foi reforçada pelos meios de comunicação vigentes, estabelecendo o estereótipo destas crianças e adolescentes como inimigos da sociedade civil organizada (COIMBRA; AYRES, 2009).

relação ao Código anterior, uma de suas facetas estava no controle dos riscos por meio da estratégia de internações em massa de crianças e adolescentes em estabelecimentos de molde totalitário (ALTOÉ, 2008, 2009a, 2009b; RIZZINI, 1997; RIZZINI; RIZZINI, 2004). Durante a vigência deste Código, foram criados inúmeros estabelecimentos de abrigo na época, muitos destes instituídos sem dar a devida importância à qualidade da institucionalização/internação (COIMBRA; AYRES, 2009). As ações eram calcadas na lógica da institucionalização/internação, portanto, pela exclusão social como mecanismo de gestão, cujo alvo eram crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social.

Historicamente, os modos de gestão social aplicados aos adolescentes, no Brasil, foram voltados à institucionalização, sobretudo, psiquiátrica, como é demonstrado no gráfico abaixo:

Gráfico 1: Linha do tempo dos anos de inauguração de hospitais psiquiátricos para crianças e adolescentes, indicando que a maioria foi realizada nos períodos de vigência do Código Mello de Matos.



Fonte: RINHPB (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 353).

Porém, na década de 90 do século XX, se iniciou um debate, motivado por diversas influências³⁰, que colocaram em xeque essa lógica da reclusão institucional. Nesse sentido, ascende a nova concepção de crianças e adolescentes considerados enquanto sujeitos de direitos. Um marco desta perspectiva foi efetivado por meio da CF (BRASIL, 1988), como se pode notar em seu o artigo 227:

³⁰ Tais influências se deu por diversas iniciativas nacionais e internacionais, a saber: Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1945); Declaração dos Direitos da Criança (1959); e a Convenção dos Direitos da Criança (BRASIL, 1989), promulgada pelo Decreto nº 99.710 de 1990.

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à Cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Com a CF, se instrumentalizou uma nova lógica no trato com o segmento infanto-juvenil, sendo este regulamentado em 1990 pelo ECA (BRASIL, 1990a). Orientado pelo paradigma da proteção integral³¹, crianças e adolescentes são considerados como sujeitos de direitos e pessoas em situação peculiar de desenvolvimento, com prioridades a serem garantidas pelo Estado e pela sociedade.

Com o estabelecimento do ECA como norteador legal dos cuidados às crianças e adolescentes, podemos notar não somente um incremento de leis, mas também uma alteração ética pela instrumentalização de uma nova lógica. O ECA reconhece o adolescente como um sujeito de direitos e não como um objeto de intervenção estatal, subvertendo o imperativo de controle social através da institucionalização que perdurou por muito tempo no marco legal brasileiro. No art. 3º do ECA, fica claro que é garantido ao adolescente todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana, sendo impostos a sociedade o dever de cuidar e respeitar esta população, além de assegurar todas as suas possibilidades de desenvolvimento (BRASIL, 1990a).

Benelli (2020b, p. 50) realiza uma análise comparativa entre os modelos paradigmáticos de cuidados para crianças e adolescentes:

Em seu longo e complexo processo de institucionalização, a PNAC poderia ser entendida como estando historicamente organizada a partir de dois modelos paradigmáticos institucionais diversos: a) o menorista, baseado no Código de Menores (BRASIL, 1927, 1979) e na noção de Situação Irregular, que criminalizava as crianças e adolescentes pobres, sobretudo negros, propondo medidas preventivistas, tuteladoras, repressivas e de internação em estabelecimentos disciplinares totalitários; b) o garantista, pautado no ECA (BRASIL, 1990) e na concepção de Proteção Integral de crianças e adolescentes considerados como sujeitos cidadãos de direitos, buscando promover práticas institucionais emancipadoras e produtoras de Saúde, de Educação e de Assistência Social enquanto direitos de cidadania para todas as crianças e adolescentes brasileiros, privilegiando a liberdade e também a convivência familiar e comunitária no território. Cada uma dessas possibilidades paradigmáticas se materializa, além do plano jurídico, em organizações, estabelecimentos, discursos e práticas, atores e figuras sociais diversas, bem como em efeitos éticos específicos.

³¹ O Paradigma de Proteção Social estabelecido pelo ECA, norteia as indicações quanto à promoção e garantia de bem-estar de crianças e adolescentes como prioridade.

Com estas breves considerações, percebemos que os Códigos anteriores ao ECA estimulavam a institucionalização/internação de crianças e adolescentes. Já o ECA, alinhado com a Lei 10.216 (BRASIL, 2001), indica ações que fogem da lógica do controle social pautado em práticas repressivas, priorizando a garantia de direitos e o estímulo ao desenvolvimento e a proteção social. Por meio da defesa do direito à convivência familiar e comunitária, o ECA apresenta uma perspectiva desinstitucionalizadora, no sentido de que crianças e adolescentes têm o direito de conviver com suas famílias nos seus territórios, gozando de liberdade. O acolhimento institucional em estabelecimento específico, no nível da Proteção Social Especial de alta complexidade, visa abrigar crianças e adolescentes que estejam vivenciando situações de vulnerabilidade e de risco pessoal e social, logo, deve ser caracterizado pela excepcionalidade e pelo tempo mais breve possível. Contudo, a institucionalização por meio de internações em Saúde Mental ainda é permitida e garantida por lei, porém esse procedimento deveria ser tomado apenas em último caso, ou seja, em caráter de urgência e exceção, quando todos os demais recursos já foram utilizados.

De forma análoga ao campo da Atenção na Saúde Mental, em que se nota dois modelos dialeticamente opostos, há também um embate de lógicas no campo da gestão social de crianças e adolescentes. É conveniente fazermos uma discussão mais aprofundada sobre as principais diferenças entre os Códigos anteriores e o ECA com suas novas concepções, apontando algumas características que distinguem estes Códigos, e que, por sua vez, são indicativas de lógicas opostas no que se refere ao trato da população infanto-juvenil no Brasil.

Para tal problematização, indicamos uma reflexão sobre os objetivos do Estado, traduzidos em Lei, somado à concepção de adolescência em determinado momento histórico. Os modos como compreendemos a adolescência não se mantêm constante. Cada momento histórico social define as potencialidades, limitações e necessidades típicas de cada fase da vida que, de modo singular, oferecem parâmetros para que a sociedade se organize na regulação da vida cotidiana, com leis que a regem (BRASIL, 2014; COUTINHO, 2009). Os Códigos legais refletem, nesta dinamicidade, as intenções, perspectivas e expectativas referentes as pessoas de uma sociedade. É nesse sentido que observamos que, em cada um dos três Códigos legais, se manifestam distintas intenções e expectativas quanto as crianças e adolescentes.

Nos Códigos anteriores ao ECA, as intenções eram voltadas ao controle social repressivo, com perspectivas de manutenção da ordem social, caracterizando adolescentes autores de atos infracionais como sujeitos com “comportamentos desviantes”. O adolescente era definido como um sujeito sem autonomia para julgar seus atos, o que requeria ações do Estado de institucionalização/internação, voltadas ao ensino e ao desenvolvimento moral (BRASIL, 2014).

Com a promulgação do ECA, há uma mudança radical destas premissas. Este estatuto reconhece que crianças e adolescentes são pessoas em desenvolvimento, sem considerar o caráter “inacabado” da adolescência por uma perspectiva negativa, de menos direitos e de menos autonomia. Pelo contrário, por estarem em desenvolvimento, se compreende que esses sujeitos necessitam de mais direitos para o seu desenvolvimento pleno, não ações rígidas de controle. O ECA, instrumentalizado pela perspectiva da Proteção Integral, indica a importante separação entre os conceitos de autonomia e independência. Os adolescentes são considerados sujeitos com autonomia, com capacidade de fazerem escolhas, estabelecer suas próprias regras e atuarem no laço social. Porém, isso não os tornam independentes de adultos, sejam estes familiares, pessoas da comunidade, sociedade em geral e/ou o poder público, mas passíveis de responsabilização e com direito ao desenvolvimento desta autonomia (BRASIL, 2014). O ECA, como norteador legal no trato com esta população jovem, representa o interesse do Estado com o desenvolvimento do adolescente, por meio de ofertas e possibilidades garantidas como direitos para formação de autonomia.

Para proporcionar este desenvolvimento nas fases da infância e da adolescência é necessária a convivência com adultos afetivos e respeitosos, em especial familiares; à pertença a grupos sociais; acesso à educação formal de qualidade; acesso ao desenvolvimento e qualificação profissional; acesso à promoção, proteção e tratamento em saúde; à possibilidade de construção e viabilização de projetos de vida, com reconhecimento de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais que influenciam sua exequibilidade (ONU, 1945; BRASIL, 1988; BRASIL, 1990b³²; BRASIL, 1990a). Por conseguinte, crianças e

³² A Convenção Internacional dos Direitos da Criança foi aprovada na Resolução 44/25 da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989, promulgada no Brasil em 1990 pelo decreto 99.710.

adolescentes devem ter garantidos condições para estímulo de sua autonomia e desenvolvimento de suas capacidades.

Com base nesta perspectiva de desenvolvimento, passa a ser exigível do Estado, de familiares e da sociedade atuações que garantam todos os direitos que propiciem o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Em oposição radical aos Códigos anteriores, segundo os quais a sociedade deveria ser protegida de adolescentes de “comportamentos perigosos”, o ECA responsabiliza todos os atores sociais a oferecerem condições de vida, de qualidade e de proteção à crianças e adolescentes, que, só podem ser exercidas, em toda sua potencialidade, no território³³ do sujeito (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014).

A compreensão instituída é que “o território é o lugar psicossocial do sujeito; é onde a vida acontece” (BRASIL, 2005, p. 13), por isso, se define que as ações estimuladas pelo ECA são ações territorializadas, considerando todas as relações em que o adolescente está inserido e lhe garantindo o direito de desenvolver sua autonomia, na convivência familiar e social. Ao priorizar as ações territoriais, o ECA indica uma alteração na lógica aos cuidados de crianças e adolescentes, com ações não mais voltadas às internações e abrigamentos em orfanatos, mas sim em meio aberto.

Esta concepção focada em ações no território merece maior aprofundamento em nosso debate. A lógica do ECA se articula com a ética da reordenação da Atenção no campo da Saúde Mental proposta pela lei 10.216 (BRASIL, 2001), que instrumentalizou a Atenção Psicossocial e que considera o ser humano como um sujeito biopsicossocial. Desse modo, a saúde de um indivíduo se constitui por fatores diversos, inclusive por seu território. Para o cuidado ao adolescente, é essencial considerar duas questões: 1. Definir o território e sua influência no sujeito como possível produtor de saúde, bem como adoecimento, e; 2. Considerar o adolescente e o seu direito ao desenvolvimento, sendo a influência do território primordial para a formação e a saúde deste cidadão. Ao incluir a sociabilidade, sexualidade, relações familiares e projetos futuros como questões que compõem a vida e a subjetividade de crianças e adolescentes, se faz necessário a redistribuição

³³ Território: conceito utilizado pela Saúde Coletiva. Tal conceito propõe a incluir indicadores do campo geográfico de vivência de um indivíduo; as condições sociais, culturais, históricas e econômicas e as relações subjetivas e afetivas que o indivíduo estabelece (GONDIM; MONKEN, 2014). Conforme o ideário da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, o Território é concebido como o espaço físico de uma pessoa, mas também vai além, compondo o espaço vital: econômico, político, sociocultural e subjetivo (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

de ações de responsabilidade para proporcionar o suporte material, concreto e efetivo para estes quesitos.

No caso de adolescentes que fazem consumo de AD, percebemos, em nossa práxis, o quanto as questões do território os expõem a vivências um tanto extremas, que favorecem o adoecimento psíquico. São exemplos dessas experiências-limite: inserção no tráfico de drogas, prostituição, violência, abuso sexual e a falta de perspectivas futuras, além da criminalidade. Tais questões tornam imperativa a garantia de proteção e oferta de Atenção, em contraposição aos norteamientos legais anteriores, de culpabilização do adolescente e de seu ato, desconectando o sujeito das circunstâncias de sua vida, sem produzir quaisquer alterações sociais. Para ofertar a possibilidade de desenvolvimento biopsicossocial saudável, se torna necessário o fomento das políticas sociais, de modo a contemplar a situação de vulnerabilidade social do adolescente no território, em intersecção entre saúde, cultura, educação, política.

Tanto o ECA quanto a Atenção Psicossocial consideram a saúde um processo que vai além da questão orgânica e/ou psíquica, o que demanda dos trabalhadores da Saúde Mental uma consideração das diversidades ética, racial, cultural e afetiva, dos sujeitos. Trabalha-se com vista a minimizar os riscos produzidos no território e as desigualdades resultantes de processos históricos de discriminação: pobreza, falta de acesso à educação e/ou baixa escolaridade, exploração de trabalho e exposição à violência, questões que ocasionam o adoecimento e agem como formadores de subjetividade, passíveis de escuta e cuidado (BRASIL, 2014).

Esta é a afirmação da Saúde Mental, do ECA e da Atenção Psicossocial referente à territorialização: considerar os determinantes territoriais e sociais, de modo que a institucionalização/internação de crianças e adolescentes não deve se constituir como principal via de produção terapêutica, menos ainda, meio para garantia de seu pleno desenvolvimento. Promover saúde demanda estratégias que favoreçam a interpelação de políticas públicas e tecnologias inovadoras, estruturadas também com base nas características epidemiológicas do território, o que não se cogitava nos Códigos legais e nas práticas sociais anteriores ao ECA. Outrora, o adolescente era responsabilizado por seus atos, sendo desconsiderado, nos marcos legais, os diversos determinantes territoriais e contextuais nos quais o adolescente estava inserido.

Ao estabelecer um modelo de cuidado que foca na territorialização e na responsabilização, em lugar da institucionalização/internação, se propõe que o Estado e a sociedade garantam o exercício dos direitos fundamentais que, para determinada população de jovens-adolescentes, em especial pobres e negros no Brasil, são direitos historicamente violados. Norteados pela lógica do ECA, é possível atuar junto aos sujeitos considerando-os implicados em suas demandas, sofrimento e atos, sendo o adolescente percebido como alguém capaz de autonomia e com capacidade de se responsabilizar por tais questões. Para tal, é essencial a garantia ao acesso à proteção, aos direitos básicos e à Atenção em saúde, inclusive, à Saúde Mental.

A atual política nacional para crianças e adolescentes inaugurada com a Constituição Federal (BRASIL, 1988), com o ECA (BRASIL, 1990a), dentre outras (BRASIL, 2006, 2010a, 2010b) exigem outra organização das práticas em saúde que não a institucionalização/internação. Abordamos a organização das práticas em Saúde Mental a seguir.

2.2 A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO COMO GARANTIA DE DIREITOS: COMO FAZER?

Durante a produção deste trabalho, entre os anos de 2018 a 2020, houve uma alteração significativa no direcionamento de políticas públicas no campo de AD, com a publicação da nova Lei 13.840 de 5 de junho de 2019, que flexibiliza o tratamento por meio de internações. Esta lei é orientada pela lógica hospitalocêntrica em detrimento da perspectiva da Redução de Danos e consequentemente, das práticas territorializadas.

Anteriormente a esta lei de 2019, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas tinha suas diretrizes pautadas na orientação do modelo assistencial direcionado por uma Atenção com base comunitária e territorial. Alinhada com os princípios da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), a RAPS tinha como princípio práticas de reinserção social e atuações que evitassem ações institucionalizantes. Como não houve alteração no ECA, sendo este o norteador legal para crianças e adolescentes até o ano de 2020, nossa posição e reflexão crítica se mantem norteadas pela lógica deste estatuto. Apresentamos um conjunto de discussões que justificam este nosso posicionamento nos níveis teóricos, técnicos, políticos e éticos.

No campo do consumo de AD é necessário que seja realizada uma avaliação contextualizada e singular, não só do sujeito que faz o consumo, mas da relação que ele estabelece com a droga. Tal avaliação é mais desafiadora no caso de adolescentes, devido à fase peculiar de desenvolvimento em que se encontram, fase composta por experimentações de grande importância no seu engajamento sociocultural, em grupos sociais, com seus códigos e signos (BRASIL, 2014; COUTINHO, 2009). Portanto, para a oferta de Atenção a crianças e adolescentes, é necessária uma oferta de cuidados ampliada:

Os serviços de saúde mental infanto-juvenis, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental, devem 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 (BRASIL, 2014, p. 27).

Entendemos que o consumo de AD, por parte de adolescentes em situação de vulnerabilidade social, pode se constituir como uma via para lidar com situações de desigualdade social, como moradia precária ou a falta dela, falta de acesso à escola, situações de exposição à violência, questões pessoais de ordem emocional, entre outros motivos. Ou seja, nem todo consumo de AD é um causador de adoecimento por si só, mas talvez uma consequência de sofrimentos de outras ordens, sociais, por exemplo, a indicação de tratamento deve ser discutida com trabalhadores capacitados e precavidos a avaliar não somente o consumo de AD, mas a relação estabelecida com a droga e o contexto social em que o adolescente está inserido.

Para responder a questões da adolescência, é fundamental a criação e oferta de novas formas de sociabilidade para adolescentes e seus familiares, de preferência, voltadas ao desenvolvimento saudável de suas potencialidades e criação de projetos de vida. Isso representa demandas de políticas intersetoriais, para além da saúde, mas também é responsabilidade deste campo, atender as carências e as demandas identificadas como adoecimento. Para responder estas demandas, a política de Saúde Mental infanto-juvenil apresenta estratégias e recomendações a nível territorial e comunitário (BRASIL, 2005), sendo estas:

1. Considerar os adolescentes como sujeitos e responsáveis por sua demanda e sintoma. Uma vez considerados sujeitos de direitos, são detentores de possibilidade de fala e requerem uma escuta singular e sigilosa³⁴. Esta escuta pode dar início a um tratamento que deve evitar um caráter prescritivo ou formatado, mas sim singularizado, sempre precavido dos preceitos éticos e da lógica da Proteção Integral prevista pelo ECA, estimulando o desenvolvimento do jovem, não adotando vieses moralizantes ou higienistas.

2. Os estabelecimentos de saúde devem organizar estratégias de garantia de acolhimento universal: adolescentes com demanda devem ter acesso garantido e facilitado aos estabelecimentos de saúde, mesmo que estes não sejam específicos no tratamento do consumo de AD³⁵. Tal acolhimento deve se traduzir em recepção, escuta e conduta, mesmo que seja uma abordagem voltada a identificar as necessidades de cada situação, e possível encaminhamento para outro estabelecimento mais adequado a demanda.

3. O encaminhamento do caso tem que ser implicado e assumido de modo corresponsável pelos trabalhadores que o fazem: em caso de se definir um estabelecimento que se ajuste melhor as necessidades do adolescente, há uma conduta conhecida como encaminhamento. Para garantir a efetiva vinculação neste outro estabelecimento de saúde é necessário que os trabalhadores que realizaram o acolhimento, promovam o acompanhamento do caso até sua inclusão e vinculação ao novo estabelecimento. Isso ultrapassa os meros procedimentos administrativos e burocráticos, podendo exigir um trabalho conjunto de trabalhadores de ambos os estabelecimentos.

4. Demandas e responsabilidades definidas em conjunto por estabelecimentos que compõem a Rede intersetorial: demandas vindas dos sujeitos, da família, da escola e dos estabelecimentos de saúde, da assistência social ou judiciário, devem ser elaboradas em conjunto com equipes, familiares e sujeitos. Com isso, se procura evitar que articulações e determinações de tratamentos que não correspondem as reais necessidades dos usuários, além de redirecionar uma demanda que não é correspondente à saúde, mas chega até ela. Toda e qualquer

³⁴ Tal escuta, seja em atendimento pontual ou contínuo deve ser ofertado mesmo na ausência de pais ou responsáveis (BRASIL, 2005).

³⁵ Não é incomum termos notícias de que algum adolescente não foi atendido em certos estabelecimentos de saúde devido ao fato de que ali “não havia um especialista em adolescentes” para fazê-lo.

pactuação deve ser feita em conjunto com o sujeito, singularizando as condutas de Atenção.

5. Práticas que priorizem a atuação no território e na comunidade nos quais vivem o adolescente, tendo a institucionalização/internação como último recurso: nos casos em que todos os recursos territoriais foram utilizados e mesmo assim há prevalência de sofrimento, ficam permitidas as internações, somente quando se esgotarem todas as ofertas de Atenção de base territoriais (BRASIL, 1990a). As internações também devem seguir um conjunto de orientações e características, de modo a se distanciarem do caráter asilar, práticas comuns às internações anteriores à promulgação do ECA. Diante da importância que possuem para nossa reflexão, vamos caracterizar sucintamente tais práticas asilares.

2.2.1 As internações como modalidade de tratamento em saúde

A internação como oferta de tratamento é uma garantia de direitos, sob certas circunstâncias legais. Pela lei 10.216³⁶ (BRASIL, 2001), especificamente o art. 3 inciso 3º, é vedada a internação de longo prazo em instituições de características asilares. A internação como direito é uma conduta indicada conforme a necessidade do sujeito, objetivando sempre intervenções nos contextos da realidade deste sujeito. Este recurso deve ser integrado a um projeto singular e articulado em conjunto com estabelecimentos socioassistenciais territoriais, com familiares e com o sujeito.

É necessária uma avaliação criteriosa dos motivos para se realizar a internação de um adolescente, evitando uma possível banalização do procedimento, quando as queixas possuem causas sociais ou comportamentais, por exemplo. A falta de recursos materiais da família não podem ser, por si só, motivo para acolhimento, com consequente afastamento do convívio familiar, ou qualquer

³⁶ A atual lei de drogas em vigência desde 2019 (BRASIL, 2019) não altera estes pressupostos para crianças e adolescentes, porém no dia 06/07/2020 o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD) aprovou a resolução de regulamentação do acolhimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas. Como a data desta aprovação aconteceu no momento de finalização de nosso trabalho, não havia evidências ou claras estruturas deste formato de institucionalização para adolescentes que pudéssemos problematizar. É possível afirmar que tal aprovação foi orientada por uma lógica antagônica ao ECA, uma vez que Comunidades Terapêuticas são estabelecimentos de internações de médio e longo prazo, muitas com viés religioso imposto aos internos, independente de crenças e valores próprios. Tal imposição também viola a Nota Técnica nº 2/2011 do CONANDA, que indica características para a Internação Compulsória de Crianças e Adolescentes Usuários de Drogas (BRASIL, 2011). Acreditamos que o tema seja pertinente para pesquisas no futuro.

inviabilização da reintegração do adolescente, segundo o artigo 23 do ECA (1990). A distorção da indicação produz um excesso da utilização deste recurso de tratamento, com pouca efetividade terapêutica uma vez que, se baseia em éticas voltadas ao controle social, desarticulada dos preceitos do ECA (BRASIL, 2014).

Todo e qualquer processo de institucionalização/internação deve seguir os seguintes princípios: excepcionalidade; caráter breve; preservação e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários; garantia de acesso, respeito à diversidade e à não discriminação; oferta de atendimento personalizado e individualizado; garantia de liberdade de crença e religião, do respeito a autonomia (BRASIL, 2011). É necessário criar condições para que familiares participem do tratamento, de preferência de modo presencial e, caso não seja possível, que lhes seja garantido o acesso ao estabelecimento de tratamento do adolescente. A rotina dos estabelecimentos deve ser organizada garantindo a privacidade e o respeito aos costumes, às tradições e à diversidade de ciclos de vida; arranjos familiares; raça/etnia; religião; gênero; e orientação sexual (BRASIL, 2011).

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) (BRASIL, 2006) também permite uma modalidade de internação compulsória, que é determinada pelo Poder Judiciário. Esta modalidade deveria ser aplicada como exceção, em situações extremas, uma vez que a não participação do sujeito pode se tornar um agravante na resistência quanto ao tratamento e com consequente inefetividade terapêutica.

Com base em tais orientações normativas, percebemos o embate de lógicas na gestão legal referente à população infanto-juvenil. Há uma radicalidade ética na lógica da Proteção Integral proposta pelo ECA, na consideração de crianças e adolescentes como sujeitos de direito e em desenvolvimento, que deve ser garantido pelo Estado e pela sociedade. Tanto o ECA, como também as políticas públicas de Atenção à saúde voltadas ao tratamento de AD, apresentam diretrizes teóricas, técnicas e organizativas, no que concerne à Atenção à adolescentes consumidores de AD. Entretanto, a partir da experiência de nossa práxis cotidiana neste campo e da discussão apresentada por outros trabalhadores e pesquisadores (VICENTIN; BLIKSTEIN, 2019; VICENTIN; ASSIS; JOIA, 2015), percebemos que o contexto de Atenção a esta população não tem seguido as diretrizes indicadas. A seguir, por meio da bibliografia, faremos uma breve caracterização do cotidiano da Atenção

para crianças e adolescentes consumidores de AD no Brasil, visando problematizar quais são as estratégias utilizadas e quais seriam seus operadores.

2.3 A ATENÇÃO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO CONTEMPORÂNEO

Apesar da reestruturação do modelo de atenção em Saúde Mental orientada pela perspectiva da garantia de direitos (BRASIL 1990a, 2005, 2014), as internações de longa duração de crianças e adolescentes em estabelecimentos asilares³⁷, ainda são práticas recorrentes, sendo possível notar um recrudescimento destas, por meio da iniciativa do Estado. A continuidade dessas práticas asilares vêm se produzindo por meio de uma complexa combinação de aspectos, incluindo questões que vão desde o processo de adoecimento vivenciado pelos adolescentes, em decorrência do consumo de drogas, incluindo também os fatores sociais, políticos, econômicos e de efetivação de políticas públicas (VICENTIN; BLIKSTEIN, 2019).

Com a reordenação em Saúde Mental instrumentaliza por meio da lei 10.216 (BRASIL, 2001), passou-se a priorizar o cuidado a partir de ações em rede territorializadas e comunitárias, não mais por meio de estratégias asilares. Contudo, os discursos pautados na institucionalização/internação se mantêm operantes e presentes nos embates institucionais contemporâneos. Percebemos no cotidiano de nossa práxis que os trabalhadores se apropriam dos ideais de proteção e da garantia de direitos, mas recuperando-os de modo reacionário, utilizando-os como pretexto para exercer um controle social arbitrário sobre crianças e adolescentes, utilizando a estratégia de internação numa intersecção dos campos da saúde e da gestão social, particularmente, com a política nacional para crianças e adolescentes e com a assistência social. Evidências desse processo também estão presentes na

³⁷ Quando nos referimos a internações em estabelecimentos asilares, estamos nos referindo a processos de internação institucionais de longa duração. Os estabelecimentos asilares e as análises históricas sobre a loucura (SZASZ, 1976; FOUCAULT, 1978; PELBART, 1993; FRAYZE-PEREIRA, 1989; CAPONI, 2012) são importantes para instrumentalizar os trabalhadores da Saúde Mental quanto à complexidade do seu “objeto” de trabalho. O manicômio e os hospitais psiquiátricos também já foram bastante estudados quanto aos seus modos de funcionamento, sua iatrogenia congênita e sua ineficácia terapêutica, bem como todos os tipos de arbitrariedades e violências mortíferas que neles costumam ser perpetradas (GOFFMAN, 2015; CANÇADO, 1979; SCHREBER, 1985; ENGEL, 2001; NICÁCIO, 2001; ROTELLI, 2001; BASAGLIA, 1985, 2005; BENELLI; COSTA-ROSA, 2003; TOLEDO, 2008; ARBEX, 2013; BENELLI, 2015; EMERICH; YASUI, 2016; PAGNANO, 2018). Os consumidores de AD têm configurado a nova clientela dos hospitais psiquiátricos tradicionais e também das comunidades terapêuticas filantrópicas e religiosas.

literatura descritos como “circuitos socioassistenciais-sanitários” (OLIVEIRA; VICENTIN; MASSARI, 2018).

Partindo destas constatações, problematizamos a internação como um analisador da direção das práticas ético-políticas para adolescentes na área da saúde. Propomos evidenciar as contradições nos modos de Atenção que se pauta por internações, buscando caracterizar o processo que vem se desenvolvendo com as novas diretrizes e alterações na política de Saúde Mental.

2.3.1 As dimensões atuais das internações psiquiátricas

Um conjunto de estudos e pesquisas recentes revelam um aumento de internações de adolescentes em hospitais psiquiátricos³⁸ na última década de 2020. Autores como Bentes (1998); Joia (2014); Scisleski, Maraschin e Silva (2009); Cunda (2011); Blikstein (2012) e Reis (2012), têm apontado algumas características comuns quanto a essas internações, a saber: 1. Realização de um grande número de internações compulsórias; 2. Prazos de internações submetidos a critérios jurídicos e não baseados em avaliação médica ou da equipe responsável pelo tratamento; 3. Longo período de tempo de internações compulsórias, se comparado aos outros modos de internação; 4. Casos de internação com diagnósticos psiquiátricos indicativos de distúrbios de conduta³⁹ e consumo abusivo de SPA, tratando-se, portanto, sujeitos não psicóticos.

Braga e Oliveira (2015) apresentam conclusões semelhantes ao constatarem uma predominância de internações involuntárias e judiciais, sendo que, muitas dessas internações teriam sido realizadas por causa da resistência do sujeito ao tratamento em outros estabelecimentos; notam um grande número de re-internações; e uma constante determinação da internação com base em relatos sobre indivíduos com comportamentos agressivos ou alegando sua periculosidade.

O aumento do índice de internações compulsórias também foi constatado pelo RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019), ao analisar diversos

³⁸ Ao nos referirmos às “internações psiquiátricas”, incluímos aquela realizadas para tratamento de consumidores de AD.

³⁹ Sobre o tema, ver o interessante trabalho de Vicentin e Rosa (2010), intitulado: “Os intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade”.

estabelecimentos que realizam tratamentos por meio de internações. Seguem alguns relatos:

Nas palavras do diretor clínico do hospital: “os adolescentes estão internados a pedido do Estado”, fazendo referência ao expressivo volume de internações por ordem judicial. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 360).

[...] a proporção de internações compulsórias entre adolescentes é alta, correspondendo a mais de 90% do total de internados” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 360).

No dia da visita havia quatorze adolescentes internados no local, sendo que nove adolescentes estavam ali por decisão judicial” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 360).

A unidade infanto-juvenil (CIAPS) apresentou um índice de internações compulsórias de 96%” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 360).

Outra situação detectada é o aumento das internações compulsórias de consumidores de crack. As políticas de enfrentamento ao crack têm sido tema de grande debate, sendo que a internação tem sido proposta por muitos governantes, desde os anos 2000. Na cidade de Porto Alegre, o diagnóstico referente ao consumo de crack foi responsável por 50% das internações devido ao consumo de AD em 2005 e 70% em 2007 (SCISLESKI, 2006; CUNDA, 2011).

Alguns autores notam dois circuitos de internações sendo realizadas:

1. Internações alinhadas com as políticas instituídas pelo ECA e pela Reforma Psiquiátrica, em que a internação é por um breve período e para situações agudas. Nestes casos, os adolescentes são referenciados a nível territorial para continuidade do tratamento pela rede de saúde;

2. Internações por determinação judicial, nas quais se identifica um afastamento do adolescente dos contextos sociais e comunitários, produzindo efeitos pouco proveitosos quanto à possibilidade de continuidade de tratamento territorial.

Numa análise comparativa dos dois circuitos, Scisleski, Maraschin e Silva (2009); Blikstein (2012) e Joia (2014) concluíram que o segundo apresenta maior duração quanto ao tempo de internação e maior incidência de re-internações. O RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019) apresentou conclusões semelhantes:

Analisando os processos judiciais dos seis adolescentes que, no dia 4 de dezembro de 2018, aguardavam decisão judicial para serem liberados após

obterem alta médica, foi possível constatar que entre a alta médica e a liberação judicial o prazo é bastante dilatado. Havia, na ocasião, três adolescentes cuja alta médica ocorreu dia 8 de novembro de 2018, e dois, cuja alta médica ocorreu dia 12 de novembro de 2018, os quais ainda aguardavam a liberação judicial. Havia um caso bastante extremado de um adolescente cuja alta médica ocorreu dia 28 de março de 2018 e que ainda estava internado por determinação judicial (referido caso foi comunicado ao Núcleo da Infância e Juventude da Defensoria Pública de São Paulo para acompanhamento e adoção das providências eventualmente pertinentes). (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 361).

Constatamos a presença de um menor (17 anos) internado com ordem judicial, juntamente com os demais pacientes da UDQ [Unidade de Dependência Química]. Os trabalhadores informaram que este é um problema recorrente, sempre com internações por ordem judicial. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 361).

Havia, ainda, um adolescente de 17 anos, em internação compulsória há mais de um ano no setor privado. Este caso é acompanhado pelo Ministério Público e pela Defensoria Pública. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 362).

Os estudos de Blikstein (2012), de Joia (2014) e de Oliveira (2015) destacam que as internações de crianças e adolescentes podem durar por longos períodos, até cinco anos. Também apresentam as múltiplas trajetórias institucionais percorridas pelas crianças e adolescentes, culminando em internações recorrentes. Goffman (2015) já definia uma trajetória em que muitos sujeitos são inseridos em um circuito de constantes institucionalizações/internações, que denominou de “carreira moral”⁴⁰.

2.3.2 Os critérios para internar

O ECA direciona os cuidados às crianças e adolescentes, garantindo diversos direitos, dentre eles a saúde, que deve ser oferecida territorialmente, contrapondo a lógica hospitalocêntrica que vigorou outrora (BRASIL, 2005, 2014). Assim sendo, quais as justificativas e critérios para a manutenção das internações, muitas delas compulsórias, como oferta de tratamento, mesmo com claras diretrizes opostas a tais práticas?

⁴⁰ Goffman (2015, p. 111) utiliza o termo “carreira moral” em um sentido amplo, com a finalidade de indicar qualquer trajetória percorrida por uma pessoa ao longo de sua vida, permitindo ainda uma perspectiva tanto dos aspectos mais íntimos e pessoais, quanto das posições oficial, jurídica e pública do indivíduo, dentro de um complexo institucional. A “carreira moral” indica o processo da vida toda do indivíduo, tanto em direção ao sucesso quanto ao fracasso, dentro do estabelecimento. Esse processo tem momentos típicos, tais como início da vida institucional, crises, evoluções, desenvolvimentos de adaptação, de rebeldia, de submissão, de ruptura, etc.

É possível perceber que as internações em razão do consumo de AD também têm sido oferecidas com base na garantia de direitos, sendo justificadas por alguns critérios, tais como a exposição aos riscos e as situações de violência, o consumo abusivo de drogas, os comportamentos agressivos, a falência familiar e, em alguns casos, o grau de periculosidade, que são, muitas vezes, acompanhados de um diagnóstico psiquiátrico como o de “transtorno de conduta”⁴¹ (VICENTIN; ASSIS; JOIA, 2015). Portanto, há um conjunto de critérios indicativos de internação de ordem comportamental e social que costumam ser utilizados como justificativa para a institucionalização/internação.

Outros critérios que também são usados como justificativa para as internações estão relacionados com problemas nas ofertas territoriais de cuidado e tratamento como, por exemplo: baixa cobertura da rede de serviços de saúde e socioassistencial; frágil ou inexistente articulação intersetorial de estabelecimentos voltados ao tratamento infanto-juvenil; a precarização das políticas sociais; dentre outros (JOIA, 2014; REIS, 2012; VICENTIN; BLIKSTEIN, 2019). Vamos discutir alguns destes critérios mais detalhadamente. É possível corroborar estas conclusões pela inspeção realizada em um hospital psiquiátrico localizado no Estado de São Paulo:

Foi relatado o caso de uma adolescente de dezessete anos internada há cinco meses e que essa não era sua primeira internação naquele local. De acordo com o enfermeiro a adolescente não é usuária de substâncias psicoativas e nem possui quadro de sofrimento psíquico grave, transtorno mental ou qualquer deficiência. Quando questionado sobre a justificativa para a internação foi informado que o caso envolve risco social importante e que o município de origem da adolescente é o responsável pelo custeio da internação. Importante destacar que a cidade de origem é Rolim de Moura – Rondônia que dista aproximadamente 2.500 quilômetros de Garça (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 363).

Joia (2014) aponta a dificuldade da rede de acolhimento em recepcionar e estruturar um projeto de tratamento para adolescentes com vivência de rua e/ou consumo de drogas. Seja por falta de recursos, justificada pela tese de

⁴¹ No artigo “transtorno mental e criminalidade na adolescência: notas para uma análise crítica da patologização do adolescente autor de ato infracional”, Vicentin e Rosa (2009) constataam que o diagnóstico de transtorno de conduta é constantemente dado à adolescentes que comentem ato infracional, desenvolvendo uma análise crítica deste diagnóstico e o risco de institucionalização dos adolescentes na interface psi-jurídica.

sucateamento do SUS, seja pela recusa em assumir os casos, uma internação psiquiátrica parece se revelar como uma solução que supre uma demanda dos estabelecimentos da rede e não dos adolescentes que fazem consumo de AD (JOIA, 2014). Para o manejo e tratamento adequados, é necessário o investimento de dinheiro público e apoio à rede de acolhimento, a fim de ampliar e capacitar os mecanismos intersetoriais componentes da rede de Atenção territorial.

Entretanto, o atual governo federal tem adotado ações contrárias à necessidade de capacitação dos trabalhadores de estabelecimentos da rede, uma vez que os investimentos em aparatos territoriais, como os do CAPS, tiveram seu investimento igualado ao das Comunidades Terapêuticas (EXTRA.GLOBO, 2019). Ou seja, não se está fazendo investimento no preparo e qualificação da Rede territorializada, mas sim incentivando as práticas de institucionalização/internação.

De acordo com estudo realizado por Reis (2012), se observa que muitos dos encaminhamentos dos adolescentes que fazem consumo de AD são feitos por estabelecimentos socioassistenciais de proteção social e de defesa de direitos. Os pedidos são majoritariamente requisitados por conselhos tutelares e outros estabelecimentos da assistência social, apresentando relatórios informativos nos quais caracterizam a “falência familiar”, comportamentos “agressivos” e condições de risco para si e para outros como indicativos para internação.

Joia (2014), ao analisar a alta das internações compulsórias, ressalta que estas são condicionadas à autorização judicial, o que acarreta o prolongamento indevido da internação⁴². Nestes casos, para a determinação da internação, é necessário o parecer médico e/ou de uma equipe interprofissional, mas a alta é dada por um parecer judicial, independente se estava determinada ou não pela equipe de referência e pelo próprio médico responsável.

Vicentin e Blikstein (2019), ao analisarem a realidade de crianças e adolescentes em situação de rua, no contexto das internações, concluem que haveria uma clara relação entre o consumo de AD e o contexto territorial, pois a droga pode cumprir diversas funções, dentre elas, atenuar a angústia da exposição cotidiana e permanente à pobreza, à vulnerabilidade e ao risco pessoal e social. Joia (2014) afirma que as internações psiquiátricas destes adolescentes estariam

⁴² Joia (2014) em sua dissertação intitulada “As tóxicas tramas da abstinência: compulsoriedades nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social”, faz uma análise e reflexão crítica sobre diversos circuitos de internações de adolescentes, inclusive de internação de longa duração para crianças e adolescentes com alguma necessidade especial.

substituindo a função do acolhimento institucional, das ofertas de medidas protetivas⁴³ e da garantia de direitos básicos, que incluem um tratamento territorial com acompanhamento familiar. A pouca articulação da rede de saúde, da rede socioassistencial e do poder público indicam um rompimento sistemático na garantia de direitos básicos para a população infanto-juvenil. Logo, as internações se tornam uma demanda da sociedade civil e do Judiciário e não uma demanda de tratamento em saúde apresentada pelos adolescentes, o que indica práticas que se orientam pela lógica do Código de Menores e não pela do ECA.

Com esta revisão da bibliografia, percebemos fragilidade da articulação entre Saúde Mental, defesa social e modos de gestão de crianças e adolescentes. Levantamos a hipótese da intersecção destes campos com a Atenção à adolescentes consumidores de AD, uma vez que muitos adolescentes que estão em tratamento para esta demanda também realizaram atos infracionais e apresentam difícil manejo e pouca adesão aos tratamentos, sendo chamados de “adolescentes difíceis”. Nesse sentido, se faz necessário uma análise mais detalhada desta intersecção, que tem seus efeitos práticos no campo das internações. Visamos problematizar estas questões a seguir.

A relação entre saúde e gestão social como uma forma de controle da circulação nos meios urbanos é problematizada por Foucault (1999), por meio do conceito de Biopoder⁴⁴, sendo isto evidente nos campos de Saúde Mental, de defesa

⁴³ Entre as Medidas Específicas de Proteção (MEP) estão previstos a “orientação, apoio e acompanhamento temporário em meio aberto” (ECA, artigo 101, inciso II) que costumam ser oferecidas pelas mais diversas entidades de atendimento governamentais e não governamentais no contexto da Assistência Social, no nível da Proteção Social Básica (PSB). Benelli (2014b, 2016) estudou essas entidades assistenciais que oferecem atendimentos assistenciais socioeducativos enquanto MEP visando apresentar de modo sistemático, o tema da institucionalização de crianças e adolescentes pobres e como esses atores sociais são produzidos no plano sócio-histórico, a partir de uma perspectiva institucionalista e foucaultiana. Ele procurou analisar as diversas práticas institucionais (formativas, educativas, pedagógicas, terapêuticas, correccionais, socioeducativas) desenvolvidas no âmbito da Assistência Social, problematizando seus pressupostos subjacentes. Ao investigar entidades assistenciais voltadas para crianças e adolescentes, estudou seus projetos programáticos e também seus modos de funcionamento concreto, procurando detectar seus problemas e dificuldades, seus aspectos positivos e sua eventual efetividade socioeducativa. Em sua investigação, Benelli (2014b, 2016) realizou uma problematização da trama institucional das entidades assistenciais dedicadas ao trabalho socioeducativo com crianças e adolescentes pobres, no campo da Assistência Social, no nível da Proteção Social Básica, na realidade brasileira contemporânea, caracterizando seus impasses e dificuldades, limites e possibilidades de implementar um trabalho pautado pela ética da cidadania.

⁴⁴ Segundo Oliveira (2015), em toda sociedade há um desejo do Estado – como instituição de governo – em proteger os membros da sociedade. Esta “proteção” pode ser exercida de muitas formas, sejam elas democráticas, seja por formas autoritárias e repressivas à parcela significativas da população, formas estas exercidas mais diretamente, ou de formas mais sutis e veladas. Uma forma de poder mais sutil, e nem por isso menos eficiente, de exercer proteção seria através de tecnologias

social, de proteção e de direito à saúde. O que se destaca nestes campos são práticas e estratégias utilizadas como pretexto para o exercício de um controle social através de internações psiquiátricas medicalizadoras.

Estas práticas são classificadas por Assis (2012) como “penal-sanitarista”. Tais práticas, permeadas por uma lógica, indicam um uso dos saberes do campo da Saúde Mental, por parte do Poder Público, em prol do controle social destes adolescentes “difíceis”. Esta concepção é percebida na fala de um trabalhador de um estabelecimento de saúde inspecionado pelo RINHPB:

[...] os que estão internados voluntariamente e involuntariamente ficam em média três meses. Os que estão por ordem judicial, acabam ficando mais tempo, pois mesmo com a alta do hospital, o juiz demora para avaliar e ainda retorna com pedido de reavaliação para daqui trinta dias. Assim, alguns acabam ficando internados até onze meses. Cabe acrescentar que em alguns casos, apresentados pelos próprios adolescentes, alguns que estão internados de forma compulsória eram considerados ‘problemas’ na cidade em que residiam, alguns cometiam delitos ou eram envolvidos com o tráfico de drogas, relacionando ainda mais este ambiente de tratamento do uso abusivo das drogas a uma instituição penitenciária (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 361).

Uma das estratégias mais usuais para a manutenção deste controle é o que Foucault chama de psiquiatrização, uma das facetas do Biopoder. Foucault (2006) já apresentava as estratégias classificatórias do saber-poder psiquiátrico como um modo de governar também as crianças e adolescentes. Seus comportamentos irruptivos passam a ser objetos de intervenção de uma nova demanda à psiquiatria, incentivada pelo Estado com propostas de reorganizar as populações. A psiquiatrização seria uma expansão deturpada da psiquiatria para outros campos além do diagnóstico e tratamento daqueles que supostamente seriam incapazes de convívio social.

Estas estratégias podem ser percebidas como um dos aspectos deste modo de controle utilizado pelo judiciário e pelo Estado. Esta forma de gestão tem sido

de gestão de grupos da sociedade. No sec. XVIII foram instrumentalizadas tecnologias de administração do social, que Foucault (1999, 2006) denominou de Biopoder. O poder disciplinar consiste no exercício da gestão dos corpos dos indivíduos, que foram enclausurados em estabelecimentos fechados para o seu adestramento. Uma destas tecnologias disciplinares, o exame, se atualiza no diagnóstico Psiquiátrico, que, se realizado como proposta classificatória e excludente – um sujeito com o transtorno “X” não pode conviver em sociedade, devido ao risco que oferece a terceiros – cria justificativas para se governar e excluir uma parcela de indivíduos do gozo de sua liberdade. Além disso, o biopoder também passou a gerir a vida da população por meio de diversos dispositivos de segurança, tais como o controle de natalidade e mortalidade, a demografia, a epidemiologia e a contabilidade das riquezas do país. Trata-se, doravante, de educar, de cuidar e de proteger o coletivo social, mas em liberdade.

uma constante no campo de tratamento a adolescentes consumidores de AD por meio da justificativa de internações pelo diagnóstico psiquiátrico de dependência química (VICENTIN; ASSIS; JOIA, 2015). Entretanto, em muitos casos, não há especificação deste consumo, que pode ser de outra ordem e frequência, como para atenuar um sofrimento de ordem social, por exemplo. À vista disso, há uma utilização do saber psiquiátrico em seu valor de uso de governo, com risco de patologizar a anormalidade, prescrevendo sua exclusão “em defesa da sociedade”. A gestão de indesejáveis e “perigosos” visa modos de exercer o governo das famílias, mecanismos de segurança e controle. É assim que a internação compulsória como oferta de tratamento em saúde tem sido transvestida de cuidado, proteção e garantia de direitos, enquanto opera por uma lógica penal-sanitarista que é dialeticamente oposta à lógica do ECA.

Visando clarificar tais questões no cotidiano de nosso campo de atuação profissional, apresentaremos algumas situações que exemplificam como se dão estas estratégias de institucionalização/internação de adolescentes e adultos, para assim instrumentalizar propostas que possam resistir e tentar subverter estas estratégias penal-sanitaristas (REIS, 2012).

2.3.4 Estratégias de gestão e controle social dos adolescentes no cotidiano dos estabelecimentos de internação

Os estudos de Vicentin, Assis e Joia (2015), de Bentes (1999), Joia (2014) e de Blikstein (2012) indicam que haveria uma relação intrínseca entre direito de garantia à saúde e a judicialização do tratamento em internação de adolescentes. Vicentin, Assis e Joia (2015) apresentam o caso de adolescentes em situações de rua, no início da década de 2010, que eram reféns de ações de recolhimento institucional, tais como internações em clínicas e unidades de internação socioeducativa. Os autores referem que, apesar desta captura, concreta e simbólica, os adolescentes retornavam aos mesmos ambientes territoriais nos quais viviam. Estes territórios, por sua vez, também eram permeados por interesses políticos e econômicos, o que justificava as internações, baseadas em critérios de risco social, considerando que uma parcela considerável destes adolescentes eram consumidores de AD. Pouco se observa, porém, outras estratégias, além da

internação, voltadas para a garantia de direitos essenciais para que o adolescente possa superar a espiral internação-alta-reinternação, produzindo a carreira moral descrita por Goffman (2015).

Uma unidade de tratamento instaurada pelo Governo do Estado de São Paulo revela a relação do uso do saber psiquiátrico para o controle social e para exclusão de adolescentes do convívio social. Em 2008, através do decreto estadual nº 53.427, foi criada a Unidade Experimental de Saúde (UES). Tal estabelecimento tinha por objetivos:

[...] cumprir, exclusivamente, as determinações do Poder Judiciário de tratamento psiquiátrico em regime de contenção, para atendimento de adolescentes e jovens adultos com diagnóstico de distúrbio de personalidade, de alta periculosidade: a) egressos da Fundação Centro de Atendimento Sócio-Educativo ao Adolescente - Fundação CASA - SP, que cometeram graves atos infracionais; b) que eram interditados pelas Varas de Família e Sucessões (SÃO PAULO, 2008).

O discurso oficial da UES afirmava seu alinhamento com o ECA e a lei 8.080 para oferta de tratamento humanizado e o decreto justificava a institucionalização/internação prolongada de adolescentes, a partir de um diagnóstico psiquiátrico, prática afirmada como promotora de garantia de direitos e tratamento.

Entretanto, segundo denúncias e reportagens (CAROS AMIGOS, 2009; TELES, 2011), o “tratamento” ofertado não garantia direitos, pois os adolescentes eram mantidos em regime manicomial e carcerário. O estabelecimento de internação não contava com médico de plantão, não havia projeto terapêutico e não apresentava um Regimento Interno, sequer possuía inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS)⁴⁵. Além disso, a segurança era promovida por agentes penitenciários, o que é proibido, segundo a legislação estadual e federal, sendo que estes trabalhadores não poderiam atuar em outros estabelecimentos que não fossem de caráter penal (BRASIL, 2007); o acesso aos prontuários dos adolescentes eram negados aos familiares e, segundo depoimentos de advogados, os jovens eram mantidos numa rotina ociosa (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 2011), sem oferta de tratamento adequado.

O estabelecimento suspendia a liberdade dos adolescentes em prol da prevenção de atos supostamente criminosos, diagnosticados a partir do critério de

⁴⁵ Este cadastro constitui a base para operacionalizar os sistemas de informações em saúde para promover um gerenciamento eficaz do SUS.

periculosidade, ocorrendo ainda em crime de tortura, tal como previsto pelo art. 1º, II, da lei 9455⁴⁶ de 1997 (BRASIL, 1997). Uma reportagem de 2017 revelou o gasto de R\$ 65.000,00 (sessenta e cinco mil reais) mensais que teriam sido aplicados para a manutenção de dois adolescentes, um deles, já avaliado por médico que contraindicava sua internação no local (EPOCANEgocios, 2017).

Outro exemplo da lógica penal-sanitarista é evidenciado pela implementação do anexo judiciário no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas (CRATOD)⁴⁷ na capital paulista. Instalado na região conhecida como “Cracolândia”, o CRATOD prestaria atendimento multidisciplinar aos sujeitos consumidores de AD. Este Anexo Judiciário, instaurado no estabelecimento, disponibilizaria prestação jurisdicional em casos de urgência no auxílio aos sujeitos, facilitando sua internação. Entretanto, segundo denúncias, havia uma “reserva de vagas” exclusivas para pacientes indicados para internação pelo plantão judiciário em serviços de saúde, na cidade de Santos. Por exemplo, a Promotora Erika Pucci revelou que havia a reserva de 50% dos leitos aos sujeitos com indicações de internações por este complexo anexado ao CRATOD, de forma irregular (G1, 2013). Os leitos “reservados” ocasionavam a falta de oferta para os usuários da região, que necessitavam de internação em caráter de urgência/emergência, como o caso de um usuário com ideação suicida e que fazia consumo de múltiplas drogas que permaneceu mais de 20 dias aguardando liberação de vaga para leito psiquiátrico.

Situação ilustrativa também foi vivenciada no Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental (CAISM) Philippe Pinel, em São Paulo, estabelecimento de referência em internações de sujeitos psicóticos. Com a implementação do anexo judiciário no CRATOD, diversos leitos do CAISM passaram a ser destinados a consumidores de AD, resultando em uma transformação desta unidade, definida pelo Ministério Público como “depositório de dependentes químicos”, com pacientes “descarregados”, sem possibilidade de recusa pelo estabelecimento, que deveria manter estes internos medicados por 30 dias (SÃO PAULO, 2013). A medida

⁴⁶ A lei nº. 9455, de 7 de abril de 1997 define os crimes de tortura e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9455.htm.

⁴⁷ CRATOD é o Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas, criado em 25 de junho de 2002 na capital paulista. É um centro de referência para definição de políticas públicas para promoção de saúde, prevenção e tratamento dos transtornos decorrentes do consumo indevido de AD, dispondo de CAPS AD III para atendimento aos usuários dependentes e suas famílias, bem como o responsável pela organização, capacitação e manutenção das Redes de Tratamento do Tabagismo e Rede Recomeço no estado de São Paulo.

proporcionou efeitos diversos na rotina de internação: o assujeitamento e sofrimento dos trabalhadores referente aos encaminhamentos compulsórios, com consequente consumo de medicação para contenção e situações de ameaça e violência para estes trabalhadores; a internação de pacientes com questões psíquicas distintas – consumidores de AD e psicóticos – e sua consequente iatrogenia, como as violências entre os internos e estupros além da precarização da oferta de Atenção e o uso da força policial para lidar com as problemáticas institucionais⁴⁸ (SÃO PAULO, 2013; G1, 2013). Em 2013, houve uma Ação Civil Pública do Ministério Público responsabilizando o Estado pela ilegalidade da medida, indicando que fossem interrompidas imediatamente as internações de consumidores de AD neste estabelecimento (SÃO PAULO, 2013). Os promotores também advertiram o Governador do Estado de São Paulo, na época, Geraldo Alckimin, a interromper o discurso da disponibilidade de 700 vagas para internações de consumidores de AD, tendo em vista que muitas das vagas eram “artificiais”, como estas do CAISM (G1, 2013).

A advertência da Promotoria é um indicativo de que a Atenção aos consumidores de AD é atravessada por interesses políticos. Todas as situações descritas indicam o uso do direito à saúde como meio de operacionalização de práticas de controle social e disciplinamento, com intervenção judicial que emprega o saber psiquiátrico de modo que acabam por causar um conjunto de situações adoecedoras para adolescentes e trabalhadores de saúde, por meio de práticas iatrogênicas.

Notamos que as práticas majoritárias de gestão da população juvenil exercidas pelo Estado incentivam o encarceramento em detrimento de ações de atenção territorializadas. Se mantém a lógica da gestão dos “indesejáveis” através da segregação social. Diante de tal aparato estratégico, seria possível outra via que permita a implementação de práticas subversivas, mais alinhadas com a lógica do ECA e suas propostas de garantia de direitos?

⁴⁸ Segundo relatos dos trabalhadores do CAISM – apresentados pela Promotoria – no mesmo dia em que os trabalhadores foram avisados da determinação de internação de consumidores de AD, já foram internados 8 deles, sem ficha ou documento que apresentasse informações do caso. Para além da falta de preparo técnico e condições institucionais, iniciou-se um conjunto de violências direcionadas aos trabalhadores, a interdição de uma das alas por alguns sujeitos, para ali fazerem o consumo de AD, o que culminou na ação da polícia militar, que utilizou espingardas para conter a situação.

2.4 DIRECIONAMENTOS PARA AS PRÁTICAS ÉTICAS E POLÍTICAS DE ATENÇÃO PARA ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE AD

A partir desta análise sobre as situações de internações psiquiátricas envolvendo adolescentes, podemos reconhecer aspectos importantes sobre práticas de cuidado e mecanismo de funcionamento presentes na Atenção à saúde aos adolescentes no campo da Saúde Mental. Mesmo com as alterações e reestruturações das políticas e modelos de Atenção em Saúde Mental, a internação ainda é uma prática recorrente, quando não, a prática mais usual. A efetivação das políticas de Saúde Mental pautadas pela lógica indicada pelo ECA depende de complexas relações e jogos de força entre atores e discursos.

Bentes (1999); Joia (2006), Scislescki (2008), Scislescki (2009), Vicentin e Rosa (2009), Joia (2014) e Vicentin e Blikstein (2019) propõem o enfrentamento desta realidade por meio do desenvolvimento de ações estratégicas que possam resistir às práticas de institucionalização/internação e de promoção da exclusão social:

- O tratamento via internações não pode ser um exercício de controle e deve se desvincular do caráter histórico desta modalidade de tratamento com o abrigamento, espera ou contenção (JOIA, 2014). É necessário um posicionamento ético-político crítico para desvincular o direito à saúde dos mandados sociais de repressão e segregação.
- As ações devem incluir estratégias de cuidado em saúde e não funcionar como um recurso auxiliar de disciplinarização de adolescentes (SCISLESCKI, 2009). É imperativo que os trabalhadores não confundam tratamento com castigo ou educação moral. Tratamento em saúde não é lugar de aplicação de pena-tratamento.
- Devem ser construídas e fortalecidas a articulação da rede intersetorial, com formação permanente e sustentação de espaços coletivos de análise das práticas e por pactos de gestão que garantam outras propostas para além dos circuitos que configuram segregação e clausura (BENTES, 1999; JOIA, 2006; SCISLESKI, 2008; VICENTIN; ROSA, 2009).
- A estruturação de ações e recursos podem ser elaboradas para acolhimento de situações de crise, na busca de evitar internação/institucionalização através de dispositivos territoriais (VICENTIN; BLIKSTEIN, 2019).

- A oferta de propostas e projetos deve ser realizada em conjunto com os sujeitos, alinhada as suas demandas, evitando posturas prescritivas e autoritárias, uma vez que “as posturas extremas, como impor o tratamento e exigir abstinência, e todas as mudanças de conduta [...] são igualmente equivocadas e improdutivas” (BRASIL, 2012, p. 73), além de ser uma resposta um tanto simplificada para a complexidade do viver e das necessidades do sujeito, em sua história, relações, território, ofertas de expressão (BRASIL, 2014).
- As internações devem ser de caráter breve, indicadas por médico, minimizando prejuízos de convivência social e iatrogenia inerentes a qualquer privação de liberdade. Quando proposta judicialmente, é obrigatório haver uma avaliação e a indicação médica, garantindo assim os critérios de saúde para a conduta a ser adotada (VICENTIN; ASSIS; JOIA, 2015).
- Deve ser realizada a atenção aos modos de viver, aos modos de adolescentes se subjetivarem em seus territórios, o que demanda dos estabelecimentos de saúde e de seus trabalhadores uma reinvenção dos modos de acolher, de forma ampliada e em rede, frente às demandas apresentadas (VICENTIN; BLIKSTEIN, 2019). Tais ofertas devem ter como base as indicações de tratamento individual, especializado, garantido o direito à participação, segundo art. 112 do ECA (BRASIL, 1990).

CAPÍTULO 3: O CAMPO DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL E A PROPOSTA DE INTERCESSÃO-PESQUISA PARA UM TRABALHADOR PSICOSSOCIAL

Sem uma definição clara da concepção do processo de produção saúde-adoecimento e da Atenção que sirva de bússola, dificilmente se saberá aonde ir e como (COSTA-ROSA, 2013, p. 142).

Para iniciarmos esta intercessão-pesquisa, se fez necessário um conjunto de dimensionamentos, ou seja, leituras e diagnósticos do campo em que atuamos, que é a Atenção a sujeitos consumidores de AD, na Saúde Mental. Nesse sentido, este capítulo tem por finalidade apresentar uma análise deste campo pela perspectiva dos modos em que são organizados e oferecidos os tratamentos.

No período anterior e também ao longo do século XX, os sujeitos que eram atendidos nos estabelecimentos da Saúde Mental, inclusive aqueles com impasses subjetivos, decorrentes do consumo de AD, eram assistidos em suas demandas e sofrimentos, majoritariamente, por meio de internações nos estabelecimentos chamados de hospitais psiquiátricos ou Manicômios. Nestes estabelecimentos, as práticas dos trabalhadores de saúde baseavam-se predominantemente em alguns discursos, indicados por um modelo de Atenção que chamaremos de modo asilar. A saúde era compreendida através da noção do médico-centrado⁴⁹, um discurso em que a figura e a prática médica são valorizadas como central e de maior importância, sendo outras especialidades tidas como coadjuvantes do trabalhador médico⁵⁰. Segundo Martini (2010), o discurso médico propõe uma modalidade de Atenção pautada somente em práticas medicalizadoras, visando, prioritariamente, a cura de doenças, adequando os sujeitos a um ideal de saúde a partir da dualidade doença-cura.

⁴⁹ Os Discursos são leituras propostas por Jaques Lacan (1992) como Modos de Produção de Laço Social. São quatro + 1: Discurso do Mestre (DM); Discurso da Universidade (DU); Discurso da Histórica (DH); Discurso do Analista (DA). Partindo da leitura dos discursos, Clavreul (1983) propõe o Discurso Médico, um híbrido entre o Discurso do Mestre e o Discurso da Universidade, que permite explicitar certos fatos velados como, por exemplo, o caráter de objeção social do sofrimento psíquico. O Discurso Médico teria, por pretensa vocação, reduzir as desordens da subjetividade e colocá-las em ordem: classificando, estigmatizando, normatizando, ou ainda, diagnosticando. Neste trabalho, chamaremos este discurso de “discurso médico-centrado”, para enfatizar a organização de uma equipe de trabalhadores com diversas especialidades que se apoiam no saber do Médico.

⁵⁰ Em nossa práxis, não apresentamos uma crítica a um trabalhador de uma especialidade em particular, como a medicina, uma vez que tivemos ao longo deste trabalho ótimos relacionamentos com médicos e psiquiatras no estabelecimento que atuamos. Nossa crítica se dirige ao discurso médico-centrado, que pode orientar a atuação de qualquer trabalhador, inclusive dos psicólogos.

Anteriormente, no sec. XX, as práticas de Atenção tinham como objetivo uma inserção social dos sujeitos pela via da adaptação, normatização, buscando restituir os sujeitos a comportamentos “socialmente aceitáveis” (SHIMOGUIRI, 2019). Não à toa, as internações eram práticas comuns. Neste Modo de Produção de Atenção, os sujeitos “desajustados sociais” eram retirados do cotidiano público e o objetivo do tratamento consistia na adaptação social dos sujeitos, não uma oferta de modos de lidar com o sofrimento (SHIMOGUIRI; PÉRICO, 2014).

As internações exerciam abordagens ditas disciplinares, tratavam os sujeitos como objetos, reduzindo-os a receptores de intervenções e orientações, práticas consideradas alienantes, cumprindo o propósito de assujeitar os sujeitos a uma ideologia culpabilizante, que localiza a doença como uma manifestação individual, ou seja, de responsabilidade de cada um (SHIMOGUIRI, 2019). Esta concepção de doença estava alinhada às práticas do discurso médico-centrado, com diagnósticos de perspectiva fisiológica e organicista. Não se concebia a saúde por outros saberes, como pela ordem política, de sofrimentos como produtos sociais ou de impasses de subjetivação.

Tanto para os chamados “loucos” quanto para os chamados dependentes químicos, eram propostos tratamentos norteados, de modo predominante, pela lógica biomédica e sintomatológica, buscando somente uma cura dos sintomas orgânicos com vista na adaptação dos indivíduos à sociedade (MARTINI, 2010; GALIEGO, 2013), práticas que correspondiam a uma demanda social moralista. Os sujeitos atendidos nestes hospitais psiquiátricos eram considerados como perturbadores da ordem pública ou como portadores de algum comportamento “desviante”. As internações nestes estabelecimentos representavam, para além de uma proposta de Atenção, uma limpeza social de conduta higienista⁵¹ (AMARANTE, 1995; FOUCAULT, 1997).

⁵¹ O Higienismo se originou entre os séculos XIX e XX, quando médicos e sanitaristas refletiam sobre sucessivas ocorrências de surtos epidêmicos de algumas doenças, as quais aumentavam em estatísticas de mortes entre populações urbanas. Tais acontecimentos chamaram a atenção sobre as razões de sua ocorrência, originando-se nesta perspectiva, aqueles que defendiam padrões sociais e de comportamento em nome da saúde. Sendo assim, como resultado de vários estudos e como estratégia para atingir-se um melhor nível de saúde e controle sanitário, adotaram-se condutas higienistas nos espaços privados e públicos, como zelo com o vestuário, cuidados sanitários, comportamento social, preservação dos espaços íntimos e sociais, fiscalização em relação à higiene, entre outros (FERNANDES; OLIVEIRA, 2014). A crítica às práticas higienistas são referentes as condutas que, mesmo buscando defender uma ideia saúde, fazem operar práticas preconceituosas, moralistas, assujeitadoras e excludentes, direcionadas a uma determinada classe de pessoas.

No discurso médico-centrado, a saúde é concebida pela ausência da doença, ou pelo menos a amenização desta, logo, sugere ações direcionadas a eliminação dos sintomas, com a Atenção centrada na doença e não na saúde (COSTA-ROSA, 2013). Diante destas questões, problematizamos os modos de conceber e de se produzir saúde.

Eis uma breve descrição dos efeitos destas práticas, baseada nos dados do livro-reportagem de Daniela Arbex chamado “O Holocausto Brasileiro”. O trabalho investigativo descreveu o cotidiano do maior Hospital Psiquiátrico do Brasil que perdurou entre as décadas de 60 e 70, conhecido como Colônia, localizado em Barbacena, Minas Gerais. Segundo Arbex, sessenta mil pessoas morreram durante a existência do hospital, dentre elas, crianças internas, na qual foram confirmadas 33 mortes. As causas dos óbitos advinham de diversos fatores relacionados a falta de cuidados básicos, muitos morriam de frio, fome, como também, de doenças. Os internos também faleciam devido às altas cargas de eletrochoque, tão intensas que causavam queda de energia elétrica no município (ARBEX, 2013).

Dentre as vítimas, 70% não tinham diagnóstico de doença mental, eram pessoas com quadros de epilepsia, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, adolescentes grávidas violentadas, esposas traídas, filhas de fazendeiros que perderam a virgindade antes do casamento, homens e mulheres “de rua” sem documentos (ARBEX, 2013). Ao serem admitidos no hospício, os internos tinham as cabeças raspadas, os nomes descartados, sendo rebatizados pelos profissionais. Os internos permaneciam sem cuidados básicos, muitas vezes comiam ratos, bebiam água do esgoto, dormiam no chão, eram espancados e violentados. Mulheres passavam por trabalho de parto dentro do hospício, 30 bebês foram roubados de suas mães (ARBEX, 2013).

Segundo os relatos, as mortes dos internos geravam lucros ao estabelecimento, pois os corpos falecidos eram vendidos às universidades de medicina pelo país, 17 no total. Ao findar esta parceria de lucro, os corpos eram dissolvidos em ácido no pátio da Colônia, diante dos pacientes, e as ossadas eram comercializadas. Franco Basaglia, Psiquiatra italiano conhecedor de diversas instituições de tratamento no mundo, ao visitar a Colônia, disse: “estive hoje num campo de concentração nazista. Em nenhum lugar do mundo presenciei uma tragédia como essa” (ARBEX, 2013, p. 15).

Em resposta ao modo asilar suas formas típicas de oferecer cuidados a estes sujeitos, dois movimentos se estruturam no Brasil, em especial na década de 1980, ambos chamados de “Reformas”: a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb). É pertinente a nossa reflexão adentrarmos nesta última.

O movimento conhecido como RPb, iniciado ao final do século XX, no Brasil, foi engendrado por usuários dos estabelecimentos, familiares destes usuários, trabalhadores e diversos atores sociais. O movimento surge a partir da denúncia ao modo hegemônico de Produção de Atenção em saúde e sua característica mais marcante, a oferta de uma modalidade de tratamento excludente, que funcionava, majoritariamente, por meio de internações, típicas do modo asilar de Atenção (AMARANTE, 1995; PITTA, 1996). Mediante os embates provocados, surge a estruturação de uma proposta alternativa de Saúde Mental como um campo de práxis em saúde, se inicia um novo Modo de Produção de Atenção. Este, com arcabouço teórico, ético político, considerava a saúde como algo produzido num processo que envolve uma conjugação de processos sociais, culturais, subjetivos e de produção da vida material dos sujeitos (AMARANTE, 1995). Dentre as propostas sugeridas estavam o tratamento de base comunitária e territorializadas, com consequente desospitalização. Nesta perspectiva, o adoecimento é concebido como impasses nos quais as dimensões da subjetividade e do social estão entrecruzadas num corpo, que é orgânico, mas é também subjetivado. Estes impasses, singulares de cada sujeito, escapariam às formas de Atenção médico-centradas, às terapias psicologizantes e aos diagnósticos de transtornos comportamentais normatizadores (SHIMOGUIRI, 2019).

As propostas introduzidas pelos trabalhadores da RPb vão além de alterações nos tipos de atendimentos, são mudanças de ordem ética e política. Por influência deste movimento, diversas propostas foram estruturadas e sequenciaram novos Modos de Produção de Atenção aos consumidores de AD, sendo algumas delas, traduzidas em políticas públicas e formalizadas em leis. Por ser pertinente à nossa problematização, analisaremos brevemente duas delas, a lei federal 10.216/2001 e a Portaria 3.088/2011.

A lei federal 10.216/2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001), definiu quais são os parâmetros legais para as internações psiquiátricas. Com base na referida lei, as internações devem ser

realizadas somente quando necessárias e sempre por um curto período de tempo, zelando para que o agenciamento da demanda na Saúde Mental seja orientada no sentido contrário à internação pelo modo asilar. A partir de tal determinação, a internação dos sujeitos é realizada em enfermarias de hospitais gerais, em Centros de Atenção Psicossocial III (CAPS III), estabelecimentos que funcionam 24 horas ou, quando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ainda não for articulada no Território, em hospitais psiquiátricos de pequeno porte.

No ano de 2002 houve um conjunto de mudanças no campo da Saúde Mental uma vez que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), por meio da Portaria 336 de 19 de fevereiro, instrumentalizou a criação do CAPS álcool e drogas (CAPS ad), estabelecimento especializado para o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico decorrente do consumo de AD. Tal estabelecimento tem em seu mote a intenção de operar de forma contrária à prática da internação como tratamento a priori, de modo não hospitalar e com um modelo outro que não o biomédico e sintomatológico (BRASIL, 2002). Ao se definir o CAPS AD como estabelecimento de saúde eleito para Produção de uma Atenção aos consumidores de AD, as ações passaram a ser orientadas pela lógica da Redução de Danos. Se propõe evitar a prática da internação como oferta de tratamento primeira, uma vez que um dos princípios do CAPS é funcionar como um estabelecimento substitutivo e não complementar aos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2003).

As influências da RPb nas políticas públicas foram alteradas durante a realização deste trabalho. No dia 11, de abril de 2019, o presidente Jair Bolsonaro assinou uma nova Política Nacional de Álcool e Drogas que, dentre as diversas mudanças propostas, alterou o modelo de tratamento instituído, antes pautado pela prática da Redução de Danos, adotando oficialmente a perspectiva Proibicionista, voltada a organização e ações pela abstinência total dos sujeitos (BRASIL, 2019a; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019). Tal ação, instituída pelo atual Governo Federal, induz a abertura de novos leitos nos hospitais psiquiátricos tradicionais, bem como, nas Comunidades Terapêuticas (CRP, 2019; BRASIL, 2019b). Notamos um retorno ao incentivo de estabelecimentos e práticas anteriores e contrários a preceitos RPb.

É possível notar que as propostas da RPb e as políticas públicas são passíveis de modificações de acordo com os governos, não só nacionais, mas também nas esferas estaduais e municipais, alterando consequentemente a Atenção

ofertados aos sujeitos. As políticas de governo do município de São Paulo, e suas alterações em cada gestão, são pertinentes à nossa problematização. O programa Redenção, desenvolvido pelo Governo municipal de São Paulo, do prefeito João Dória (cargo exercido de 2017 a 2018), realizou no dia 21 de maio de 2017 uma ação de despejo de consumidores de AD, moradores da “Cracolândia”⁵² (CRP, 2017). A estes sujeitos foram indicadas internações involuntárias como oferta de Atenção, essas requisitadas a estabelecimentos participantes do programa Recomeço, como a UHTAD onde atuamos. Tais propostas tem como horizonte ético o Proibicionismo.

Podemos notar as diferenças das ações em diferentes governos, por comparação, ao percebemos que o Programa Redenção de Dória inclui um conjunto de ações contrárias ao Programa De Braços Abertos, do governo municipal anterior, de Fernando Haddad (gestão de 2013 a 2017), que atuou pelo viés da Redução de Danos como estratégia de tratamento (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2017). O Programa Redenção atua de forma oposta à algumas deliberações da RPb, pois tem por finalidade a abstinência, se faz através de discurso Proibicionista (IDEM, 2017), considerando que essa prática não considera as necessidades sociais dos sujeitos. O Programa contou com o repasse de 25 milhões de reais do Governo Federal, intermediado pelo Ministério do Desenvolvimento Social, comandado na época por Osmar Terra, um defensor das internações como principal meio de tratamento para consumidores de AD (MELO, 2017). Para além de filiações partidárias, notamos como cada governo propõe práticas mais ou menos alinhadas com as propostas éticas e políticas da RPb, mais ou menos financiadas, dependendo a gestão em governo.

As últimas políticas instituídas pelo governo Bolsonaro, e seus respectivos financiamentos, revelam o processo de desmonte das inovações da RPb que vinham sendo traduzidas em políticas públicas. Evidenciam o embate de ideias, propostas, práticas, modelos e interesses opostos no campo da Saúde Mental e da Atenção aos consumidores de AD. Apesar das propostas da RPb para superação dos antigos Modos de Produção de Atenção em saúde, as práticas anteriores a RPb

⁵² Segundo informações, tal intervenção foi realizada de forma violenta pela ação policial, violando os direitos dos sujeitos, forçando-os a submissão à avaliações médicas e “propondo” internações compulsórias como única forma de tratamento (CRP, 2017; GONÇALVES, 2017; MELO, 2017)

ainda se fazem hegemônicas⁵³ (PAGNANO, 2018), com a reafirmação do modelo asilar no cotidiano por trabalhadores, instâncias e estabelecimentos de cuidado (BENELLI; COSTA-ROSA, 2003; BENELLI, 2002, 2015). É em um destes locais que operamos nossa práxis e propomos a realização desta intercessão-pesquisa.

No cotidiano de nossa práxis notamos a hegemonia das práticas pré-RPb, sendo poucas transformações efetivadas nas formas de tratamento, seja no âmbito teórico e técnico, seja no ético-político. Na práxis, observamos que muitos trabalhadores ainda são fundamentados pelo discurso médico-centrado, propondo tratamentos por via exclusivamente medicamentosa, de primazia medica-organicista⁵⁴, restando a outros saberes uma posição secundária ao saber psiquiátrico (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017; COSTA-ROSA, 2013). O modo asilar e suas práticas correlatas permanecem no cotidiano do campo da Saúde Mental, mesmo que repaginadas e sutis, ainda assim, hegemônicas, demandando uma contraproposta de resistência à hegemonia destas antigas práticas e suas lógicas. Tal hegemonia do modelo asilar e a existência de posicionamentos contrários evidenciam os embates presentes no âmbito das políticas públicas.

Um dos objetivos deste trabalho consiste em avançar, para além das propostas da RPb, buscamos operacionalizá-las. Para tanto, é necessário fazer uma leitura do campo da Saúde Mental e instrumentalizar os referenciais teórico-técnicos e ético-políticos primordiais, que neste trabalho definimos como Atenção Psicossocial. Nos apoiamos na análise teórica de Costa-Rosa (1999; 2000; 2012; 2013) sobre o embate de duas formas de operar, estas duas formas são conceituadas como Paradigmas.

Segundo Costa-Rosa (2013, p.76) os Paradigmas de Atenção ao sofrimento psíquico são um:

(...) conjunto articulados de valores e interesses que se estratificam, criam dispositivos (leves e pesados) e podem chegar à polarização (...). Essa

⁵³ Pagnano (2018), em sua pesquisa intitulada “O hospital psiquiátrico como analisador da Saúde Mental de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo” demonstra a atualidade persistente de tais práticas. Sobre as diferentes modalidades de internação como prática social variada e florescente no contemporâneo, indicamos a leitura de Benelli e Costa-Rosa (2003) e Benelli (2002, 2015).

⁵⁴ Apesar da primazia da Medicina como especialidade voltada ao organicismo, tivemos diversos contatos com médicos e psiquiatras orientados por perspectivas inter e transdisciplinares de saúde. Em nossa práxis, notamos ser um tanto comum que práticas médico-centradas sejam instrumentalizadas por trabalhadores não-médicos.

polarização pode chegar à configuração bem nítida de paradigmas contrários que se digladiam durante tempos indeterminados.

Os Paradigmas de Atenção são blocos organizados de valores sociais e interesses específicos que se articulam em oposição dialética. No campo da Saúde Mental, no qual está localizada a Atenção aos sujeitos consumidores de AD, notamos o embate de dois Paradigmas dialeticamente opostos, com características ético-políticas bem definidas. Estes são o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico-Medicalizador (PPHM) e o Paradigma Psicossocial (PPS). Convém à nossa reflexão nos determos a especificar as características e o modo de operar de cada paradigma.

O PPHM concebe a saúde como ausência de doença, ou minimização dos sintomas, com ações de foco à doença, sugerindo ações medicamentosas e socialmente excludentes, através de internações. A inserção social dos sujeitos do sofrimento se dá por uma adaptação, normatização e ao “sugerir” o retorno a comportamentos normais e socialmente aceitos, de clara influência moral.

Os trabalhadores referenciados por este Paradigma apresentam abordagens disciplinares, assujeitantes e objetificantes, uma vez que os sujeitos são referenciados de forma passiva, como um doente, reduzido a um mero receptor das intervenções. Estes trabalhadores atuam pelo discurso médico-centrado e consideram o sofrimento em decorrência de uma doença de causalidade fisiológica, excluindo a face social, portanto, política do sofrimento. Em decorrência desta organização, as equipes de trabalhadores tem como primazia a ação médica-medicamentosa.

Partindo da leitura de Costa-Rosa (2013), é possível estruturar um paradigma contra-hegemônico, como um campo da práxis, ou seja, como possibilidade teórico-técnica distinta do PPHM. Este é o PPS. Para aqueles posicionados pelo PPS, a saúde não é concebida somente pela perspectiva organicista, ou por primazia psychologizante, mas com integração dos saberes e ênfase no sujeito e não na doença, um sujeito com subjetividade permeada pelo inconsciente, sujeito da própria vida. O corpo orgânico é concebido em sua dimensão social, em uma compreensão ampla do ser, integrada, rompendo com as fragmentações das especialidades. Esta ideia é antagonista ao discurso médico-centrado e suas práticas ao conceber e propor saúde, pois compreende a realidade psíquica e a social como componentes essenciais da saúde. Nessa perspectiva, se busca transcender a lógica de

atendimentos divididos em áreas biológicas, psicológicas e sociais, traduzidos na práxis como atendimentos fragmentados em especialidades, típicos da organização hospitalar. O diferencial deste Paradigma é seu modo de conceber e produzir saúde: a saúde e a subjetividade são homólogas, não fragmentadas. Para enfatizar esta questão, Costa-Rosa (2013) adota a condensação destes conceitos no significante “subjetivadessaude”.

As formas de produzir saúde são alteradas pelo PPS. O tratamento é vinculado a implicação subjetiva e sociocultural dos sujeitos, tidos como protagonistas, não mais como doentes passivos sujeitados a condutas orientativas de trabalhadores especialistas. É uma outra modalidade clínica, de outra ética, em estabelecimentos institucionais da Saúde Mental e de outras áreas.

Uma questão essencial a se diferenciar é a cura. O PPHM, atua com os dualismos cartesianos, como sujeito-objeto, doença-cura, dominação-subordinação, saber-fazer, restringindo a reflexão do sofrimento a forma um tanto maniqueísta. Concebida neste Paradigma, a doença é um conjunto de sintomas, que uma vez reprimidos, se produz “cura” e uma consequente adaptação social (SHIMOGUIRI, 2016). O PPS rompe com esta visão cartesiana de conceber o “objeto” de atuação, propondo uma conceituação de saúde e cura ampliada e dialética, ao considerar os efeitos orgânicos intrincados com a produção social de saúde e os processos de subjetivação dos sujeitos.

Considerando também a saúde pelo campo subjetivo, é possível um processo de Atenção em que o sujeito é implicado e ativo. Sabemos que o conhecimento, as orientações e as práticas somente pedagógicas não são suficientes para fazer cessar a angústia dos sujeitos. Pelo PPS, é possível a articulação com a ética da Psicanálise, em que somente o próprio sujeito pode produzir um saber, uma forma de lidar com o próprio sofrimento. Atentos à concepção que a subjetividade é inerentemente social, é possível uma proposta de tratamento em que o sujeito produza sua saúde e não seja um doente passivo e alienado das condições de melhora. Assim sendo, se faz necessário os “terapeutas” – qualquer trabalhador, como psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, educadores físicos, oficinairos, arte-terapeutas – paramentados pelo PPS, posicionados a auxiliar que o sujeito se cure, que não tentem curá-lo.

Também é possível problematizar as relações entre trabalhadores e sujeitos vinculados aos estabelecimentos de saúde. Uma vez que os sujeitos do sofrimento

são posicionados como protagonistas em seus tratamentos, as relações subjetivas são horizontalizadas: há acesso facilitado nos estabelecimentos, espaços de convivência e o incentivo a novas formas de se relacionar, uma produção social de saúde (SHIMOGUIRI, 2019). Tais práticas diferem de práticas “terapêuticas” típicas do PPHM, que se resumem a ações pedagogizantes e adaptativas.

Uma vez descritas as principais características dos paradigmas, julgamos pertinente fazermos um breve resumo comparativo de ambos, por meio de categorias analíticas:

Concepção de saúde e doença:

PPHM: Compreensão do sofrimento de forma maniqueísta, através do dualismo doença-cura. Nessa perspectiva, a doença é um conjunto de sintomas de ordem organicista e fisiológica. Os sintomas devem ser reprimidos por meio da normalização do paciente e há pouca, e, por vezes, nenhuma consideração de fatores sociais e processos de subjetivação.

PPS: Rompe com esta visão cartesiana de conceber o “objeto” de atuação, propondo uma conceituação de saúde e cura ampliada e dialética. Saúde e adoecimento se dão no orgânico intrincado com a produção social de saúde e os processos de subjetivação dos sujeitos. Ou seja, saúde e subjetividades são homólogas. Nessa concepção, a saúde envolve uma conjugação de processos sociais, culturais, subjetivos e de produção da vida material dos sujeitos.

Os estabelecimentos de saúde:

PPHM: Se estabelece, majoritariamente, por meio de internações, através de perspectiva higienista e de limpeza social. O sujeito é desadaptado socialmente do convívio social, com objetivo de normalizá-lo e readaptá-lo. Nestes estabelecimentos, se exercem abordagens ditas disciplinares, práticas que colocam os sujeitos como objetos de intervenções e orientações de ordem pedagógica prescritiva. O acesso, a circulação e a apropriação do estabelecimento são limitadas e vigiadas.

PPS: Tratamento de base comunitária e territorializada, com consequente desospitalização. A intervenção ocorre próxima à vida social dos sujeitos, ofertando tratamento enquanto o sujeito se mantém ativo socialmente. As práticas destes

estabelecimentos são voltadas para ações Psicossociais, de modo que os sujeitos implicados participem ativamente do processo. O acesso ao tratamento e ao estabelecimento é facilitado por meio de espaços de convivência e incentivo às novas formas de se relacionar.

Organização das equipes de trabalhadores em saúde:

PPHM: A figura e a prática médica são centralizadas e de maior importância, sendo outras especialidades tidas como coadjuvantes do trabalhador médico, geralmente o psiquiatra. As ações planejadas são baseadas nos diagnósticos de perspectiva fisiológica e organicista. A equipe se organiza de forma multidisciplinar, dividida em áreas biológicas, psicológicas e sociais, traduzindo, na prática, em atendimentos fragmentados por especialidade, típicos da organização hospitalar. Há pouca importância para outros saberes: aos psicólogos e terapeutas ocupacionais cabem atuar diante do diagnóstico médico, aos enfermeiros aplicarem os medicamentos e organizarem o convívio social das internações e aos assistentes sociais cabem as ações de secretariado, como realização de ligações telefônicas às famílias e aos outros estabelecimentos de saúde. Trabalhadores como arte-terapeutas e professores de educação física são percebidos como produtores de atividades de entretenimento, ou seja, um meio de “manter os pacientes ocupados”.

PPS: Todos os saberes detêm a devida importância e as avaliações diagnósticas levam em consideração os fatores orgânicos, psíquicos, sociais, culturais. A equipe se organiza de forma inter ou transdisciplinar, com práticas compostas por diversos saberes intercalados. Os trabalhadores intervêm em ação conjunta, refletem sobre os casos coletivamente, nas reuniões de equipe, bem como, nos atendimentos. Os trabalhadores das equipes fazem grupos, discutem os casos, atendem os familiares, realizam as articulações com a RAPS e contribuem para elaboração dos relatórios ou documentos informativos.

Os trabalhadores membros de equipes de saúde e a relação com os sujeitos:

PPHM: Os trabalhadores apresentam abordagens disciplinares, assujeitadoras e objetificantes. O paciente é referenciado de forma passiva, compreendido como o “doente”, portanto, receptáculo de intervenções. A relação terapeuta-paciente se mantém orientada pelas relações dualistas e verticalizadas, sujeito-objeto, especialista-ignorante.

PPS: Quaisquer trabalhadores, sejam eles psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, arte-terapeutas, buscam se posicionar como auxiliares no processo de cura, e não como detentores da cura do sujeito. Nesse aspecto, as ações integradas são valorizadas, de modo a romper com as fragmentações das especialidades, por meio de práticas transdisciplinares. As ações são planejadas a partir das demandas sociais trazidas pelos sujeitos, co-participantes da organização institucional. A relação terapeuta-sujeitos tem por objetivo ser horizontalizada, baseada no vínculo, na implicação subjetiva e sociocultural, auxiliando o sujeito do sofrimento a saber de si, sobre aquilo que sofre.

Os sujeitos do sofrimento:

PPHM: Os sujeitos são entendidos como doentes passivos, sujeitados às condutas orientadoras de trabalhadores especialistas, devido a sua incapacidade de adaptar-se às exigências sociais. Estão acometidos por um adoecimento orgânico, logo, precisam ser medicados. No tratamento, o sujeito é pouco participante, alvo de condutas orientativas, cujo foco consiste no cessar dos sintomas e na readaptação social.

PPS: Compreendidos como aqueles que estão em processo de adoecimento devido aos impasses nos quais as dimensões da subjetividade e do social estão entrecruzadas num corpo, que é orgânico-subjetivado, sendo tal processo, influenciado pelas circunstâncias sociais. No tratamento, o sujeito é implicado e ativo, nessa perspectiva, somente o próprio sujeito pode produzir saber sobre si e o que sofre, uma forma de lidar com o próprio sofrimento.

Alinhamento com as políticas públicas de tratamento para consumo de álcool e drogas:

PPHM: Alinhados com as políticas proibicionistas, cujo objetivo é a abstinência total e uma sociedade sem drogas. Atenção voltada às internações em regime fechado como locais privilegiados para tratamento, típicas do modo asilar.

PPS: Alinhados com a ética e as práticas de Redução de Danos, voltada à garantia de direitos e ao cuidado integral dos consumidores de AD. Incentivo à atenção primária e territorializadas para tratamento, típicos do modo Psicossocial.

Em toda práxis e durante esta pesquisa-intercessão, nos posicionamos como trabalhadores guiados pelos preceitos do Paradigma Psicossocial. Em nossa atuação no cotidiano da Atenção a consumidores de AD, nos interessa instrumentalizar práticas Psicossociais, apresentando o PPS como um conjunto de referenciais teórico-técnicos e ético-políticos essenciais para proporcionar modos de Atenção de acordo com os referenciais do SUS, da RPb, guiados pelo horizonte do PPS.

Tendo apresentado uma síntese sobre as características paradigmáticas da Atenção no campo da Saúde Mental, é possível descrever com mais clareza os componentes deste campo e as possibilidades de posicionamentos éticos e de intervenções. Posicionados como trabalhadores guiados pelo PPS, nos deparamos imersos nas seguintes questões: o que faz um trabalhador posicionado pelo PPS? Como ele atua? Como transformar tais preceitos em ações no dia-a-dia de um estabelecimento de saúde? Motivados por tais questionamentos, percebemos a necessidade do trabalhador da Saúde Mental produzir um novo modo de conceber o saber, para construção de conhecimentos pautados na práxis.

3.1 A INTERCESSÃO-PESQUISA COMO INSTRUMENTAL OPERATÓRIO PARA TRABALHADORES DA SAÚDE MENTAL

A partir de nosso desejo de iniciar um trabalho de pesquisa, referente à nossa práxis, como trabalhadores da Saúde Mental, nos deparamos com uma questão fundamental: é possível a um trabalhador pesquisar sobre sua atuação, enquanto atua?

No campo da produção de pesquisa, seja a pós-graduação *lato sensu* – especializações em geral – ou *stricto sensu* – mestrado e doutorado –, o problema das metodologias de pesquisa se coloca como uma situação fundamental. Entretanto, ao delimitar como objetivo de pesquisa o tema “práticas de um trabalhador Psicossocial”, observamos uma falta de enquadramento nos padrões tradicionais de pesquisa desenvolvidos na Universidade, o que nos levou a uma busca incessante por diversos modos de se realizar uma pesquisa deste tipo, fato que nos proporcionou diversos desafios metodológicos.

Ao adentrarmos ao universo da pesquisa científica, esbarramos com normatizações metodológicas dentro deste campo, indicativas de padrão Positivista. O Positivismo como método, idealizado por Auguste Comte (1875), define algumas normas no campo da produção de pesquisa e do conhecimento, a saber: a verdadeira ciência só seria produzida ao se observar fenômenos físicos, materiais e concretos, negando a possibilidade de se estudar fenômenos naturais ou sociais, e; a ciência deveria focar unicamente nos fatos observáveis, ignorando qualquer saber da ordem da subjetividade. Segundo Ribeiro (2017), outra característica desse método de análise está no posicionamento do pesquisador, que deve se colocar em uma relação de neutralidade diante do fenômeno a se estudar, de modo a garantir a “pureza” dos fatos. Nessa perspectiva, o pesquisador estabeleceria uma relação de imparcialidade ao estudar um objeto (RIBEIRO, 2017).

Tomando o Positivismo como referencial de produção de conhecimento, percebemos-nos defronte de um conjunto de problemáticas para a produção de nossa pesquisa: como psicólogos orientados pela Psicanálise, atuamos visando a produção de saber do inconsciente, além de teorizarmos sobre a subjetividade como uma instância inerentemente psíquica e social. Quanto ao posicionamento do pesquisador guiado pelo viés da neutralidade: seria possível para nós, psicólogos em atuação cotidiana junto aos sujeitos que requisitam nosso auxílio, em um estabelecimento de saúde que nos emprega e nos direciona à atuação, sermos neutros e imparciais em um trabalho de produção de conhecimento? Para nós, que objetivamos realizar uma pesquisa com a finalidade de contribuir para a transformação de nossa práxis na Atenção, essa pretensa neutralidade parece impossível.

Por diversas divergências metodológicas, éticas e políticas com o referencial Positivista de pesquisa, buscamos e encontramos autores que têm se manifestado em prol da sistematização de outros referenciais metodológicos. Minayo (1989) apresenta diversas contribuições para pensar as metodologias qualitativas no campo das ciências sociais e da Psicologia Social. Em seu trabalho, “O desafio do conhecimento”, a autora aborda a pesquisa qualitativa, com enfoque na área social, especialmente no campo da saúde, discutindo outros modos de conceber a produção do conhecimento para além do pensamento positivista. Em contraproposta a essa corrente, apresenta como possibilidades de pesquisa o marxismo, a pesquisa-ação e a pesquisa-intervenção. Na compreensão das pesquisas

qualitativas e quantitativas, a autora ressalta a importância de dissolver as dicotomias entre estes dois modos de pesquisa e entre a objetividade e a subjetividade na produção do conhecimento, complementando que nenhuma teoria é neutra, logo, nenhuma detém o monopólio da produção de um conhecimento que explique completamente a realidade (MINAYO, 1989). Portanto, nas pesquisas qualitativas do campo da pesquisa social, um pesquisador, dado seu posicionamento ético e seus referenciais teóricos, interfere dinamicamente na realidade ao produzir conhecimento, justificando assim a ausência de neutralidade (MINAYO, 1989).

No que se refere às ciências sociais e as pesquisas qualitativas, Minayo (1989) considera que essas podem ser utilizadas para avaliar a regularidade de um fenômeno e fazer análises das relações entre os sujeitos. Neste sentido, elas diferem do Positivismo e seu objetivismo, neutralidade e falta de envolvimento do pesquisador com o objeto pesquisado. Por exemplo, a pesquisa-ação pressupõe que o pesquisador seja o ator político e transformador da realidade que pesquisa, sendo os sujeitos envolvidos, tidos como co-participantes. Minayo (1989) afirma que a ação participante e transformadora do pesquisador exige uma preparação teórica e metodológica, com a utilização de recursos como as técnicas de observação participante ou roteiros de entrevistas. Por meio destas abordagens, é possível compreender a natureza reflexiva dos sujeitos, ou melhor, o pesquisador substitui sua perspectiva pela dos sujeitos, considerando os dados apresentados pelos sujeitos como conhecimento, uma versão da realidade. Também é possível apreender os processos de socialização, as estruturas organizacionais e as suas características, dentre outras questões singulares do campo pesquisado (MINAYO, 1989).

Os diversos posicionamentos científicos, teóricos e técnicos incluem diferentes políticas e efeitos éticos. Benelli (2019), por meio de uma ampla revisão da literatura buscou problematizar a pesquisa na Universidade e, particularmente, suas relações com as práticas psicológicas, tomando-a como instituição. Procurou responder as seguintes questões: para que serve a pesquisa desenvolvida na academia universitária? E quais seriam seus problemas de execução? A partir de uma grade teórica e analítica epistemológica e ética, distinguiu um conjunto de modalidades diversas de pesquisas realizadas na Universidade: a pesquisa de corte positivista tradicional; a pesquisa-ação baseada no materialismo histórico; as

práticas de intervenção psicossocial de matiz pedagógico/psicologizante; a pesquisa-intervenção referenciada na Filosofia da Diferença, e a intercessão-pesquisa orientada por uma complexa perspectiva transdisciplinar, com um modo de produzir transformações sociais, atuando no plano microfísico dos estabelecimentos institucionais nos quais o trabalhador está inserido. As relações entre a pesquisa acadêmica e o plano das práticas psicológicas constituem figuras diversas e também produtoras de efeitos éticos e sociais distintos. Por isto, Benelli (2019) considera que poderia ser este um critério para guiar a escolha por uma ou outra modalidade.

Realizadas estas leituras, encontramos interesses semelhantes aos nossos nas práticas de pesquisa-ação, em que há um pesquisador implicado na transformação do campo que pesquisa. Todavia, não nos cabe sua utilização, assim como com relação à boa parte das referenciais apresentados por Benelli (2019). Percebemos, por exemplo, que a pesquisa-ação é uma vertente de pesquisa participativa que requer a inserção do pesquisador em um dado campo empírico. Com base neste referencial metodológico, demanda-se um lugar de pesquisador – ou seja, alguém de fora da realidade pesquisada, que se debruce sobre ela para produzir conhecimento –, o que difere de nossa realidade, uma vez que não adentramos ao campo como um pesquisador que sai da Universidade para o campo social, visando apreender conhecimento da realidade. Não somos pesquisadores da Universidade, somos trabalhadores, atuando no campo, ou seja, já estamos inseridos nas relações sociais e nas formas de se exercer Atenção. O diferencial está no fato de que, enquanto trabalhadores, nos propomos ser pesquisadores com a finalidade de aprimorar nossa práxis, estamos inseridos na prática, partimos dela e desejamos transformá-la e conhecê-la.

Mesmo atento às possibilidades das várias pesquisas sociais, seria possível pesquisar o campo onde estamos e atuamos cotidianamente, como trabalhadores? Uma estratégia possível para referenciar um trabalhador em “pesquisa” se apresenta com a intercessão-pesquisa e sua perspectiva transdisciplinar (BENELLI, 2019). Na tentativa de instrumentalizar a ação do trabalhador no campo da Atenção em Saúde Mental, possibilitando a pesquisa e a produção de saber nas diferentes realidades, Costa-Rosa idealizou o Dispositivo-Intercessor⁵⁵ (DI). Em sua trajetória como

⁵⁵ O Dispositivo Intercessor consiste numa formulação original do Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa, docente do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, São

psicólogo, psicanalista, analista institucional e docente da Universidade, Costa-Rosa (2013) elaborou um referencial metodológico que possibilita aos trabalhadores tomarem como objeto de reflexão sua própria práxis, produzindo um saber singular com consequente modificação da realidade em que estão inseridos.

3.2 O DISPOSITIVO INTERCESSOR (DI)

A teoria, o método e as técnicas de investigação aplicadas para resolver um dado problema são aspectos que compõem uma pesquisa científica. A teoria representa o referencial teórico, político e ético adotado pelo pesquisador. O método, resumidamente, deriva e está intimamente articulado com a perspectiva teórica. Na dimensão epistemológica, relacionada com o processo de produção de conhecimento, bem como no que diz respeito a práxis, Costa-Rosa destaca a necessidade de se estabelecer um plano transdisciplinar, com referenciais teórico-técnicos e éticos que incluem aspectos diversos tais como a Análise Institucional (AI), com destaque para os autores franceses Lourau e Lapassade⁵⁶; uma teoria da Constituição Subjetiva, especificamente a partir da Psicanálise do campo de Freud e Lacan; uma teoria da análise política das Instituições, advinda das teorias de Marx; e contribuições da Filosofia da Diferença de Deleuze (1996). Para um melhor entendimento do Dispositivo Intercessor (DI), faremos uma breve apresentação de seus referenciais basilares.

3.2.1 A Análise Institucional

A AI é um referencial epistemológico que visa pesquisar e, consequentemente, promover alterações nos processos e movimentos de organização em grupos, instituições e comunidades de formas distintas às promovidas pelo saber científico tradicional e pela heterogestão. Se propõe, frente

Paulo, infelizmente falecido em 26/11/2018. A “Carta de fundação do Laboratório Transdisciplinar de Interação-Pesquisa em Processos de Subjetivação e “Subjetividade da saúde” (LATIPPSS)” escrita pelo Prof. Abílio, bem como trabalhos inéditos sobre o tema foram publicados num número especial da Revista de Psicologia da UNESP organizado pelo coletivo do Laboratório. Cf. em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/issue/view/88>.

⁵⁶ Como referências importantes da AI destacamos os seguintes trabalhos: Ardoino e Lourau (2003), Lapassade (1989), Lapassade e Lourau (1972), Lourau (2014), Barembliitt (2012), Rodrigues e Altoé (2004). Também recomendamos autores que utilizam a AI de forma transdisciplinar, tais como Goffman (1987), Foucault (2013), Costa-Rosa (2000, 2013) e Benelli (2014b, 2016, 2020c).

ao cientificismo classificatório e repressivo, subverter o status quo nos modos como determinado grupo se organiza, instituindo um novo saber de um coletivo (BAREMBLITT, 2012). Propõe uma estruturação organizacional horizontal entre os membros de determinado coletivo, e para tal, se apresenta como referencial de pesquisa das pulsações instituintes, visando produzir um conhecimento que valorize uma organização coletiva e democrática.

Podem ser objetivos de pesquisa institucional as práticas, discursos, saberes, poderes, sujeitos, embates políticos/ideológicos. Como referencial de pesquisa, a AI procura se estabelecer através de planos analíticos que descrevam aspectos da realidade institucional, de forma a proporcionar uma interpretação coerente e integradora dos aspectos de uma realidade (BENELLI, 2019).

A AI toma o campo da instituição, seja ele qual for, para refletir e produzir conhecimento sobre sua formação histórica, social e política, além de problematizar sua organização. Isto pode ser feito por uma análise da lógica institucional, das leis, das orientações técnicas normativas, dos atores institucionais, dos discursos, das práticas e dos efeitos éticos, através de sua descrição pelo pesquisador. Tal análise e descrição podem ser realizadas por meio de trabalhos de análise documental e/ou revisão de bibliografia que compõem a literatura (BENELLI, 2019).

Algumas contribuições da AI para o DI são: o objetivo de realizar pesquisa e alterar a realidade pesquisada; o posicionamento como pesquisador atuante, ao considerar as pulsações instituintes, os movimentos de um determinado contexto e sua ação nos sujeitos; a pesquisa como uma forma de atuar de forma subversiva e antagônica as práticas verticais e hegemônicas de determinado grupo; o pesquisador realiza um estudo no contexto e, por sua vez compreende que os sujeitos não são apenas objetos a serem estudados. Entendemos que a AI introduz, como prática inovadora, uma forma de intervenção social, na qual o pesquisador está implicado (ALTOÉ, 2004) na realidade que deseja pesquisar e transformar, o que já o diferencia de um pesquisador positivista.

3.2.2 A Psicanálise do campo de Freud e Lacan

Sigmund Freud desenvolveu a conceituação de uma instância da subjetividade que o homem não pode controlar e não tem acesso de modo direto, o inconsciente. Em toda sua obra, buscou estruturar uma metodologia para a

investigação desta instância, para acessá-la e tratar dos impasses originários do inconsciente, de forma ordenada. O inconsciente se manifesta de diversas formas, na formação dos chistes, sintomas e lapsos, por exemplo, sendo a Psicanálise um referencial que permite observar empiricamente tais manifestações e, consequentemente formular propostas de tratamento para o sofrimento psíquico⁵⁷.

A Psicanálise nos permite uma compreensão da subjetividade como “processos de subjetivação” e, por meio destes, entendemos que os processos psíquicos e sociais são intrínsecos e interligados dialeticamente (PÉRICO, 2019). Referenciados na tese de Freud (2013) que a psicologia individual é também e ao mesmo tempo social, trabalhamos sempre com “uma subjetividade contextualizada social e culturalmente e de uma Formação Social subjetivada” (COSTA-ROSA, 2012a, p. 19).

A Psicanálise contribui para a construção de uma relação diferenciada com os sujeitos que sofrem e com a produção de um saber do inconsciente. No método psicanalítico, não se opera com um conhecimento a priori sobre o sujeito e seu adoecimento, ou seja, não são realizados diagnósticos ou falas pedagógicas sobre aquilo que o sujeito apresenta. Procura-se possibilitar a implicação subjetiva do próprio sujeito no tratamento, para que ele produza seu próprio saber sobre si, seu adoecimento e as relações sociais nas quais está inserido. Através da “ignorância douda”, o terapeuta trata de ocupar uma posição de “não-resposta”, ou seja, de manter o saber de terapeuta para si, uma posição capaz de agenciar/causar o trabalho do próprio sujeito do sofrimento. Do ponto de vista epistemológico, a Psicanálise rompe com o especialismo, na medida em que o “objeto” de estudo e de intervenção é um sujeito produtor de saber. Dessa forma, o sujeito é protagonista e, na relação terapeuta-paciente, não se pretende curar um paciente, mas criar condições para que ele se cure. Com esta visada se evita o lugar de mestre especialista detentor do saber, assim como as práticas prescritivas, dando possibilidade para o sujeito produzir seu próprio saber sobre aquilo que causa seu sofrimento, que é subjetivo. Essa atitude também pode orientar os demais trabalhadores do campo, na produção de respostas aos impasses institucionais (PÉRICO, 2019).

⁵⁷ Rigorosamente, definimos a Psicanálise como um modo de operar na práxis junto aos fenômenos do inconsciente expressos pelos sujeitos e seus impasses, conflitos e sintomas. Optamos por manter esta descrição da Psicanálise feita nesta dissertação para auxiliar a compreensão de leitores que, porventura, não sejam familiarizados com o referencial psicanalítico.

3.2.3 O Materialismo Histórico Dialético (MHD)

Outra contribuição importante para a construção do DI vem do MHD de Marx. O MHD possibilita a análise crítica da divisão social do trabalho, sendo esta análise de grande importância para o DI, como ressalta Costa-Rosa (2013) ao problematizar os Modos de Produção.

As definições de Marx acerca do Modo de Produção são tomadas por Costa-Rosa (2011, 2013) para compreender a produção no campo da Atenção ao sofrimento psíquico. Para o autor, existe uma equivalência entre os modos de produção e os modos de subjetivação. Isso é elucidado na paráfrase:

[...] se ao “fazer”, o indivíduo faz a si mesmo, também deve ser imediatamente notada a homologia necessária entre esses modos do fazer. Ou seja, está simultaneamente afirmada, sem meias palavras uma relação direta entre os modos da produção social ampla e os modos de subjetivação, as formas da relação dos indivíduos com o trabalho, lastreadas pelos laços de comunidade, são o próprio corpo objetivo da subjetividade. Portanto, podemos considerar que a imanência do trabalho com os demais meios e condições da produção, o que define para Marx o trabalho vivo, está diretamente relacionada a um modo particular dos processos de subjetivação. Essa relação de imanência permitia ao trabalhador, como ente humano, ter existência objetiva independente do trabalho, e ao mesmo tempo possibilitava que ele se relacionasse consigo mesmo como senhor das condições de sua realidade. (COSTA-ROSA, 2011, p. 14-15).

Outra contribuição importante para o DI é que o MHD possui pressupostos epistemológicos para enfrentar as dicotomias – sujeito-objeto, indivíduo-sociedade, subjetividade-objetividade (MINAYO, 1989). Como metodologia, tem por objetivo transformar a realidade no âmbito do conhecimento e na forma histórico-social. A pesquisa marxista visa, partindo de uma perspectiva histórica, descrever o objeto de conhecimento por meio da compreensão de todas as suas mediações e correlações (MINAYO, 1989).

Marx (1975) apresentou uma análise dos Modos de Produção pela perspectiva da produção de riqueza dos sistemas econômicos, ao investigar a extração de mais-valor, ou seja, ter como objeto a investigação da exploração de um ser humano por outro.⁵⁸ Definiu o Modo Capitalista de Produção (MCP), com o desenvolvimento do Capitalismo, e os Modos de Produção Pré-Capitalistas.

⁵⁸ Esta questão é elucidada no capítulo “Acumulação Primitiva”, no livro *O Capital* (Marx, 2011).

Entretanto, estes Modos de Produção não se referem somente ao modelo econômico, mas também modos de produção das relações sociais, dentre elas, modos de se produzir subjetividade. Por meio da discussão realizada por Costa-Rosa (2013), percebemos que as características do Capitalismo operam nos mais diversos campos da vida social e psíquica.

Através desta análise, identificamos o MCP como um modelo de organização das relações de produção social, que na atualidade se estabeleceu como modelo hegemônico (GALIEGO, 2013). Uma das características do MCP é a apropriação dos modos de produção: um sistema econômico para gerar riqueza, no qual o detentor dos modos de produção explora aqueles que não detêm tal poder, não restando outra opção para estes além de vender sua força de trabalho, de forma alienada e estranhada. Tal característica também é percebida na Atenção em Saúde Mental, através de práticas prescritivas, higienistas e moralistas, típicas do PPHM. Com estas ações, os trabalhadores se posicionam como “mestres”, detentores dos Modos de Produção de Atenção em saúde, especialistas que podem “curar um paciente”. Este sujeito que sofre, espera pacientemente a cura através de um especialista que lhe diga porque sofre e que o cure, restando apenas uma saída: “vender” sua autonomia, seu saber sobre si mesmo e “consumir” um tratamento, de preferência, medicamentoso, de forma alienada.

Podemos perceber algumas características do MCP no relacionamento interprofissional e em como o processo de trabalho é fragmentado, fragmentador e alienante, típico modo em que se encontra um trabalhador no campo da Saúde Mental, inapto para acompanhar por completo o processo de produção (BRAVERMAN, 1987). Como bem nota Costa-Rosa (2009), a simples multidisciplinaridade, típica ao paradigma de tratamento ainda dominante na Saúde Mental, “é homóloga à divisão social do trabalho na produção comum de mercadorias: trabalho fragmentado segundo a lógica taylorista” (COSTA-ROSA, 2009, p. 17).

Tal divisão do trabalho, advindas do capital, também se percebe na relação entre os trabalhadores e os acadêmicos das universidades. A Universidade, como local eleito para a produção de conhecimento, pode reproduzir a lógica da divisão social do trabalho no MCP, fazendo operar dois Modos de Produção: aqueles que são os “especialistas”, detentores do conhecimento, pesquisadores que habitam somente na Universidade; e os trabalhadores do campo, que não detêm o

conhecimento, restando-lhes somente trabalhar e aplicar conhecimentos produzidos na Universidade. Nesta relação, se corre o risco de manter a divisão saber-fazer: os pesquisadores sabem, mas não fazem, os trabalhadores fazem, mas não sabem. Referente a isso, Galiego refere que:

Essa forma da Universidade operar legitima e reifica a identificação dos que estão nos serviços, diretamente responsáveis pela Atenção, como aqueles que apenas sabem fazer, isto é, aplicadores das técnicas, e os que estão na universidade, os pesquisadores/intelectuais, como os detentores do conhecimento que responderia às questões e insuficiências da prática (GALIEGO, 2013, p. 44).

Assim é possível apreender como o MCP introduziu transformações nos laços sociais e nos Modo de Produção da vida social, em especial a separação entre fazer e pensar, gerir e saber. Costa-Rosa (2008) afirma que essa é a razão lógica e histórica na qual se fundamenta a necessidade da construção do DI, como contrapartida a este modo tradicional de produção de conhecimento. Ou seja, a razão imediata dessa construção consiste na necessidade ética de produzir um conhecimento que não reproduza este modo de produção de conhecimento e de subjetividades alienadas. Portanto, o DI se propõe operar em ordem inversa ao MCP, produzindo uma crítica da divisão fazer-saber, buscando sua subversão. Utilizamos o conceito de MCP, embasados no MHD de Marx para descriminar as características deste Modo de Produção no campo da Saúde Mental.

3.2.4 Filosofia da Diferença

Costa-Rosa (2013) parte da conceitualização de dispositivo em Foucault (2009) e Deleuze (1996), ampliando o conceito de Agamben (2009) para instrumentalizar um “dispositivo” para além da filosofia, no nível da práxis. Dispositivo é tido como aquilo que agencia a produção de uma subjetividade singularizante (COSTA; SOUZA; PÉRICO, 2019), ou podemos definir também sendo sujeitos com possibilidade de produção de sentidos que afirmem a vida, contrapondo-se às subjetividades alienadas ou capitalizadas. No campo da Saúde Mental, um dispositivo teria a pretensão de fazer frente aos métodos de trabalho e pesquisa que tomam o sujeito como objeto, com vista à produção de subjetividade singularizada. Doravante, Costa-Rosa (2013) faz uma apropriação crítica da noção

de “intercessores” da filosofia deleuziana (DELEUZE, 1996), ao apresentar o Intercessor como aquilo ou aquele que favorece a criação, que possibilita a transformação, enquanto agentes provocadores de mudanças.

O levantamento dos referenciais do DI permite compreender que ele possibilitaria trabalhadores uma série de operações: poderia utilizar a “Psicanálise para reconhecimento do sujeito, materialismo histórico para análise da realidade político-econômica e análise institucional para compreensão dos equipamentos de saúde” (GOTO, 2019, p. 185). Por meio do DI, seria possível uma subversão dos modos hegemônicos de Atenção, do MCP e da organização institucional.

3.3 O DISPOSITIVO INTERCESSOR COMO REFERENCIAL TEÓRICO, TÉCNICO, ÉTICO E POLÍTICO

É possível perceber que o DI se distancia de um método tradicional de pesquisa ao pretender subverter a lógica de produção de conhecimento especializado, partindo somente da Universidade. Rompe com a divisão entre fazer e pensar típica do MCP, que delega o saber da práxis apenas aos teóricos e gestores, separando o sentido da ação dos que trabalham na prática imediata, restando-lhes a posição de subordinados na “linha de produção”. Difere-se o DI dos métodos padrões de pesquisa da Universidade, uma vez que:

A finalidade é transformar/agir com uma epistemologia de outra ordem, no que diz respeito aos métodos de pesquisa convencionais produzidos na universidade, no sentido de não usurpar os sujeitos como dados, objetificando-os. A empreitada do trabalhador-intercessor-pesquisador não é conhecer para transformar, mas sim transformar conhecendo, e, depois de ter intercedido junto à transformação da realidade, com e na qual trabalha, produz um conhecimento que servirá aos trabalhadores que estão na (in)tensão da práxis cotidiana. Portanto este modo de produção de conhecimento concebe a pesquisa por uma perspectiva diversa daquela dos moldes clássicos (COSTA; SOUZA; PÉRICO, 2019, p. 172).

A ideia de unir práxis de trabalho e produção de pesquisa não é nova. Freud (1917) afirma que, na Psicanálise, tratamento e pesquisa coincidem e não estão dissociados, portanto, para a reflexão é necessário a ação, a práxis. Por meio do DI, é possível a um trabalhador, partindo de sua atuação institucional, repensar os necessários reposicionamentos em sua ação e proporcionar novas ações

instrumentalizadas pelo próprio profissional, ao problematizar sua práxis, cotejando-a com a literatura pertinente.

O DI torna possível que um trabalhador possa pautar sua práxis pelo PPS, contrapondo dialeticamente o PPHM. As práticas típicas do PPHM visam suprimir e tamponar os sintomas e demais impasses subjetivos da forma mais direta e rápida possível, para alcançar uma suposta readaptação social. Segundo Périgo e Costa-Rosa (2015, p. 34), caso o tratamento não produza este efeito:

o “paciente” fica preso apenas ao segundo momento da extração da mais-valia, designado como “cronificação institucional”; se vinga, temos a situação de coincidência dos dois momentos da exploração socioeconômica, já que o indivíduo passa não só a ser reintegrado na produção e no consumo comum, como continua na des-implicação subjetiva e sociocultural tipicamente alienada e, portanto, preso à dimensão imaginária-tautológica-demandante de suprimentos do mercado. Consumidor ad eternum – garantido pelo direito do Código de Defesa do Consumidor – das psicoterapias autoritárias, do assistencialismo paternalista e, principalmente, das muletas medicamentosas. Capitalizar e alienar, não necessariamente nessa ordem, é o fim terapêutico e ético-político desse modo de tratamento.

O PPS, ao contrário, busca produzir um Tratamento Analítico Singularizante (PERICO; COSTA-ROSA, 2015) que tem como horizonte ético “restituir ao sujeito a condução dos processos de subjetivar que lhe são inalienáveis” (COSTA-ROSA, 2012, p. 17). Visa possibilitar condições para que o sujeito possa se reposicionar subjetivamente, inclusive no campo social e institucional, fazendo frente às práticas opressivas do MCP.

A partir dessas indicações do DI, adotamos uma atitude ética que fundamenta uma proposta de direção do tratamento (LACAN, 1998) que defende que todo sujeito, seja ele quem for, deve passar pela implicação subjetiva, pois todos são dignos de alcançar saúde. Como proposta de instrumentalização do PPS, clínica e política são tomadas como contínuas, não há uma sem a outra. O objetivo é proporcionar potência de produção de um sentido novo na Atenção, capaz de mudar a relação do sujeito com o sentido do sofrimento e do seu sintoma. Tal tratamento oferta aos sujeitos outros modos de posicionamento nas relações sociais, que se encontravam dificultadas ou mesmo impossibilitadas (COSTA-ROSA, 2013, p. 304). Portanto, o DI não é somente um método de pesquisa e intervenção, mas um referencial ético-político.

É possível perceber que o DI é uma ferramenta que permite não apenas produzir um conhecimento, mas indica um modo de operar na práxis. Chamamos a atenção a este posicionamento, que denominamos ético-político. De acordo com Benelli (2020a, p. 90) “a ética da Atenção Psicossocial se pauta pela ética do desejo, conforme a Psicanálise de Freud e Lacan e também pela ética do carecimento de Marx”. Costa-Rosa (2011, 2013) apresenta uma perspectiva original quando discute a possibilidade de uma ética que seria pertinente ao conjunto de ações realizadas sob o enfoque da Atenção Psicossocial no campo da Saúde Mental. Partindo da análise de algumas proposições sobre a ética na Saúde Mental, presentes na literatura, e da própria experiência como trabalhador do campo da Atenção Psicossocial, na Psicanálise, é que se busca fundamentar uma ética da clínica na Atenção Psicossocial como ética do “cuidar-se”. Tal ética é base necessária para a construção do protagonismo dos sujeitos do sofrimento na produção do sentido necessário à superação do sofrimento e demais impasses que motivaram a procura de ajuda. O DI se refere a uma ética e demanda dos trabalhadores do campo a superação dialética dos modos de produção de saúde e subjetividade em sintonia com o MCP e seus derivados autoritários.

3.3.1 O Trabalhador-Intercessor

Uma vez estabelecido um plano prático, epistemológico e transdisciplinar como exigência para uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação no campo da Saúde Mental, o DI propõe um “trabalhador pesquisador”, ou seja, a formação de trabalhadores de um novo tipo, transdisciplinares (PÉRICO, 2019), que nomeamos como “trabalhadores-intercessores” (TI).

Os TIs têm como premissa a produção de conhecimento na práxis para subverter os modos de pesquisa que operam a partir do princípio disciplinar sujeito-objeto, dando lugar ao que vamos chamar de “práticas intercessoras”. Estas, embasadas na noção relação transferencial (FREUD, 2017), são ações que convidam os sujeitos envolvidos a saírem da alienação, produzindo sentido e implicação subjetiva, dos sujeitos do tratamento até os sujeitos-trabalhadores do campo. Estamos de acordo com Costa (2019): “o sujeito tomado como objeto pelo discurso da Ciência é devolvido ao seu lugar de ator na produção de sentidos,

sempre múltiplos [...], frente aos acontecimentos que o interpelam” (COSTA, 2019, p. 190).

3.3.2 O Dispositivo Intercessor como método para produção de conhecimento

O DI envolve dois momentos distintos, mas conectados: 1) o TI opera na práxis, no seu trabalho cotidiano no estabelecimento institucional, a partir do saber produzido no ato da Atenção e; 2) no Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de Conhecimento (DIMPC) o trabalhador assume a posição de processar este saber, procurando decantar e formalizar um conhecimento que será útil para orientar a sua própria práxis. Ao realizar uma intercessão-pesquisa, o trabalhador se volta à Universidade, não para produzir mais um conhecimento de especialista, mas para construir um saber que ajude a fazer-saber, no sentido de reverberar no retorno à práxis. O DI não é tomado somente como um método epistemológico, é também um modo de operar na práxis, avesso aos métodos típicos de produção de conhecimentos originários da ciência moderna presentes nos campos de trabalho e de Atenção em saúde (BENELLI, 2019).

Enfatizamos que há um momento de retorno à Universidade, porém, não buscamos com isso produzir um saber absoluto e finalizado, pois se preza pela construção de saber diretamente pelos trabalhadores inseridos na práxis, saber histórico, não todo, mas nem por isso, menos efetivo. O DI propõe um saber em movimento, construído na medida em que o Trabalhador-Intercessor vai produzindo-o.

A partir das coordenadas do MHD, este TI percebe que atua no contexto de formações sociais e subjetivas e que a produção de seu saber não é universal, mas sim localizada. Atento aos referenciais da AI e na produção deste saber para a práxis, o TI não só produz um saber, ele avança, transformando assim a realidade concreta na qual atua, rompendo com os conhecimentos instituídos e hegemônicos (GALIEGO, 2013; MARTINI, 2010).

Como uma maneira de sistematização do trabalho na intercessão-pesquisa, recorreremos à técnica do diário de intercessão, semelhante ao diário de campo utilizado em pesquisas segundo o referencial teórico da AI (BENELLI, 2006; 2013). O diário de campo é um conjunto de registros e relatos escritos sobre os principais acontecimentos observados e vivenciados no trabalho de campo: descrição das

atividades, eventos, pessoas, interações entre os membros da equipe, vinhetas clínicas, resultando em um material que, posteriormente, servirá de base para a análise e produção de saber. O diário de intercessão é um documento privado em que o TI selecionará as observações feitas e transcreverá as falas, os comentários e as impressões mais significantes. A seleção de material recolhido e transcrito deverá seguir de acordo com o nível de detalhe exigido para o alcance dos objetivos do trabalho.

Por meio do registro no diário de intercessão, também é possível um movimento de reflexão sobre as práticas de pesquisas tradicionais, ato em que pode se revelar o não dito embutido em muitas práticas institucionais. Uma vez que não há neutralidade naquilo que se observa, se faz necessário um trabalhador implicado e atuante.

3.3.3 O Dispositivo Intercessor em nossa intercessão-pesquisa

Além de realizar a produção de um saber, temos o interesse de realizar intervenções no âmbito institucional e social, engajados na produção de outras formas de se produzir a Atenção. Estamos de acordo com Rodrigues, Leitão e Barros (1992) e Minayo (1989) ao entendermos que pesquisa e intervenção são relacionais, e que uma pesquisa sempre produz um efeito no campo em que o psicólogo intervém. Nossa visada teórica diverge do Positivismo, pois não nos baseamos numa suposta objetividade empirista e quantitativa. Estamos interessados na pesquisa acadêmica e científica, buscando apreender os processos que compõem o campo da Atenção, principalmente a intervenção institucional, nos encontros com os sujeitos, adotando uma perspectiva crítica, histórica, teórica, técnica, ética e política. Contudo, não nos entendemos como um cientista onipotente detentor da verdade, mas como um trabalhador que reflete sobre o que faz, de modo a valorizar o saber produzido de forma coletiva e implicada.

Acreditamos que tal prática é possível por meio de uma pesquisa qualitativa, no campo das ciências sociais, referenciados pelo Dispositivo Intercessor. Neste momento iremos explicitar o “método” utilizado neste trabalho.

Tomamos o DI como abordagem teórico-técnica e ético-política e como modo de produção de ações, saberes e conhecimentos. Utilizamos o DI em dois movimentos distintos, mas complementares, que foram:

1) O da práxis propriamente dita, no cotidiano de nossa atuação profissional, por meio da escuta do sujeito do sofrimento e de suas produções subjetivas. Enquanto TI, ofertamos uma escuta e uma Atenção, buscando produzir um saber inerente à práxis, que só pode ser produzida pelo TI inserido no estabelecimento, no seu trabalho, com os sujeitos, sejam estes os membros da equipe quanto com os adolescentes (COSTA-ROSA, 2013; PEREIRA, 2011).

2) O do Dispositivo Intercessor como Modo de Produção de Conhecimento (DIMPC). Alguns dos motivos da realização desta intercessão-pesquisa incluem os nossos próprios questionamentos e inquietações em nossa práxis, com um desejo de “dar voz” ao saber que já tínhamos produzido em nossa atuação, mesmo sem perceber. São estes questionamentos que foram levados à Universidade para a produção de um saber que advém de nossa intercessão (PÉRICO, 2014). Para registro e produção deste saber pelo DIMPC, foi mantido e atualizado um Diário de Intercessões, mapeando assim nossas experiências de inserção como TI. No segundo momento operamos como Intercessor-Pesquisador, ou seja, alguém que atua e pesquisa concomitantemente.

A intercessão-pesquisa foi realizada em uma UHTAD – internação e ambulatorial – para sujeitos consumidores de AD, durante o período de trinta e seis meses, sendo que as situações discutidas neste trabalho foram recolhidas no período de 01/06/2019 a 31/12/2019⁵⁹. Participaram da pesquisa 10 adolescentes – entre internados na UHTAD e que realizaram tratamento ambulatorial – e 8 trabalhadores da equipe com a qual estávamos em contato diariamente. A intercessão no campo de pesquisa foi possibilitada por meio de atuação como psicólogo, através de um contrato de trabalho via concurso público, com uma carga horária de 30 horas semanais neste estabelecimento. Para o desenvolvimento do estudo, obtivemos a anuência da direção do estabelecimento (Anexo 4), da equipe e dos sujeitos, por meio de assinatura de um Termo de Consentimento Livre-Esclarecido (TCLE). Inicialmente, realizamos um trabalho de escuta dos sujeitos, instrumentalizando o saber utilizado no próprio ato de Atenção e, posteriormente, as reflexões advindas deste ato foram transcritas no Diário de Intercessões e levadas à Universidade.

⁵⁹ De acordo com o previsto no projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo nº. 13035219.2.0000.5401.

Na UHTAD, atuamos especificamente no Ambulatório Infanto-Juvenil, oferecendo atendimentos aos adolescentes e aos seus familiares que foram ali recebidos devido ao consumo de AD. Também ofertamos atendimento na Enfermaria de Adolescentes, para aqueles que estavam em regime de internação, pelas mesmas razões. As ações com os sujeitos envolveram práticas diversas, tais como: acolhimento, atendimentos individuais e grupais, oficinas, ambiência⁶⁰ e atendimentos familiares. Tanto no Ambulatório quanto na Enfermaria participamos de reuniões com a equipe “multiprofissional”, bem como em reuniões gerais, nas quais foram abordadas e discutidas questões do funcionamento do estabelecimento como um todo⁶¹. Além disso, entramos em contato com a rede de saúde e assistência social para adolescentes da região DRS regional, com as Fundações Casa da região, com a Promotoria Pública e com o setor Judiciário, por meio de relatórios e participação em audiências. Todos estes espaços de atuação incluíram oportunidades para produzirmos um saber proveniente da práxis.

Nesse sentido, na nossa atuação como TI pretendeu ser transdisciplinar, pois estávamos precavidos por diversos saberes que não unicamente aqueles das disciplinas de nossa formação enquanto psicólogos (COSTA-ROSA, 2013). A partir de tais perspectivas, procuramos atuar de modo que ao realizar uma atividade de pesquisa como forma de intercessão em que estivemos implicados, com clareza quanto aos nossos objetivos, referenciais teóricos e metodologia.

⁶⁰ Ambiência na saúde compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Este conceito parte da Política Nacional de Humanização que tem como uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores. A compreensão de ambiência como diretriz da Política Nacional de Humanização é norteada por três eixos principais: 1. O espaço que visa a confortabilidade; 2. O espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e 3. A ambiência como espaço de encontros entre os sujeitos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/170_ambiencia.html. Acesso em: 30/08/2020. Durante a elaboração desta intercessão-pesquisa, adotamos o termo “ambiência” e buscamos expandi-lo, de modo a incluir as “atividades ao ar livre”.

⁶¹ Estas reuniões acontecem até hoje, quinzenalmente, com a participação de todos os trabalhadores da UHTAD e dos gestores.

CAPÍTULO 4: CONCEITOS-FERRAMENTAS PARA UMA PRAXIS PSICOSSOCIAL

Deve renunciar à prática da Psicanálise todo analista que não conseguir alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época (LACAN, 1998, p. 321).

Nos estabelecimentos de saúde que compõem a Saúde Mental, são diversas as ofertas de tratamento para os sujeitos do sofrimento, e seus impasses. Por meio da leitura Paradigmática, percebemos que as práticas típicas do PPHM e o modo de Atenção asilar tendem à promover práticas prescritivas, com foco no controle social e na dissolução de sintomas, gerando sujeitos alienados. Voltados às práticas Psicossociais, percebemos a necessidade da produção da autonomia e do desenvolvimento de subjetividades singularizadas. Nesse sentido, tomamos como necessário trabalhadores transdisciplinares, atentos aos diversos campos de produção de subjetividade, posicionados e intercessores de práticas teóricas, técnicas, éticas e políticas.

Neste capítulo descrevemos alguns dos referenciais transdisciplinares com os quais nos deparamos em nossa atuação como TI, por meio do DI, em especial no seu segundo momento, como DIMPC. Para que seja possível realizar uma análise crítica dos Modos de Produção de Atenção nos estabelecimentos de saúde, são necessários alguns conceitos-ferramentas, com vista à produção de saber transdisciplinar e sua consequente transformação, discutimos alguns destes conceitos.

4.1 A PSICANÁLISE DO CAMPO DE FREUD-LACAN

Ao iniciarmos nossa práxis na UHTAD onde atuamos por sete anos, nos utilizamos do referencial da Terapia Cognitivo Comportamental⁶² (TCC), sendo que nos reposicionamos posteriormente, abandonando essa perspectiva epistemológica. Instigados por diversas percepções, iniciamos nossa jornada de estudos e de atuação buscando nos apropriar do referencial da Psicanálise, em especial do Campo de Freud-Lacan, do qual faremos uma breve descrição com o intuito de

⁶² A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) foi criada nos anos 60 pelo psiquiatra Arron T. Beck, por meio de pesquisas com pacientes deprimidos. A TCC é uma abordagem que se propõe mais específica, breve e focada no problema atual do indivíduo, compondo o saber epistemológico voltado ao cognitivismo e à técnicas behavioristas.

indicar sua potência na Atenção à consumidores de AD e no campo da Saúde Mental. Porém, faremos esta apresentação evitando os modelos cartesianos e de cientificidade típico do MCP, pois não é o caso de provar, como já ouvimos em nossa práxis, que uma teoria é “melhor que a outra” ou que “uma teoria funciona melhor neste tipo de caso”. Percebemos esse tipo de discurso, principalmente por parte dos trabalhadores que utilizam os referenciais e propostas orientadas pelas perspectivas do Proibicionismo e da Abstinência, que alegam propor algo que seja “efetivo”, operando por meio de uma perspectiva clínica e sintomatológica, desconsiderando as facetas éticas e políticas da Atenção⁶³. Somos contrários a essa ideia, pois não buscamos propor uma nova clínica, mas um compromisso ético, articulado com um posicionamento político. Portanto, iremos nos desvencilhar de análises dualistas, como normal Vs. patológico, funciona Vs. não-funciona, para iniciarmos uma análise dos processos de subjetivação, da manifestação do inconsciente e da relação dos sujeitos com o mundo em que vivem e seus efeitos na subjetividade.

Tradicionalmente, a Psicanálise seria constituída por três dimensões: 1) Um “método” de investigação do inconsciente; 2) uma teoria e técnicas de tratamento; 3) um corpo teórico que sistematiza os modos de funcionamento humano com o mundo (ROSA, 2016). Freud inovou a ciência da mente, à época, ao estruturar e conceituar uma instância da subjetividade em que o homem não controla e não tem acesso de modo direto, algo em si mesmo que lhe é inconsciente. Em toda sua obra, buscou organizar uma metodologia para a investigação desta instância, para acessá-la e tratar dos impasses originários deste inconsciente, de forma ordenada. Também apresentou este referencial como uma forma de se refletir sobre as relações do homem com o mundo, situando a Psicanálise para além do campo clínico e/ou atendimentos individualizados.

Em diversos textos, Freud apresentou a Psicanálise como referencial para analisar o campo social/coletivo. O tema do coletivo aparece na obra “sobre a psicopatologia da vida cotidiana”, no qual Freud (2020) abordou o inconsciente nos acontecimentos banais da vida, tais como esquecimentos, chistes, lapsos em uma

⁶³ Estes trabalhadores demonstram um grande afastamento dos referenciais da Atenção Psicossocial, claramente capturados pelo discurso dos “empreendedores de sucesso” no campo da Saúde Mental: querem apresentar um crescente número e porcentagens de pacientes abstinentes, por exemplo, desconsiderando qualquer sofrimento psíquico e social que não possa ser tabulado por meio de testes quantitativos. Trata-se de contabilizar os “casos de sucesso”. Mas para quem é esse “sucesso”?

conversa corriqueira. Em 1930, apresentou como conceituação teórica um inerente Mal-Estar⁶⁴ da civilização, revelando que todos nós, ao adentrarmos na sociedade e na cultura, estamos à mercê dessa angústia fundamental. Uma vez que renunciamos à liberdade de fazermos o que quisermos, sobretudo a tomar o outro como objeto de gozo, com crueldade, em favor do bem comum, seguindo leis e convivendo em sociedade (FREUD, 2010), o Mal-Estar se estabelece. Ao visitar os Estados Unidos, Freud chegou a alegar que estava levando a “peste” aos americanos, se referindo a sua teoria, que, à época, era reconhecida pelo caráter subversivo, por ser mais que uma teoria clínica e uma modalidade terapêutica, mas um novo modo de analisar as relações humanas e as relações entre estes e o mundo.

Apesar de Freud abranger a Psicanálise no âmbito das relações humanas/sociais, o desenvolvimento teórico das futuras gerações de psicanalistas, ao longo da história, tendeu a restringir-se, em grande medida, ao âmbito da clínica. Isto se evidencia por meio da percepção estereotipada que se têm da Psicanálise no contemporâneo, pois muitos usualmente a concebem como modalidade clínica a ser utilizada somente em consultórios particulares, com seus divãs estilizados e sessões caras.

Uma importante retomada ética da Psicanálise foi realizada por Jacques Lacan. O autor propôs um “retorno a Freud”, ou seja, uma retomada dos preceitos éticos da Psicanálise, e a partir destes, procurou expandir o referencial psicanalítico. É por isso que, neste texto, nos referimos à Psicanálise como “Psicanálise do campo de Freud-Lacan”. Dentre seu vasto desenvolvimento teórico psicanalítico, Lacan apresentou a Psicanálise como um referencial que tem legitimidade para compor com outras ciências afins⁶⁵, como sociologia, psiquiatria, estruturalismo, matemática, dentre outras, desde que atentos para sua ética. Marcamos aqui o posicionamento diferenciado como psicólogo que utiliza a Psicanálise e a importância desta em detrimento de outras terapias e abordagens clínicas: a Psicanálise do campo de Freud-Lacan e o campo social e político. Acreditamos que uma prática em Saúde

⁶⁴ Sempre que descrevermos “Mal-Estar” com iniciais maiúsculas estaremos nos referindo ao conceito cunhado por Freud, diferenciando-o de qualquer outro mal-estar.

⁶⁵ Embora Freud também houvesse concebido a Psicanálise desta maneira, principalmente nas “Conferências Introdutórias à Psicanálise”, nas “Novas conferências introdutórias” e em “A questão da análise leiga”, evidenciamos esta ampliação conceitual em toda obra de Jacques Lacan.

Mental que se proponha transformadora para adolescentes consumidores de AD deve ser capaz de problematizar os sujeitos na sua relação com a esfera pública.

4.2 O MAL-ESTAR NA CIVILIZAÇÃO E OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO NA PÓS-MODERNIDADE

Para além do consumo de AD, abordadas nesta pesquisa-intercessão, outros problemas se destacam no campo da Saúde Mental, que são próprios da atualidade, tais como as patologias alimentares, o excesso de cuidado estético com constantes cirurgias plásticas e as escarificações (BASOLI; BENELLI, 2019). Tais manifestações advêm de um modelo histórico e social que impacta significativamente os novos modos de produção de sofrimento. Nesse sentido, são fenômenos um tanto diferentes da época em que a Psicanálise foi desenvolvida por Freud, a partir da década de 1900. Teria este referencial relevância para possibilitar um equacionamento destas novas formas de adoecimento?

Faremos uma breve revisão conceitual, afirmando que é possível realizar uma análise da subjetividade e dos seus impasses em cada momento histórico, utilizando o referencial epistemológico da Psicanálise. Freud (2010) apresentou um conceito essencial – o Mal-Estar – para o entendimento e tratamento do sofrimento psíquico, conceito esse que compõe a subjetividade de todo sujeito, adquirindo uma tonalidade particular relativa ao período histórico-social em que se encontra.

No texto “O mal-estar na civilização”, Freud (2010) apresentou reflexões importantes acerca do papel da cultura na produção de um desamparo estrutural para todas as pessoas. Segundo Freud (2010), ao longo do complexo processo de desenvolvimento psíquico, ao nos apropriarmos de uma cultura e ao adentrarmos o laço social, somos compelidos a um processo psíquico inconsciente, que resulta em nunca podermos saciar todos os nossos desejos e vontades, em prol da convivência em sociedade.

Segundo Freud, “o homem civilizado trocou uma parcela de suas possibilidades de felicidade por uma parcela de segurança” (FREUD, 2010, p. 119), proporcionando o Mal-Estar, que seria o desamparo ocasionado pela exigência de satisfação a qual os indivíduos são compelidos, mas que não podem saciar, restando-lhes a possibilidade de alcançar alguma satisfação, embora incompleta. O

que resta ao sujeito é contornar este desamparo, construindo modos singulares de lidar com esta situação de não saciedade do desejo, criando estratégias para aliviar esta angústia inerente e inescapável (SILVA, 2012). Mapear as diversas estratégias de contornar este desamparo foram objetivos de Freud e ainda são da Psicanálise, considerando que a vida, tal qual a encontramos, é árdua demais, e nos proporciona muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis: “A fim de suportá-la, não podemos dispensar as medidas paliativas” (FREUD, 1930, p. 83). Tais medidas paliativas são diversas e, quando organizadas para um coletivo social, se estabelecem como um projeto de cultura, que tem a difícil tarefa de regular e moderar a satisfação dos membros de uma sociedade, ofertando satisfações substitutivas (SILVA, 2012, p. 17):

Uma vez que o homem carece de orientação natural que regule suas ações, a civilização viria como a construção de regras que agiriam em especial regulando as relações entre os homens - fonte de maior sofrimento, como Freud já havia destacado em sua reflexão. Pelo caráter não natural da civilização, quaisquer que sejam suas regras, serão sentidas como arbitrárias e restritivas, uma vez que colocam mediações para a satisfação.

Entretanto, seria este conceito freudiano relevante para refletirmos sobre os impasses psíquicos contemporâneos? Para discutirmos esse problema, é interessante realizarmos uma breve caracterização do nosso momento histórico.

Birman (2019) em “O mal-estar na atualidade” descreve algumas características do contemporâneo, dentre elas a Cultura do Narcisismo. De acordo com sua análise, o autor descreve um processo de subjetivação em que os indivíduos se encontram em posição de demasiada influência do individualismo, voltados para a interioridade e a reflexão sobre si⁶⁶.

No período histórico atual, no sec. XXI, a pauta se volta para o valor à exterioridade, a centralidade do estético, em que o olhar do outro no campo social ocupa posição importante para a subjetividade. Um dos efeitos deste olhar na subjetivação, segundo Birman (2019), é uma direção exibicionista e autocentrada dos indivíduos, com um consequente esvaziamento e desinvestimento nas trocas sociais, cenário que proporciona implosão da violência como marca da atualidade (BIRMAN, 2019).

⁶⁶ O conceito individualismo seria um processo de estruturação social que se iniciou a partir do século XVIII com a Modernidade (DUMONT, 1981).

Segundo o mesmo autor, características importantes para manutenção do laço social, como solidariedade, alteridade, a preocupação com o outro, só são possíveis se há um reconhecimento da diferença da singularidade do outro. Nesta Cultura do Narcisismo, pouco se estimula o admirar o outro em sua singularidade, já que cada indivíduo está centrado somente em si mesmo, estimulando a exclusão, a hostilidade e a segregação de tudo que é diferente. Na falta de relações inter-humanas, se percebe a ausência de projetos sociais compartilhados, restando somente pequenos coletivos (BIRMAN, 2019).

Bauman (1998) apresenta algumas outras características um tanto marcantes de nosso tempo, que ele convencionou chamar de Pós-Modernidade: o imperativo ao consumo e a demanda de satisfação constante. Em sua obra “mal-estar na pós-modernidade”, o autor propõe uma reflexão sobre os efeitos destas características em nossa subjetividade. Segundo o autor, na sociedade pós-moderna, o critério de adequação social é a capacidade de participar do jogo do mercado: comprar, consumir, saciar os desejos. Nessa lógica, o homem tem que:

mostrar-se capaz de ser seduzido pela infinita possibilidade e constante renovação promovida pelo mercado consumidor, de se regozijar com a sorte de vestir e despir identidades, de passar a vida na caça interminável de cada vez mais intensas sensações e cada vez mais inebriante experiência” (BAUMAN, 1998, p. 23).

Bauman apresenta duas problemáticas deste tempo histórico, a saber: 1. a exclusão daqueles que não podem participar do jogo do capital e; 2. a fluidez que se apresenta em diversos campos da vida. Esta fluidez intensificada pelo narcisismo e pelo advento da internet, tem seus efeitos nas relações afetivas, no trabalho, nos valores, restando aos sujeitos estarem sempre em transformação (BAUMAN, 1998). Para não serem excluídos socialmente, os indivíduos são constantemente sugestionados a comprar os aparelhos mais modernos, a consumir as novidades, agir de formas esperadas, satisfazendo suas necessidades o quanto antes.

Neste momento, propomos fazer uma articulação entre estes novos modos de subjetivação e o conceito de Mal-Estar proposto por Freud, contextualizando-os. Acreditamos ser possível traçar um paralelo entre ambos a partir da perspectiva do campo da Saúde Mental, no sentido de questionar como lidam os sujeitos do contemporâneo com o Mal-Estar, já que estariam expostos a uma imensa oferta de satisfação fluída, evanescente e imediata. Questionamos: quais os impasses que

apresentam aqueles que, por algum motivo, não podem/conseguem consumir toda esta oferta do mercado e da sociedade organizada pelo MCP? A sociedade pós-moderna, capitalista, estaria oferecendo contornos possíveis ao desamparo inerente ao humano, ou estariam estimulando a adoção de estratégias um tanto “ineficientes” para os sujeitos suportarem o Mal-Estar? Ora, o consumidor de crack, que faz de tudo para conseguir utilizar a droga repetidamente, não seria um sujeito alinhado às características da pós-modernidade, consumindo incessantemente? Não seria o consumidor abusivo de álcool, em sua passividade e discurso de menos-valia tão comuns, um bom consumidor, satisfazendo suas angústias no consumo compulsivo desta substância?

Segundo Birman (2019), o que direciona o indivíduo consumidor de drogas é a busca desesperada por uma “poção mágica” que o livre do sofrimento. Entretanto, atentos ao conceito de Mal-Estar, percebemos que determinado sofrimento é inerente à existência humana em sociedade. Na tentativa de aliviar este sofrimento, o consumidor de AD, procura viver em um estado de “puro-gozo”, satisfação sem limites, sem angústia, não conseguindo suportar os desafios inerentes à vida, uma vez que se entrega completamente na relação com a substância (BIRMAN, 2019). No consumo de AD “não há um contrato de ambas as partes, mas um pacto de morte, onde um se aliena na relação com esse outro que nada mais é um objeto que gera satisfação, mas ao mesmo tempo mortificação” (BIRMAN, 2019, pg. 215).

Tal relação com a substância proporciona também a dificuldade do sujeito na busca e manutenção de um tratamento para o consumo de AD. De acordo com Birman (2019), não é comum um consumidor de drogas procurar tratamento enquanto mantém uma relação prazerosa com a substância, somente quando essa relação se torna desprazer, de modo a atingir picos insuportáveis, o sujeito apresenta demanda para um tratamento⁶⁷. Se este é um movimento próprio do sujeito consumidor de drogas, não seriam dificultado ainda mais o seu engajamento em um possível tratamento, uma vez que no contemporâneo ele é constantemente convidado ao consumo, buscando assim sanar toda angústia, convite típico de uma sociedade organizada pelo MCP?

⁶⁷ Birman (2019, p. 218) também alerta que este tratamento que não deve ser forçado ou prometido como redenção social, como propostos em ações técnicas de “uma ortopedia psíquica, práticas comuns nos tratamentos de internados no século 19”.

Segundo Melman (1992) o alcoolismo e a toxicomania são formas para lidar com a dor de existir, ofertas que se tornam extrapoladas, que prescindem do pacto social ao se proporem como plenas, infinitas e sem borda. Um alcoolista e um toxicômano, na busca de um prazer ilimitado e pleno, estabelecem uma relação, inconscientemente, de completa união do sujeito e o objeto de desejo, sem qualquer restrição, regulação ou mediação. Seria um gozo total, ilimitado e fora da lei. Contudo, a anestesia é evanescente, sendo que “o sujeito se obriga ao aumento das doses para garantir um estado de prazer e uma diminuição das tensões psíquicas” (MELMAN, 1992, pg. 72).

Freud, em seu texto de 1930, apresentou o homem como reflexo da cultura, que se subjetivaria como ser psíquico na relação com o social, sendo papel da sociedade criar mecanismos para lhe permitir suportar o Mal-Estar inerente à condição humana, orgânico atravessado pelo desejo. No entanto, a cultura pós-moderna, voltada para o consumo, estimula o narcisismo e enfraquece a coletividade, induzindo modos de subjetivação que criam novos impasses psíquicos e novas formas de adoecimento, no qual inserimos o consumo intenso e alienado de AD.

4.3 A MEDICALIZAÇÃO

O consumo de AD em nosso tempo histórico é um problema sócio-político, o que convoca as ciências humanas para instrumentalizar novas práticas (BIRMAN, 2019). Tal convocação se destaca no campo da Saúde Mental, com distintas manifestações na atualidade: depressão, a anorexia, a bulimia, a obesidade, o TDAH, a síndrome do pânico, o *burnout*, as escarificações, o consumo de AD. Todas estas questões têm se mostrado desafios à clínica, dentre elas a Psicanálise. Uma vez atentos às possibilidades de lidar com o Mal-Estar inerente a cada sujeito em sociedade, na articulação subjetiva singular de um sujeito com os discursos sociais dominantes, podemos levantar um questionamento: quais ofertas de tratamento são disponibilizadas aos sujeitos que se queixam e sofrem demasiadamente pelo consumo de AD?

Segundo Basoli e Benelli (2019), em nosso momento histórico tudo é passível de uma intervenção da ciência especializada. Um comportamento tido como “anormal”, seja pelo excesso, como a ansiedade, o pânico, a hiperatividade, seja

pela falta, como depressão, déficit de atenção, seriam passíveis de intervenção psi. No campo da Saúde Mental, o diagnóstico psiquiátrico e a proposta de medicar um sintoma psíquico são hegemônicos como práticas de tratamento. Entretanto, julgamos importante descrever uma problemática um tanto comum, como efeito desta prática: a Medicalização. Muitos sujeitos do sofrimento têm seu tratamento reduzido ao trato medicamentoso, prática típica do PPHM enunciada por Costa-Rosa (2013), permanecendo imersos na promessa de alívio imediato e resolubilidade de qualquer conflito psíquico inerente.

Com o desenvolvimento da Medicina na área da Saúde Mental, novos campos passam a ser passíveis de intervenção em saúde, tais como a educação, o trabalho e a convivência social. A Medicalização se apresenta como uma possibilidade de intervenção excessiva da medicina na vida das populações, transformando diversos aspectos próprios da vida em patologias, delimitando, cada vez mais, o que é normal e socialmente aceitável (GAUDENZI; ORTEGA, 2011). Ao refletirmos sobre a Medicalização, a diferenciamos da conduta de se medicar um sujeito. Acreditamos que uma prescrição medicamentosa passa a ser um ato de Medicalização no instante em que se é prescrita desconsiderando os fatores históricos, sociais e subjetivos. Numa perspectiva medicalizadora, o sofrimento psíquico é percebido como uma doença orgânica a ser extinta, uma disfunção neurológica, ou um mero transtorno. Ao se excluir os determinantes sociais, políticos, históricos e relacionais, se extingue a possibilidade de compreender as lógicas, os discursos e as condições materiais que originam os modos de sofrer (MOYSES; COLARES, 1992). Segundo Costa-Rosa (2013, p. 213-214):

O estatuto de medicina mental deve grande ajuda ao desenvolvimento atual da indústria químico-farmacêutica e ao estado da globalização do Modo Capitalista de Produção responsável pela sociedade de consumo, que vem naturalizando as demandas de resposta instantâneas de suprimentos diversos, inclusive medicamentosos para as mais diversas queixas expressas em sofrimento psíquico e impasses subjetivos de todo tipo.

A Medicalização é uma resposta um tanto conveniente para qualquer impasse do sujeito às determinações do laço social, representando uma prática arriscada, tendo em vista que o medicamento pode se materializar como um novo objeto de desejo, quando usado em excesso (PERICO, 2014), assim como a droga. A diferença consiste no discurso social dominante, que permite o consumo de

substâncias lícitas, mesmo que em excesso, desde que seja prescrita por um especialista e adquirida numa farmácia.

Chamamos a atenção para o discurso da Medicalização, centrado na normalização da vida e ao modo de lidar com impasses psíquicos, que, por sua vez, seriam causados por uma sociedade que produz o adoecimento por meio de práticas sociais capitalistas. Nesse sentido, normalizar um sujeito e seus sintomas, não é produzir cura, mas sim adaptá-lo à esta sociedade que também pode causar sofrimentos, ao tornar todo sujeito um mero consumidor, inclusive de medicamentos. Atuando orientado por esta lógica, não é preciso ter grande experiência clínica como médico ou psiquiatra, uma vez que, ao apenas categorizar um sofrimento e medicá-lo, é tamponada a relação de significação do sujeito com seu sofrimento, o sentido e o saber incluídos no adoecimento não são escutados. Atuando desse modo, um médico ou psiquiatra somente realiza um diagnóstico e prescreve um fármaco, impossibilitando que este trabalhador possa auxiliar o sujeito na sua relação com o adoecimento por outras vias além da medicação. O trabalhador que opera a partir deste discurso se posiciona como um mestre, referenciado em seu saber de especialista, que somente prescreve mais um produto que promete sanar os males dos sujeitos. Este profissional é um trabalhador típico do PPHM que foi descrito por Costa-Rosa (2013).

Nesse momento histórico, em que somos incentivados constantemente à melhorar nossa performance, a Medicalização se torna um risco quando tomada como proposta terapêutica, pois pode atuar também como um produtor de subjetividade dos sujeitos do adoecimento, fixando um sujeito na posição passiva de mero consumidor de medicamentos, segundo Basoli e Benelli (2019). Uma vez capturados pelo discurso da Medicalização, os sujeitos, em seus tratamentos, percebem os sintomas como um mal-estar apenas físico e orgânico, como uma preocupação de ordem funcional: querem que alguém diga porquê vomitam, porquê se sentem desanimados, ou se existe um remédio que “cure” o desejo de consumir drogas. Esse processo de subjetivação, percebido em muitos sujeitos no cotidiano, nada mais é que um efeito típico do MCP e da sociedade pós-moderna descrita por Bauman (1998): sujeitos que buscam tratamentos rápidos, fluidos, que anestesiem seus sofrimentos, que não demandem deles dedicação, esforço, implicação ou tempo. Não é à toa que escutamos alguns questionamentos muito comuns no

campo da Atenção, enunciados pelos sujeitos: “o que eu tenho? Qual meu diagnóstico? Quanto tempo demora o tratamento?”.

A Medicalização se alinha de muitas formas ao MCP, com seus efeitos já percebidos nas ofertas de tratamento feitas pelos trabalhadores e estabelecimentos de Atenção em saúde. Segundo Basoli e Benelli (2019), o discurso de “falta de tempo” afasta eticamente os trabalhadores, através da redução de custos, do aumento da produtividade e com práticas que privilegiam o mercado farmacológico. Tal organização produz “subjetividades serializadas e capitalísticas” (p. 229), alienando os sujeitos em sofrimento e os trabalhadores, que são capturados nestes discursos, se tornam trabalhadores orientados pelo PPHM. Notamos este funcionamento em muitos trabalhadores que criticam o referencial psicanalítico na Saúde Mental: “mas demora muito!”, indicando um claro desconhecimento do referencial quanto aos seus aspectos teóricos, técnicos, éticos e políticos, mas também por estabelecerem com os sujeitos do sofrimento um tratamento característico da sociedade pós-moderna descrita por Bauman (1998), um tratamento rápido e superficial. Um trabalhador norteador pelo MCP pode se perguntar: “por que ofertar uma escuta singularizante, respeitando o tempo de cada sujeito, se posso simplesmente medicar e “cancelar”⁶⁸ ou “excluir”⁶⁹ um sintoma ou adoecimento?”

Outra crítica possível à Medicalização é o alinhamento desta prática com os discursos hegemônicos de controle e disciplinarização dos corpos (FOUCAULT, 1974). Com a Medicalização, não se objetiva uma produção de saúde singular, mas sim tornar um sujeito considerado “desadaptado” um indivíduo dócil, obediente, funcional, para que se adapte e se torne mais um consumidor alienado no seu tratamento, um consumidor de medicamentos. A este sujeito é permitido consumir substâncias químicas, desde que controladas, prescritas pelo especialista.

⁶⁸ No ano de 2020 a “cultura do cancelamento” foi um fenômeno percebido, em especial entre usuários assíduos de internet. Ao se “cancelar” um indivíduo, se exclui este de todos os círculos sociais-virtuais, geralmente devido a uma discordância de opinião. O cancelamento também é mais um sinal da sociedade capitalizada pós-moderna a qual Bauman (1998) se refere, ao se excluir uma pessoa completamente, dado que se discorda dela quanto a um determinado aspecto, desconsiderando totalmente toda a complexidade de outro sujeito.

⁶⁹ “Excluir” é uma opção constantemente apresentada pelas mídias sociais, referente a se relacionar com outro indivíduo: “deseja excluir esta pessoa de sua lista de contatos?”. Um trabalhador medicalizador provavelmente reflete sobre o tratamento a ser ofertado a um sujeito de forma semelhante: “deseja excluir este sintoma de seu paciente? Caso sim, prescreva as seguintes medicações...”.

Costa-Rosa (2013, p. 167) alerta para os efeitos da Medicalização comparando-os a toxicomania:

[...] o consumo de psicofármacos está chegando ao estado de uma verdadeira toxicomania com as mesmas características de suas congêneres provocadas por drogas ditas ilícitas. Em outros termos, parecem cada vez mais claros os indícios de que os efeitos da “medicalização”, sejam encarnados no corpo social ou no corpo individual, constituem por si sós mais uma figura do Sintoma Social Dominante.

Fazendo caso de tais críticas, qual seria nossa proposta? Como TIs, embasados na Psicanálise como referencial ético-político, propomos a produção de uma relação trabalhador-sujeito em que o sujeito também possa saber e dizer de si, em uma terapêutica que faça sentido para aquele que sofre e procura ajuda. Uma relação que proporcione ao sujeito estar implicado em seu tratamento, que possa discutir com os trabalhadores sobre seu adoecimento, seu tratamento e os medicamentos a serem utilizados ou não. Santos (2009) apontou para os efeitos da oferta de Atenção alienante, não implicada, da falta de sentido e de protagonismo por parte de pacientes no tratamento nos estabelecimentos de saúde. Segundo o autor, há pouca apropriação dos sujeitos quanto aos mecanismos que os tornem ativos nas decisões que envolvem seu tratamento. O autor alerta para os efeitos desta relação: o baixo *empowerment* “aumenta a vulnerabilidade da clínica à economia de mercado, ao complexo médico hospitalar e enfraquece o vínculo terapêutico que é sustentado por outros arranjos clínicos ampliados” (SANTOS, 2009, p. 20).

O desafio dos trabalhadores do campo da Saúde Mental, dentre eles os psicanalistas e os intercessores, é ofertar um cuidado que nunca se prometa “salvador”, que viria a curar a angústia do sujeito consumidor de drogas. O primeiro objetivo consiste em tirar o sujeito desta relação alienada com a droga, e para tal, a intervenção dos trabalhadores deve ofertar uma escuta qualificada ao que sofre, para auxiliá-lo a formular uma demanda, sem a promessa de supri-la (BIRMAN, 2019). Com a demanda em formulação, é possível ao sujeito se reposicionar psiquicamente diante daquilo que lhe faz sofrer, enquanto se estabelece uma relação terapêutica proporcionada por trabalhador e sujeito, transformando a demanda apresentada em ato. O ato psicanalítico se refere a esta possibilidade de dar outro destino ao sofrimento sem sentido que acomete o sujeito.

A Psicanálise e o DI não se opõem a prescrição medicamentosa, mas propõem um tipo de uso precavido, no caso de que isso ajude o sujeito a poder falar, partindo de uma concepção ampliada do adoecimento e dos modos de produção de saúde, para além de um reducionismo organicista. Consideram o Mal-Estar como inerente aos indivíduos inscritos na cultura de uma dada sociedade e propõe articular a produção de subjetividades com a realidade social dos sujeitos, para uma análise do sofrimento em cada momento social. Anteriormente à modernidade, a sociedade buscava na religião um refúgio para o desamparo, na pós-modernidade, a busca pela ciência se constitui como um novo meio para suportar este desamparo, o que torna imprescindível aos trabalhadores do campo, não somente psiquiatras, estarem precavidos quanto aos efeitos da Medicalização e nas promessas mágicas de “driblar” o sofrimento.

Na intersecção entre o orgânico e o psíquico, há o encontro necessário dos saberes e práticas da Psiquiatria e da Psicanálise. Para ambos, é necessário precauções éticas, que não se deixem influenciar pela obrigatoriedade da cura e da supressão sintomatológica, típica do PPHM e suas práticas correlatas, acreditando que tudo podem curar, seja pelas intervenções clínicas, seja pelas medicações.

Percebemos a prática da Medicalização como indicativa de um determinado paradigma de Atenção, nas palavras de Basoli e Benelli (2019):

O uso massivo de psicofármacos concorre para desencorajar outras formas de expressão da demanda social e o Modo de Produção Capitalista da Saúde Mental, tal como se apresenta hoje, de forma predominante, inibe a diversificação na oferta de escuta dessas “outras formas de expressão”. A proposta do Modo de Produção da Atenção Psicossocial fundamenta-se no vínculo como operador necessário da efetuação da revolução discursiva pertinente à transformação das práticas, ao deslocamento do Discurso Médico e, por fim, à transição paradigmática. O PPHM e PPS realizam diferencialmente a relação entre produção de subjetividade e “produção de saúde”, cujos efeitos, em termos terapêuticos e éticos, são também antagônicos.

Portanto, nossa crítica não é referente à intervenção com medicamentos, mas ao ato de resumir problemas tão complexos a uma racionalidade desconectada do plano sociocultural, focalizando apenas causas orgânicas. Um medicamento pode ser de bom uso, auxiliando o sujeito no insuportável de seu sofrimento, mas também pode alienar um sujeito na promessa de bem-estar, tamponando o encontro do sujeito com o seu sofrimento, impedindo um tão necessário reposicionamento subjetivo do sujeito com relação ao seu sofrimento.

4.4 O SOFRIMENTO DE ORDEM SÓCIO-POLÍTICO

A Psicanálise como referencial teórico-técnico e ético-político também inclui a possibilidade de problematizar os impasses do sujeito em relação com seu tempo, seu contexto social, discursos que o influenciam e o campo coletivo das relações sociais. Consideramos os efeitos do MCP que nos instiga, através das infinitas ferramentas da propaganda, a uma fantasia de felicidade e a completude que supostamente seriam obtidas apenas por meio do consumo. Mas perguntamos: ora, quando o ser humano é reduzido a um mero consumidor, por que estranhar que ele se torne um consumidor compulsivo, aficionado a uma forma de se anestesiar que somente as drogas podem proporcionar? Aí está um objeto fantástico, sem o qual o toxicômano verdadeiro, depois de encontrá-lo, não consegue mais deixar de comprar e consumir, até se consumir ou ser consumido por aquilo que consome, incrementando o círculo virtuoso e lucrativo do capital.

Com base na Psicanálise, pensamos a subjetividade como formada por processos de subjetivação, o que nos permite entendermos os processos psíquicos e sociais como intrínsecos e interligados dialeticamente (PÉRICO, 2019). Por meio desta concepção de processos de subjetivação, temos recursos para problematizar os efeitos de dois campos, homólogos na produção de subjetividade em adolescentes pobres e excluídos socialmente: os efeitos do campo social e político no sofrimento psíquico e também a face sociopolítica do sofrimento. Na Atenção a adolescentes consumidores de AD, se faz necessário problematizar os efeitos do capitalismo no Modo de Produção e de manutenção de algumas formas de sofrimento que acometem os adolescentes acolhidos em estabelecimentos, tais como esse no qual desenvolvemos nossa práxis. O problema da relação do sujeito com o consumo de AD está atrelada a um excesso de gozo, ou seja, a busca por situações ou objetos que proporcionem um prazer extremo, que cale qualquer angústia. É evidente que o sujeito adolescente que utiliza AD em altas doses busca o prazer, seja pelo consumo da droga em si, seja pela inserção no tráfico visando grandes quantias financeiras. Uma vez orientados pelo referencial psicanalítico, é possível propor aos adolescentes um trabalho de reposicionamento subjetivo, não mais voltado a uma busca de completa satisfação pelo consumo de drogas, mas orientado para formas criativas e singulares de lidar com o sofrimento (KEHL, 2016).

Contudo, atentos à face sociopolítica do sofrimento, percebemos a importância de não analisar somente a responsabilidade do adolescente quanto ao consumo de AD ou no rompimento com a lei. Para adolescentes pobres, moradores em bairros periféricos e com poucas ofertas sociais, a invenção de ofertas criativas e singulares de lidar com o sofrimento é dificultada, diante da escassez de possibilidades sociais e de ofertas de Atenção crítica e atenta aos efeitos políticos. Acreditamos que a exclusão social e a pobreza agenciam possibilidades sociais e consequentemente psíquicas, de subjetivar o adoecimento, sendo uma responsabilidade dos trabalhadores da Saúde Mental atuarem também neste campo, que consideramos ser o campo político, que inclui a produção de garantias de direitos à adolescentes consumidores de AD.

A Psicanálise do campo de Freud-Lacan busca evidenciar os modos de captura dos sujeitos nas estratégias de poder (ROSA, 2016), se revelando necessário uma oferta de tratamento que auxilie o adolescente a dizer de todas as facetas de seu sofrimento, não somente sobre o consumo de AD, mas que inclua os efeitos do abandono, da pobreza, das violências, do rompimento com a lei, etc. Com esta oferta se torna possível, mesmo a um adolescente, agenciar saídas e modos de lidar com o sofrimento que é psíquico e singular, mas que possui claros efeitos sociais e políticos.

A partir de uma oferta de Atenção sociopolítica, pretendemos superar algumas armadilhas discursivas nas quais os adolescentes consumidores de AD são constantemente inseridos, por exemplo, um discurso vitimizador dos sujeitos. Nossa proposta consiste em, mesmo em situações de violência, desconstruir o lugar de vítima, impulsionando seu lugar de sujeito do desejo, sujeito capaz de criar condições para lidar e fazer frente à violência, por meio da elaboração psíquica do sofrimento acometido e de uma consequente atitude política e social.

Outro discurso constantemente escutado em nosso cotidiano é o da culpabilização individual. Os adolescentes que fazem consumo de AD ou que estão em situação de rompimento com a lei, são constantemente julgados por trabalhadores do campo jurídico como culpados, dada as ações infracionais. Estes trabalhadores não consideram a identificação narcísica do adolescente com os símbolos fálicos e de poder típicos do coletivo em que está inserido/criado e, portanto, desconectam o ato do adolescente de seu processo de subjetivação com o coletivo. Alba Zaluar, em seu livro “o condomínio do diabo”, trabalho sociológico

realizado com adolescentes nas favelas cariocas, apresenta um exemplo destes símbolos fálicos. Segundo a autora, um adolescente oprimido e de família pobre passa a ser sentir mais poderoso, seguro de si, ao adentrar em uma facção criminosa e ao portar uma arma na cintura, para todos verem (ZALUAR, 1994) Avaliar este adolescente por seu envolvimento com a criminalidade sem considerar o contexto sócio-histórico e familiar resultará em uma culpabilização deste sujeito.

O que propomos por meio da Psicanálise, a partir de seu viés sociopolítico, é uma responsabilização, em lugar da culpabilização e/ou vitimização, proporcionando ao adolescente uma escuta sintônica de sua história e a consequente possibilidade de elaborar suas angústias e impasses relacionados com seus atos. Com base nessa proposta, acreditamos ser possível, para quaisquer adolescentes, criar novos processos de subjetivação, outras formas de ser e estar em sociedade de forma digna, independente de raça, gênero ou classe social.

Outra situação ilustrativa consiste nas indicações de internações e seus efeitos problemáticos. Tanto em experiências de internações em estabelecimentos de saúde, quanto nos de cumprimento de medidas socioeducativas em regime fechado, como as realizadas pelas unidades da Fundação Casa, há adolescentes sem recursos para elaborar os possíveis impasses de subjetivação e sofrimentos decorrentes dos discursos e dos laços sociais nos quais estão enredados ou do imperativo do prazer-consumidor que costuma predominar em suas ações. Quais processos de subjetivação operam na realidade destes adolescentes, expressados através do consumo de AD ou no rompimento com a lei? A partir da perspectiva sociopolítica, é possível problematizar quanto o Estado e a elite dominante são infratoras e descumprem a lei, sobretudo em tempos de neoliberalismo desenfreado, deixando grande parte da população em situações de pobreza e de sofrimentos insuportáveis. Pode não parecer óbvio, mas quando os adolescentes infracionam – a lei ou os limites do próprio corpo pelo consumo intenso de AD – normalmente eles já tiveram seus direitos lesados, negados e não atendidos. A infração, longe da noção de “vitimização”, poderia ser pensada como uma reação segunda a um dano já sofrido pelo sujeito, que se rebela e atua, infracionando e as respectivas respostas estatais promotoras de institucionalização, estes adolescentes necessitam de tratamento que considerem sua formação subjetiva, que é tanto inconsciente quanto social e política.

Mas o que fazer em casos assim? Consideramos que é necessária a construção de espaços que permitam ao sujeito transmitir, dizer o trauma, expressar o seu sofrimento, os efeitos da pobreza e dos direitos rompidos e transformá-los em linguagem, para ser possível sair da alienação dos discursos sociais nos quais os adolescentes estejam inseridos. Trata-se de possibilitar novas formas de lidar com o sofrimento além do consumo alienado de AD e da infração a lei. Isso pode ser realizado por meio da relação com um trabalhador que opere pela via narrativa, oferecendo uma escuta singularizante, não culpabilizadora (ROSA, 2016). Por meio de um posicionamento desta ordem, é possível promover a implicação subjetiva do próprio sujeito adolescente no tratamento, para que ele produza um saber sobre si e seu adoecimento, bem como sobre as relações sociais em que está inserido. Um terapeuta atento à Psicanálise e à face sociopolítica do sofrimento ocupa uma posição de parceria, horizontalizada, não de um mestre especialista. Dessa forma, o sujeito adolescente pode vir a ocupar o lugar de protagonista na relação terapeuta-sujeito, de modo a possibilitar condições para que o adolescente crie estratégias para lidar com os laços sociais estabelecidos e com as causas produtoras do seu sofrimento. Assim, o trabalhador se desloca do lugar de mestre especialista e detentor do saber, evitando práticas prescritivas, a partir de um trabalho implicado subjetivamente (PÉRICO, 2019). Estamos de acordo com Rosa (2016), que escreveu que:

A abordagem psicanalítica clínico-política permite detectar, sinalizar e intervir nas formas sutis de preconceitos - de classe, de raça ou de gênero - presente nos mecanismos institucionais que se efetivam por práticas ditas científicas que fazem recair sobre os indivíduos os acontecimentos, desvinculados de sua história pessoal, familiar, social e política (ROSA, 2016, p. 196).

Portanto, é necessário que a abordagem do trabalhador com o adolescente utilize conceitos, em sua dimensão concreta e material, capazes de relacionar os campos sociais, individuais e políticos, principalmente em casos de adolescentes “infratores”. Enfatizamos a importância da Psicanálise do campo de Freud-Lacan para as lutas contra toda e quaisquer formas de avaliação ou ação excludente, que reproduzam os preconceitos e as desigualdades sociais (ROSA, 2016). Apostamos na dignidade de qualquer sujeito, incluindo os adolescentes consumidores de AD e/ou em situação de rompimento com a lei.

4.5 A ADOLESCÊNCIA, OS LAÇOS E DISCURSOS SOCIAIS ESTIGMATIZADORES

Uma vez apresentados os conceitos-ferramentas que consideramos úteis para o desenvolvimento de uma práxis Psicossocial, podemos passar a problematizar a adolescência como momento específico da vida de um sujeito, caracterizado por processos de subjetivação específicos e articulados com processos históricos, sociais e políticos, que requerem uma Atenção especializada, garantida como direito pelas diretrizes do ECA. Orientados pela Psicanálise, podemos definir a constituição subjetiva de um sujeito como um processo inerentemente psíquico e social, ou seja, o contexto social é de grande importância quanto aos processos subjetivos vivenciados pelos adolescentes, com diversas consequências.

Coutinho (2009) apresenta o conceito da adolescência a partir de uma perspectiva histórico-social, revelando que a concepção de adolescência é alterada de acordo com as mudanças na sociedade. Em seu livro “Adolescência e Errância”, disserta sobre como a percepção da adolescência é alterada em cada período histórico, mudanças que estão articuladas com o contexto sociocultural. A adolescência como passagem para a fase adulta, atrelada a um momento de crise, é uma criação da organização social Moderna, influenciada por duas perspectivas deste tempo histórico: o individualismo, que compõe o MCP, e que instrumentaliza o discurso de que é responsabilidade de cada um administrar a própria vida e construir o próprio futuro; e o saber técnico-científico, em especial pela perspectiva biológica. Perceber a concepção moderna da adolescência em sua relação intrínseca ao discurso individualista e de primazia biológica nos possibilita articular a adolescência contemporânea e os efeitos de uma sociedade organizada pelo MCP.

Carmo (2011) apresenta a adolescência como um fenômeno social, sendo o adolescente subjetivado pelas condições sociopolíticas em que está inserido. Segundo a autora, ao se perceber a adolescência unicamente pela perspectiva biológica, se desvincula a importância dos efeitos sociais na produção da subjetividade. A autora refere que:

Ao naturalizar o tempo da adolescência numa etapa do desenvolvimento biológico, acentua-se a tese de uma cisão entre social e individual; ao privilegiar os aspectos estruturais da individuação, mascara-se as incidências do social para a construção das subjetividades (CARMO, 2011, p.18).

Ferreira (2017) também apresenta uma percepção semelhante, ao destacar o discurso técnico-científico a partir do qual os adolescentes consumidores de AD são inseridos no campo da Saúde Mental. Segundo a autora, este discurso, de primazia biológica, categoriza a adolescência somente pelo viés do desenvolvimento orgânico e proporciona práticas de cuidado voltadas à normatização dos adolescentes, sujeitando-os à práticas de adaptação social, rejeitando as contradições, violências e efeitos da segregação social.

Problematizando a adolescência conectada ao individualismo moderno, ao MCP e sua pertinência para a Atenção à adolescentes consumidores de AD, Souza (2017) ressalta que, no Brasil, cresce o número de adolescentes pertencentes a uma classe que a autora denomina, utilizando-se do conceito de Marx⁷⁰ (1952), de lumpemproletariado. Diferente de outros países com melhor distribuição de renda e bem estar para o proletariado, no Brasil a desigualdade e exclusão social só aumentam, com altas taxas de desemprego à classe social mais pobre. Os filhos destes desempregados adentram a adolescência, instigados pelo individualismo do MCP, embora relegados à margem da sociedade, sem perspectivas de acesso ao mercado de trabalho formal ou a possibilidade de adentrar à sociedade de consumo. Este é o adolescente lumpemproletariado.

Guiados por esta concepção, podemos problematizar a adolescência pobre, sem lugar, em uma sociedade movida pelos preceitos do capital, individualista e biologizante. Se a adolescência contemporânea consiste na etapa de adentrar nos laços sociais e aos discursos hegemônicos, se distanciando do meio familiar para fazer parte de grupos e de coletivos mais amplos, questionamos: quais laços sociais são possíveis a estes adolescentes, filhos de classe proletariada desempregada e

⁷⁰ Na obra “o dezoito de Brumário de Luís Bonaparte”, Marx (1952) refere-se ao lumpemproletariado, do alemão *lumpenproletariat*, como uma massa desintegrada, que reunia indivíduos arruinados e aventureiros egressos da burguesia, vagabundos, soldados desmobilizados, batedores de carteira, mendigos etc. O principal significado da expressão “lumpemproletariado” não está tanto na referência a qualquer grupo social específico, mas no fato de ela chamar a atenção para situações que, em condições extremas de crise e de desintegração social em uma sociedade capitalista, muitas pessoas podem separar-se de sua classe e vir a formar uma massa “desgovernada”, particularmente vulnerável às ideologias e discursos sociais.

excluída socialmente? Quais grupos um adolescente morador de periferia teria a sua disposição, ao ser instigado ao consumismo típico de uma sociedade individualista?

A oferta para inserção à criminalidade também é muito comum ao adolescente deste campo. Zaluar (1994), em escuta a adolescentes inseridos no tráfico de drogas, percebe algumas circunstâncias sociais destes adolescentes antes de se inserirem no crime organizado: o trabalho comum é percebido como escravidão e desvalorização, devido a humilhante submissão dos seus pais em trabalhos sem direitos e pouco remunerados; uma busca por ídolos e heróis, por uma figura exemplar a ser seguida, com orgulho; e o desejo de pertencimento a um grupo, que o caracterize e o proteja. Nesta situação, o tráfico de drogas é um laço social que supre, em alguma medida, todas essas demandas, tanto psíquicas quanto sociais.

Poli (2005) articula a exclusão e desigualdade social com o conceito de Mal-Estar freudiano, indicando a leitura psicanalítica da cultura e do social como fundamental. Segundo a autora, a exclusão social é uma manifestação do Mal-Estar no contemporâneo, uma vez que aqueles pertencentes às classes excluídas, como desempregados, imigrantes, refugiados, moradores de rua e adolescentes “com critérios” para institucionalização/internação, apresentam diversos sintomas sociais, psíquicos e modos adoecedores de tentar suprir o Mal-Estar inerente ao ser humano, como por exemplo, por meio do consumo exacerbado de AD, um sintoma típico de uma sociedade capitalista, pelo imperativo ao consumo.

Contudo, os laços sociais disponibilizados a estes adolescentes não se limitam às ofertas sociais gerais, mas também inclui os Modos de Atenção ofertados pelos estabelecimentos de saúde. Ferreira (2017) descreve como os estabelecimentos que trabalham com adolescentes são atravessados por diversos discursos, três deles comumente utilizados para categorizar o adolescente consumidor de AD: o discurso moral, chamando-o de vagabundo, mentiroso, irresponsável, perdido e mau-caráter; o discurso patologizante, que categoriza o adolescente como doente, perturbado, viciado, depressivo, incapaz; e o discurso da periculosidade, nomeando os adolescentes como perigosos, delinquentes, bandidos e marginais, resultando nas práticas penais-sanitaristas descritas por Reis (2012).

Percebemos a presença destes discursos no estabelecimento no qual atuamos e o alinhamento destes discursos com o PPHM e suas práticas alienadoras. Precavidos pela Psicanálise, sabemos que a constituição subjetiva de

um sujeito se processa na relação com o social. Consideramos que o sujeito socialmente segregado e excluído é também alienado dos discursos nos quais está inserido, seja no campo das relações sociais, seja na relação com um estabelecimento de saúde. Estes discursos são repletos de preconceitos e discriminações, fixando os sujeitos nestas identidades, das quais, uma vez alienados, não conseguem se desprender. Verificamos que está em operação a Carreira Moral descrita por Goffman (2015), pois quando um adolescente é rotulado como “bandido, irresponsável ou doente” ou como “um caso perdido” pelos discursos institucionais, assim permanecerá, mantido no circuito de institucionalizações constantes e cronificadoras descritas por um conjunto de autores (SCISLESKI; MARASCHIN; SILVA, 2009; BLIKSTEIN, 2012; JOIA, 2014).

Estamos de acordo com Rosa (2013) quando destaca a necessidade de uma clínica que também seja política, para fazer operar práticas contrárias às formas de preconceito de classe, gênero e raça presentes nos discursos hegemônicos, característicos do MCP e de seu paradigma correlato na área da Saúde Mental, o PPHM. Por meio da Psicanálise como referencial e o PPS como horizonte de Atenção a se ofertar, é possível operar práticas que consideram o sujeito adolescente em relação com os laços e discursos sociais nos quais está inserido, produzindo uma relação terapêutica que implica o sujeito para uma posição não-alienada em seu sofrimento. É por meio deste posicionamento e de um conjunto de referenciais conceituais complexos e operatórios que acreditamos ser possível analisar as demandas sociais e institucionais, diagnosticando os laços e discursos sociais que atualizam os processos de exclusão social e proporcionam a manutenção de sofrimentos de ordem sócio-político, para assim atuar nas brechas do instituído através de práticas Psicossociais e intercessoras.

CAPÍTULO 5: ANÁLISE DA UHTAD NA QUAL DESENVOLVEMOS NOSSA PRÁXIS ORIENTADOS PELA PERSPECTIVA DA GARANTIA DE DIREITOS



Neste capítulo faremos uma análise da dinâmica de funcionamento da UHTAD na qual desenvolvemos nossa práxis, por meio de uma investigação institucional, abordando os planos teórico-técnicos, políticos e éticos do estabelecimento. Acreditamos ser possível desenvolver uma descrição do estabelecimento, de sua organização e do seu modo de funcionamento, enfatizando as práticas, discursos, saberes, poderes, sujeitos e embates paradigmáticos, no cotidiano de atuação por meio de nossa intercessão-pesquisa desenvolvida junto aos diversos atores institucionais.

Faremos esta análise guiados e pautados pelas normativas legais presentes e ordenadoras do campo da Saúde Mental e da Atenção à adolescentes consumidores de AD, especialmente os que estão em tratamento em regime de internação. Inicialmente, apresentamos as bases legais e os eixos norteadores para práticas institucionais pautadas na garantia aos direitos básicos às crianças e adolescentes, já estejam ou não em regime de internação.

Em seguida, delineamos um conjunto de análises pertinentes para problematizar a oferta de Atenção realizada de modo predominante pela UHTAD. As categorias utilizadas nestas análises foram apreendidas através da leitura do

RINHPB, publicado em 2019 pelo Conselho Federal de Psicologia⁷¹. O relatório, em seu capítulo 6, aborda os resultados das inspeções realizadas em 16 hospitais psiquiátricos (HPs) que oferecem internações para adolescentes, incluindo o tratamento e internação por consumo de AD. A análise das características dos HPs, disposta no RINHPB, será apresentada em paralelo às problematizações dos modos de funcionamento da UHTAD.

Por meio desta análise buscamos estabelecer planos de análise que nos auxiliem a descrever aspectos da realidade desse estabelecimento de saúde em sua singularidade. Temos a ciência de que não é possível abranger a realidade institucional em sua totalidade, por ser complexa e múltipla. Dessa forma, realizamos uma leitura e interpretação parcial da realidade, com planos e recortes rigorosamente embasados. Benelli (2019) assevera que um estudo acerca de problemas institucionais não deve ter a pretensão de realizar uma interpretação completa, considerando a impossibilidade de se formular uma verdade-toda. Assim, nosso intuito consiste em buscar fazer uma contribuição para o estudo do tema, sem esgotar as possibilidades de compreensão do fenômeno, indicando a necessidade de continuidade em estudos posteriores.

Cientes destas questões, objetivamos apresentar considerações sobre diferentes aspectos da realidade de um estabelecimento hospitalar de internações que chamamos de UHTAD. As situações encontradas pelos inspetores nos hospitais e descritas no RINHPB serão articuladas com diversos aparatos legais, de modo que a diversidade de situações e relatos do cotidiano destes estabelecimentos

⁷¹ O RINHPB é resultado de uma inspeção a nível nacional, realizada em dezembro de 2018, em 40 hospitais psiquiátricos, localizados em dezessete estados, nas cinco regiões do país. Tratou-se de uma ação interinstitucional organizada pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, pelo Conselho Nacional do Ministério Público, pelo Ministério Público do Trabalho e pelo Conselho Federal de Psicologia. A missão nacional teve como principais objetivos: - Verificar e analisar as condições de privação de liberdade das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, sobretudo a existência de violação de direitos; - Avaliar a qualidade assistencial, a infraestrutura e os insumos básicos disponibilizados às pessoas internadas; - Examinar os aspectos institucionais, tais como: a existência de Projeto Técnico Institucional, identificação das modalidades de internação atendidas, diversificação de estratégias terapêuticas e a construção de Projetos Terapêuticos Singulares, ações para garantia dos direitos sociais (documentação, benefício, etc.) e para a desinstitucionalização das pessoas internadas na condição de longa permanência, articulação com os demais serviços da rede de saúde e intersetorial, visando à permanente reinserção social e comunitária; - Analisar as condições de trabalho e a composição das equipes de saúde no tocante à diversidade de categorias e ao quantitativo de profissionais; - Examinar a utilização de medidas de caráter disciplinar no cotidiano institucional, abrangendo: práticas de castigo, espaços de confinamento e isolamento, realização de revista íntima ou vexatória, uso de medicação excessiva e aplicação de contenção mecânica; - Verificar o tratamento dado a: crianças e adolescentes, mulheres, negros, pessoas idosa e Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros e Intersexos (LGBTI).

quanto à perspectiva do direito e, especialmente os casos de sua violação, possam nos servir como operadores analíticos para problematizarmos o estabelecimento de saúde no qual realizamos nossa práxis.

5.1 BASES LEGAIS E EIXOS NORTEADORES DE GARANTIA DE DIREITOS À ADOLESCENTES

5.1.1 A Constituição de 1998

Iniciamos a discussão retomando ao texto referência para garantia de cidadania a todo e qualquer brasileiro disposta na CF (BRASIL, 1988) não à toa conhecida como “constituição cidadã”, que, alinhada com diversas perspectivas internacionais⁷², estabelece um conjunto de direitos básicos às crianças e adolescentes, definidos em seu artigo 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, Art. 227).

5.1.2 O Estatuto da Criança e do Adolescente⁷³

Em decorrência da CF de 1988, o ECA instrumentaliza uma nova lógica no trato infanto-juvenil no Brasil. Orientado pelo paradigma da Proteção Integral, crianças e adolescentes são considerados como sujeitos de direitos e pessoas em

⁷² A saber: a Declaração de Genebra, de 1924 sobre os Direitos da Criança, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, a Declaração dos Direitos da Criança das Nações Unidas, de 1959, o Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos, de 1966, as Regras de Pequim, de 1985 e a Declaração sobre os Princípios Sociais Jurídicos Aplicáveis à Proteção e bem-estar das Crianças, de 1986.

⁷³ Segundo o RINHPB, percebe-se a utilização de preceitos do ECA para submeter crianças e adolescentes à internação psiquiátrica forçada, o que representa uma clara distorção da Proteção Integral. Uma vez que a lei n. 10.216 de 2001 é pouco específica referente às faixas etárias, o instrumento legal especial utilizado para justificar as internações é o exposto no artigo 101, que se refere a medida protetiva de “requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial” (BRASIL, 1990, art. 101, V). Alinhados com a leitura do RINHP, consideramos que essa justificativa é equivocada, uma vez que a medida não representa a formalização de um regime de tratamento, mas apenas especifica uma requisição possível. Portanto, é referente ao dever do Estado em ter como opções de cuidados, tanto estabelecimentos ambulatoriais ou de internações. Estas “opções” são indicadas como possibilidades de acesso a tratamentos, não representam imposição legais aos adolescentes, como é comumente interpretado e realizado.

situação peculiar de desenvolvimento, com prioridades a serem garantidas pelo Estado e sociedade. O adolescente, na perspectiva do ECA, passa a ser reconhecido como um sujeito de direitos e não mais como objeto de intervenção estatal ou imperativo de controle social, tal como foi historicamente proposto no Brasil.

No art. 3º do ECA, é garantido ao adolescente todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana, impondo a sociedade e ao Estado o dever de cuidar e respeitar esta população, assegurando todas as suas possibilidades de desenvolvimento (BRASIL, 1990). Enunciamos alguns destes: como o direito a dignidade tida como condição para o “desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social” e os “direitos ao respeito e a liberdade” (artigo 3º) das crianças e dos adolescentes, para o pleno exercício de direitos fundamentais, estes a serem garantidos pelo tripé família-sociedade-poder público, conforme artigo 4º, com vista a proteger crianças e adolescentes, de “qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor” (artigo 15).

5.1.3 A Convenção sobre os Direitos da Criança

A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) de 1990 definiu, por meio de assinatura dos Estados participantes, o compromisso de proteger as crianças⁷⁴ contra toda forma de discriminação. Para isso, adota o princípio legal do interesse superior da criança, do respeito à liberdade de crença e de opinião; reconhecendo o direito da criança à educação, e a proibição de toda e qualquer forma de exploração econômica contra ela. Nesse sentido, apresenta quatro princípios basilares: a não discriminação; o melhor interesse da criança; o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento; e o direito à participação.

A CDC também instrumentaliza ações no campo da Atenção em Saúde Mental:

os Estados-Parte reconhecem que a criança com deficiência física ou mental deverá desfrutar de uma vida plena e decente em condições que garantam sua dignidade, favoreçam sua autonomia e facilitem sua participação ativa na comunidade (BRASIL, 1990, artigo 23, 1).

⁷⁴ Todas as pessoas com idade inferior a 18 anos.

O mesmo artigo estabelece, no item 2, que a criança com deficiência⁷⁵ deverá ter:

[...] o acesso efetivo à educação, à capacitação, aos serviços de saúde, aos serviços de reabilitação, à preparação para o emprego e às oportunidades de lazer, de maneira que a criança atinja a mais completa integração social possível e o maior desenvolvimento individual factível, inclusive seu desenvolvimento cultural e espiritual.

A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança de 1989, promulgada no Brasil em 1990, aborda aspectos relacionados à realidade dos HPs. Em seu artigo 37, refere que os Estados-Parte zelarão para que:

a) nenhuma criança seja submetida à tortura nem a outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes. Não será imposta a pena de morte nem a prisão perpétua sem possibilidade de livramento por delitos cometidos por menores de dezoito anos de idade;

b) nenhuma criança seja privada de sua liberdade de forma ilegal ou arbitrária. A detenção, a reclusão ou a prisão de uma criança será efetuada em conformidade com a lei e apenas como último recurso, e durante o mais breve período de tempo que for apropriado;

c) toda criança privada da liberdade seja tratada com a humanidade e o respeito que merece a dignidade inerente à pessoa humana, e levando-se em consideração as necessidades de uma pessoa de sua idade. Em especial, toda criança privada de sua liberdade ficará separada dos adultos, a não ser que tal fato seja considerado contrário aos melhores interesses da criança, e terá direito a manter contato com sua família por meio de correspondência ou de visitas, salvo em circunstâncias excepcionais;

d) toda criança privada de sua liberdade tenha direito a rápido acesso a assistência jurídica e a qualquer outra assistência adequada, bem como direito a impugnar a legalidade da privação de sua liberdade perante um tribunal ou outra autoridade competente, independente e imparcial e a uma rápida decisão a respeito de tal ação (BRASIL, 1990, art. 37).

5.1.4 A Lei nº 10.216

A Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), mais conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira”, foi a primeira legislação nacional que dispôs sobre os direitos

⁷⁵ Segundo a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD) (2008), a definição de deficiência, combina aspectos biológicos, psíquicos e sociais com o ambiente: é a justaposição de “impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial” com “diversas barreiras” (atitudinais e ambientais), que podem obstruir “participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas” (CDPD, 2008, art. 1), ou seja, se inclui o adolescente em tratamento pelo consumo de AD. Segundo o RINHP, essa lei é importante ao deslocar “a perspectiva do modelo biomédico para o modelo social, na medida em que define a deficiência a partir das condições efetivas de participação social dos sujeitos com impedimentos físicos, mentais, intelectuais e/ou sensoriais duradouros, de modo a reconhecer que o contexto social produz maiores ou piores condições dos sujeitos exercerem seus direitos de cidadania” (p. 31).

das pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais, promovendo uma reorientação no modelo assistencial brasileiro no campo da Saúde Mental. Esta lei é importante porque se pauta pela noção de garantia de direitos⁷⁶, incidindo no deslocamento da lógica manicomial para a da atenção comunitária e territorial.

Para nossa análise, destacamos o artigo 4º, relativo à excepcionalidade de qualquer modalidade de internação. Nesses casos, somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, é indicado que a internação seja realizada, com vistas a garantia da reinserção social e comunitária, sendo tais regimes estruturados de modo a oferecer assistência integral, o que inclui serviços médicos, psicossociais, ocupacionais, de lazer, entre outros:

Art. 4º. A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º. O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º. O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º. É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no §2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do artigo 2º⁷⁷ (BRASIL, 2001, art. 4º).

⁷⁶ Segundo o RINHPB: “a leitura e a compreensão da referida lei é de extrema importância, pois são suas diretrizes que garantem um olhar mais crítico e apurado sobre possíveis violações de direitos humanos em instituições e serviços que ofertam tratamento às pessoas em sofrimento e/ou transtornos mentais, incluindo àquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas” (2019, p. 35).

⁷⁷ Artigo 2º, descrito de forma literal: “Art. 2º: Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (BRASIL, 2001, art. 2º).

5.1.5 O Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil

As deliberações do Fórum de Saúde Mental para o público infanto-juvenil, instituídas pela Portaria GM/MS n. 1.608/2004 (BRASIL, 2004), permitem problematizarmos a institucionalização de crianças e adolescentes que apresentariam demandas para tratamento em Saúde Mental. O problema central quanto à internação de crianças e adolescentes consistia no fato de que elas estavam reclusas, em sua maioria por determinação judicial, em estabelecimentos psiquiátricos voltados ao atendimento de população adulta. Com intuito de garantir um tratamento adequado aos adolescentes se determinou que as internações necessárias ao cuidado clínico dos sujeitos sejam realizadas preferencialmente em hospitais gerais, respeitando-se a singularidade de cada caso e acionando-se os dispositivos da assistência social em casos de risco social ou de morte (BRASIL, 2004).

5.1.6 O Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à convivência familiar e comunitária

O Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à convivência familiar e comunitária, aprovado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), propõe “romper com a cultura da institucionalização de crianças e adolescentes” (BRASIL, 2006) seja no âmbito das entidades de atendimento socioassistencial, seja no das de saúde. Alguns eixos centrais do Plano são os seguintes:

1. Centralidade da família nas políticas públicas.
2. Primazia da responsabilidade do Estado no fomento de políticas integradas de apoio à família.
3. Reconhecimento das competências da família na sua organização interna e na superação de suas dificuldades.
4. Respeito à diversidade étnico-cultural, à identidade e orientação sexuais, à equidade de gênero e às particularidades das condições físicas, sensoriais e mentais.
5. Fortalecimento da autonomia da criança, do adolescente e do jovem adulto na elaboração do seu projeto de vida.
6. Garantia dos princípios de excepcionalidade e provisoriedade dos Programas de Famílias Acolhedoras e de Acolhimento Institucional de crianças e de adolescentes.
7. Reordenamento dos programas de Acolhimento Institucional (BRASIL, 2006).

5.1.7 A Nota Técnica nº 2/2011: Recolhimento e Internação Compulsórios de Crianças e Adolescentes em Situação de Rua e Usuários de Drogas

Segundo a nota técnica nº 2/2011, todo e qualquer processo de institucionalização deve seguir os seguintes princípios: a excepcionalidade; o caráter breve; a preservação e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários; a garantia de acesso, respeito à diversidade e à não discriminação; a oferta de atendimento personalizado e individualizado; e, a garantia de liberdade de crença e religião, do respeito a autonomia (BRASIL, 2011). Nesse sentido, fica instaurada a necessidade de criar condições para que os familiares participem do tratamento, de preferência a nível presencial e, caso não seja possível, que lhes seja garantido o acesso. Além disso, fica estabelecido que a rotina das instituições deve ser organizada de forma a garantir a privacidade e o respeito aos costumes, às tradições e à diversidade de ciclos de vida; arranjos familiares; raça/etnia; religião; gênero; e orientação sexual (BRASIL, 2011).

5.1.8. O Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

A lei n. 12.847/2013 institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (SNPCT) (BRASIL 2013), definindo os conceitos de tortura e privação de liberdade, aspectos fundamentais para se problematizar a Atenção em saúde dispensada por meio de internações. Segundo o artigo 3º dessa lei:

Para os fins desta lei, considera-se:

I - tortura: os tipos penais previstos na lei n. 9.455, de 7 de abril de 1997, respeitada a definição constante do artigo 1 da Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, promulgada pelo Decreto n. 40, de 15 de fevereiro de 1991.

II - pessoas privadas de liberdade: aquelas obrigadas, por mandado ou ordem de autoridade judicial, ou administrativa ou policial, a permanecerem em determinados locais públicos ou privados, dos quais não possam sair de modo independente de sua vontade, abrangendo locais de internação de longa permanência, centros de detenção, estabelecimentos penais, hospitais psiquiátricos, casas de custódia, instituições socioeducativas para adolescentes em conflito com a lei e centros de detenção disciplinar em âmbito militar, bem como nas instalações mantidas pelos órgãos elencados no art. 61 da lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984 (BRASIL, 2013, Art. 3º).

O SNPCT possui relevância para o âmbito da Saúde Mental porque alerta sobre a possibilidade de que a internação nos HPs possa vir a funcionar por meio de práticas de tortura, impondo penas cruéis e formas de tratamento desumano e/ou degradante aos sujeitos internados. A alegação de que os HPs compõem cenário propício para a prática de crimes de tortura é historicamente comprovada no Brasil, através de diversos estudos (GOFFMAN, 2015; CANÇADO, 1979; SCHREBER, 1985; ENGEL, 2001; NICÁCIO, 2001; ROTELLI, 2001; BASAGLIA, 1985, 2005; BENELLI; COSTA-ROSA, 2003; TOLEDO, 2008; ARBEX, 2013; BENELLI, 2015; EMERICH; YASUI, 2016; PAGNANO, 2018). Cabe salientar que, tais crimes ainda são possíveis na atualidade, visto a existência de pessoas privadas de liberdade sob a responsabilidade de agentes públicos de saúde ou em exercício da função pública. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

5.2 CARACTERÍSTICAS DA HOSPITALIZAÇÃO DE ADOLESCENTES

Mesmo com as alterações idealizadas pelo reordenamento da Atenção em Saúde Mental, proposto por meio da lei 10.216 em 2001, bem como da alteração da lógica de tratamento aos adolescentes, instrumentalizada pelo ECA, a maioria dos HPs – que incluem os estabelecimentos de internação para tratamento em AD – continuam apresentando muitos dos aspectos negativos, típicos do período anterior ao processo de reordenamento institucional legalmente disposto. Conforme o RINHPB, ainda são mantidos os aspectos asilares, os objetivos segregatícios, embora implícitos, além do cerceamento de direitos, indicando que a Atenção em saúde, nesses estabelecimentos, continua a operar pelo modo asilar (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

Para o campo da Atenção aos adolescentes consumidores de AD, o RINHPB apresentou apontamentos pertinentes. O documento destacou que a maior parte das crianças e adolescentes que estavam na condição de internos nos estabelecimentos inspecionados, dezesseis sujeitos no total, estavam ali em decorrência do consumo de AD, sendo a maioria adolescentes do sexo masculino⁷⁸.

⁷⁸ No que concerne ao sexo feminino, o relatório denuncia a exposição ao tratamento conjunto com adultos e a internação destas meninas em alas com adolescentes do sexo masculino (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

Com base nos problemas elencados RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019), analisaremos algumas práticas presentes nos processos de internações realizadas na UHTAD.

5.2.1 A internação de crianças e adolescentes em ambiente comum aos adultos e a convivência entre internos adolescentes e adultos

Todo e qualquer estabelecimento de Atenção em Saúde Mental destinado a adolescentes deve se organizar para uma oferta diferenciada e singularizada quanto à Atenção em saúde, o que torna fundamental o aspecto do tratamento especializado para esta faixa etária. Segundo a CDC em seu artigo 3, é estabelecido os cuidados específicos exigidos para esta população:

Os Estados-Parte devem garantir que as instituições, as instalações e os serviços destinados aos cuidados ou à proteção da criança estejam em conformidade com os padrões estabelecidos pelas autoridades competentes, especialmente no que diz respeito à segurança e à saúde da criança, ao número e à adequação das equipes e à existência de supervisão adequada (BRASIL, 1990, Art. 3º).

Segundo a inspeção do RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019), mais da metade dos estabelecimentos inspecionados prestava Atenção a adolescentes em espaços destinados ao público adulto, o que também já havia sido verificado pelo Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil (BRASIL, 2004). Segundo o Fórum, adolescentes ainda são internados em HPs voltados ao público adulto, sem Atenção específica a sua condição peculiar de desenvolvimento e sem a proteção às possíveis situações que caracterizem abuso e exploração.

Na UHTAD em que atuamos os tratamentos ofertados aos adolescentes e aos adultos são distintos, em diversas maneiras: as equipes de referência distinguem ambos, nas discussões de casos e em reuniões; as enfermarias em que os adolescentes permanecem são específicas para este público e estão localizadas com certa distância da enfermaria de adultos – há uma quadra poliesportiva entre uma enfermaria e outra, possibilitando contato somente à distância –; os contatos entre adolescentes e adultos são proibidos, a menos que sejam supervisionados por membro da equipe de referência; o tratamento dispensado aos adolescentes internos é diferenciado do dos adultos, tanto com relação ao horário, rotina e ofertas

terapêuticas, sendo que a exceção consiste numa atividade realizada em comum, que é o jogo de bingo, realizado semanalmente.

Apesar do distanciamento entre adolescentes e adultos, notamos algumas situações de constante atrito na UHTAD, referente à convivência. Nos breves momentos de contato, ou mesmo na rotina institucional que permite que os adolescentes e os adultos dividam o mesmo ambiente, notamos algumas situações em que é feita uma responsabilização unilateral, normalmente do adolescente e não do adulto. Um desses exemplos é a acusação de que adolescentes femininas estariam constantemente “seduzindo” os adultos, proporcionando uma “desorganização psíquica” neles, revelando um discurso machista de alguns trabalhadores. Há também situações nas quais os adolescentes provocam os adultos, e em muitas delas, notamos uma culpabilização dos adolescentes e uma vitimização dos adultos envolvidos na situação, revelando que não se leva em consideração o caráter de desenvolvimento do adolescente, como proposto pelo ECA (BRASIL, 1990). Notamos trato semelhante quanto às situações de interesse amoroso/sexual entre adolescentes femininas e adultos masculinos, em que, em sua maioria, responsabiliza-se as adolescentes pelo início e manutenção de tentativas de contato com os pacientes adultos.

5.2.2 O predomínio de internações compulsórias

Uma das discussões que realizamos em nossa intercessão-pesquisa diz respeito às internações compulsórias, que são permitidas por lei, porém indicadas para as situações extremas, quando todos os recursos extra-hospitalares já tenham sido utilizados. Esta determinação, no caso de crianças e adolescentes, se alinha aos princípios do ECA (BRASIL, 1990) que indica a responsabilidade do Estado, da família e da sociedade civil na garantia dos direitos à liberdade, à proteção e ao desenvolvimento pleno. Tais determinações alteraram a lógica de gestão às crianças e adolescentes anteriores ao ECA, na qual predominava a culpabilização individual e descontextualizada dos adolescentes por seus atos (BRASIL, 2014).

Os resultados apresentados pelo RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019) indicam a predominância das práticas de internações forçadas de adolescentes, ou seja, eles são constantemente internados compulsoriamente. Os relatos foram observados em oito hospitais inspecionados. Consta no relatório,

falas representativas desta realidade, como a de um diretor de um estabelecimento que fez “referência ao expressivo volume de internações por ordem judicial” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 360); outro estabelecimento indica que “a proporção de internações compulsórias entre adolescentes é alta, correspondendo a mais de 90% do total de internados” (IDEM, 2019, p. 360), e, mais um “apresentou um índice de internações compulsórias de 96%” (IDEM, 2019, p. 360).

Ao estabelecer uma relação comparativa entre o RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019) e o local em que atuamos, notamos que há uma problemática comum, no que se refere a duração das internações compulsórias para adolescentes, em comparação as involuntárias. As internações compulsórias têm sua duração superior e indevidamente prolongada, mesmo que o fim do tratamento e a alta já tenha sido determinada por prescrição médica.

Fazendo uma análise de processos judiciais de um estabelecimento do estado de São Paulo, o RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019) constatou que seis adolescentes haviam sido mantidos sob internação judicial prolongada para além da alta médica, já concedida há meses. Um dos adolescentes se encontrava com alta médica havia 10 meses e era mantido internado devido a não liberação judicial. Os trabalhadores deste estabelecimento comunicaram o fato ao Núcleo da Infância e Juventude da Defensoria Pública de São Paulo para acompanhamento e adoção das providências eventualmente pertinentes. Em outro estabelecimento no Rio de Janeiro “havia, ainda, um adolescente de 17 anos, em internação compulsória há mais de um ano no setor privado. Este caso é acompanhado pelo Ministério Público e pela Defensoria Pública” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 360).

Nossa práxis na UHTAD revela que ali a realidade é muito semelhante à mapeada pelo RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019). Um caso ilustrativo disso é o de uma adolescente de dezesseis anos internada compulsoriamente oito vezes, num período de quase três anos. Em sua última internação na UHTAD, a alta foi determinada pela equipe depois de 30 dias, já a liberação judicial aconteceu apenas depois de cerca de 150 dias. Na internação anterior dessa adolescente, de prazo semelhante, a equipe de referência da UHTAD também iniciou uma denúncia junto ao Ministério Público, uma vez que a indicação para manutenção da internação compulsória da adolescente era a determinação

judicial de internação em uma Comunidade Terapêutica. Na época, a internação compulsória de adolescentes em Comunidades era impossível, pois nesses estabelecimentos só eram realizadas internações voluntárias, portanto não serviam para internar adolescentes – uma vez que adolescentes só poderiam ser internados involuntariamente ou judicialmente. Além de romper com direitos específicos do adolescente, as internações em Comunidades Terapêuticas são, em sua maioria, de longo prazo e de caráter religioso.

Outra situação grave observada na UHTAD, que não acompanhamos diretamente, mas da qual tivemos conhecimento por outros trabalhadores, foi a internação compulsória de uma adolescente transexual por cerca de 12 meses, até completar sua maioridade. Tal situação indica a determinação de internações compulsórias como medida de gestão social por meio de processos de exclusão social e de abrigamento institucional.

Todo esse cenário indica o rompimento de direitos garantidos aos adolescentes em tratamento, tais como os princípios de brevidade e excepcionalidade das internações. Chamamos a atenção para a regularidade de tais práticas, que são comuns e provocadas, majoritariamente pelos que deveriam garantir estes direitos, tal como é o Poder Judiciário. Em nossa práxis percebemos que, ao se retirar a governabilidade de uma equipe de trabalhadores referente à determinação do tempo de uma internação, este processo tem diluído sua pertinência e sentido. Consequentemente, se perde a participação do sujeito, proporcionando sofrimentos diversos ou até mesmo o desenvolvimento de resistência ao tratamento proposto.

Uma justificava que percebemos na UHTAD, também denunciada pelo RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019), para a realização de constantes internações compulsórias é a situação de exclusão social que caracteriza a vida de adolescentes em seu território. Como exemplo, o RINHPB apresenta relatos de adolescentes que estavam nestas circunstâncias, pois “eram considerados ‘problemas’ na cidade em que residiam, alguns cometiam delitos ou eram envolvidos com o tráfico de drogas, relacionando ainda mais este ambiente de tratamento do uso abusivo das drogas a uma instituição penitenciária” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 361). Notamos, assim, que as práticas penais-sanitaristas indicadas por Reis (2012) são uma constante, por meio de internações

em saúde realizadas com interesses punitivos, além destes adolescentes “difíceis” terem suas altas impossibilitadas por avaliações morosas por parte de juízes.

Em nossa práxis na UHTAD já nos deparamos com diversos casos de adolescentes internados que, de acordo com nossa avaliação, tinham como causa interesses penais-sanitaristas. Um caso que exemplifica tal afirmativa consistiu na internação de um adolescente que estava fazendo um intenso consumo de álcool, apresentando sintomas de agressividade. Após alguns dias de internação, iniciamos o levantamento da hipótese de que poderia se tratar de um caso de psicose, com percepção alterada da realidade e com sintomas delirantes. Contudo, antes da conclusão do tratamento, o adolescente foi obrigado a comparecer a uma audiência judicial na qual foi determinado que ele deveria cumprir medida socioeducativa em regime fechado, em uma unidade da Fundação CASA em outro município, interrompendo instantaneamente o tratamento. Meses após este ocorrido, a unidade da Fundação CASA na qual o adolescente estava em cumprimento de medida entrou em contato com a UHTAD, requisitando informações e indicação de tratamento para este adolescente, que apresentava intensificação de sintomas psicóticos e ideação suicida. Foi necessária uma articulação entre a equipe de referência responsável pelos adolescentes da UHTAD e da Fundação CASA para viabilizar a transferência do adolescente para a unidade da CASA de seu município e retorno ao tratamento, interrompido meses atrás, judicialmente. Essa situação indica como o trato dispensado aos adolescentes consumidores de AD e em situação de rompimento com a lei ainda ferem os direitos básicos desses sujeitos. Esse caso revela que a prioridade de tratamento em saúde sobre as medidas penais foi desconsiderada e agravaram o processo de adoecimento psíquico e afastamento do adolescente institucionalizado de seu território e familiares.

Outra justificativa comumente usada para internações está atrelada à medidas em nome da segurança e, nesses casos, as internações são utilizadas como mecanismo para garantir o afastamento e proteção de adolescentes de uma suposta situação de risco social. O RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019) identificou a internação de uma adolescente em um estabelecimento de saúde para tratamento de AD, sendo que a interna “não é usuária de substâncias psicoativas e nem possui quadro de sofrimento psíquico grave, transtorno mental ou qualquer deficiência” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 363). A justificativa para a manutenção desta internação era

um “risco social importante”, sendo que o município estava arcando com os custos desta internação, sendo que o estabelecimento onde estava reclusa ficava a 2500 quilômetros da cidade de origem da adolescente. No momento da inspeção, a internação já durava cinco meses e não era a primeira internação da adolescente no mesmo local.

Nesse quesito, a realidade percebida na UTHAD também se alinha com a que pode ser observada em outros HPs. São constantes as internações, em especial de meninas que se encontrariam em “situação de risco e vulnerabilidade”, com pouca “continência familiar”, apresentando intensificação do consumo de AD, não adesão aos tratamentos disponibilizados, com inserção no tráfico de drogas e na prostituição. Em nossa avaliação, nestes casos, em sua maioria, o consumo de drogas é consequência da falta de garantia de direitos sociais básicos, além da morosidade e falta de manejo de trabalhadores de estabelecimentos de saúde e socioassistenciais territoriais. No caso das internações compulsórias, se percebe a determinação da internação forçada como garantia de direito e proteção, mas pouco se nota quanto a determinações de garantia de outros direitos no território. No caso das adolescentes para as quais ofertamos tratamento na UTHAD, era claro que seus direitos eram constantemente rompidos.

A pergunta impertinente é a seguinte: quem cria essas situações pessoais e sociais de risco ou as situações de vulnerabilidade social? Certamente, elas são efeito do modo de funcionamento do sistema capitalista e da sua lógica de acumulação. Nesse sentido, pode-se considerar que são também muitos os chefes do poder executivo, vereadores, secretários municipais, ricos empresários, entre inúmeros outros que, por meio de ações, omissões, negligência, descaso, violência, corrupção e ganância, lesam os direitos de cidadania dos munícipes (BENELLI, 2020c, p. 180).

Retomamos brevemente a CF (BRASIL, 1988), indicando que as práticas abusivas ferem a garantia de direitos à adolescentes internados. Referente à medida de privação de liberdade, no parágrafo 3º inciso V do artigo 227:

§ 3º O direito à proteção especial abrangerá os seguintes aspectos:
[...]

V - obediência aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, quando da aplicação de qualquer medida privativa da liberdade (BRASIL, 1988, art. 227).

5.2.3 O direito à convivência familiar e comunitária

Uma das características da internação para crianças e adolescentes, indicadas pelo ECA é a da brevidade da internação, justificada a partir da concepção da importância do convívio familiar e comunitário para um desenvolvimento pleno e saudável de tais sujeitos. Segundo CDPD, em seu artigo 23, 3:

os Estados-Parte assegurarão que as crianças com deficiência terão iguais direitos em relação à vida familiar. Para a realização desses direitos e para evitar ocultação, abandono, negligência e segregação de crianças com deficiência, os Estados-Parte fornecerão prontamente informações abrangentes sobre serviços e apoios a crianças com deficiência e suas famílias (art. 23, 3).

Podemos problematizar a convivência familiar e comunitária com base em situações que costumam ser tomadas como indicativas de casos para internações que envolvem conflitos intrafamiliares. Nestes casos, a CDPD preconiza a continuidade da garantia do direito fundamental ao desenvolvimento da criança e do adolescente, indicando medidas de apoio e fortalecimento dos vínculos familiares, quando possível. Caso mantida a demanda para um tratamento por meio de internação, se indica que seja realizado em estabelecimento próximo do território do adolescente, segundo definição do ECA, referente ao acolhimento institucional, no artigo 101, parágrafo 7 (BRASIL, 1990).

A noção de território é uma diretriz do SUS, sendo dever do Estado garanti-la. A proximidade do local de internação ao território do adolescente pode facilitar a participação dos familiares no tratamento, inclusive na elaboração do PTS, objetivo descrito pela portaria GM/MS n. 3.088, de 2011. Segundo esta portaria, algumas das diretrizes para o funcionamento da RAPS incluem as seguintes:

[...]

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011, Art. 2º).

Segundo inspeção do RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019), mais da metade dos estabelecimentos inspecionados realizavam internações de adolescentes de outros estados, variando de 118 a 620 quilômetros a distância entre o local de suas residências e o estabelecimento de internação. Segundo relatos dos internos, estes “[...] apontaram a fragilidade do contato contínuo com as

famílias, acentuada por estarem ‘muito longe de casa’” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 365).

Em contrapartida, na UHTAD onde atuamos, percebemos que as internações, em sua maioria, respeitam o direito de que houvesse proximidade entre o estabelecimento da internação e os municípios de origem dos adolescentes internos, com algumas exceções. Uma delas foi a internação de uma adolescente de outro estado, município localizado a 620 quilômetros da UHTAD, totalizando mais de oito horas de viagem, sem paradas. Para a articulação do processo de continuidade do tratamento após a alta da adolescente, trabalhadoras do Serviço Social da UHTAD tiveram que se deslocar até o município de origem, uma vez que a comunicação via telefone era de baixa qualidade e não havia recursos para a realização de vídeo chamada por parte de ambos os estabelecimentos. Outra situação era a de uma adolescente feminina, proveniente da capital paulista – cidade com maior número de estabelecimentos para internação de adolescentes – que foi realizada por “pedidos” diretos à gestão do estabelecimento, indicando a existência e funcionamento de mecanismos promotores de internação de adolescentes para além dos determinados legalmente.

A distância do local de internação para com o território não é o único entrave para a participação de familiares no tratamento dos adolescentes, tendo em vista que se deve oferecer condições para que estes se façam presentes ao logo do tratamento, inclusive frequentando e permanecendo no estabelecimento de internação, segundo diversos textos legais, como a norma técnica nº 2/2011 do CONANDA (BRASIL, 2011). Retomamos o ECA, em seu artigo 12:

Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. (ECA, art. 12)

A realidade encontrada pelo RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019) é um tanto distinta dessa diretriz. Em um dos HPs inspecionados a permanência de familiares no cotidiano institucional é expressamente proibida, e em outro estabelecimento só é liberado o contato familiar após a primeira semana de internação. Uma justificativa encontrada para a dificuldade da manutenção de familiares no estabelecimento de tratamento de

adolescentes é a falta de condições institucionais e financeiras para a permanência de tais pessoas em tempo integral. Em um destes estabelecimentos, a dificuldade se dava pela disposição de quartos e o número de camas, sendo necessário o agendamento da visita com um dia de antecedência, para verificação prévia de disponibilidade de leitos.

No caso da UHTAD na qual trabalhamos a organização institucional muitas vezes se revelava como dificultadora para a participação familiar. Retomamos a fala de alguns trabalhadores que “recomendavam” fosse dispensado o membro familiar que se mantinha no estabelecimento, devido ao desinteresse destes profissionais quanto ao manejo com os familiares. Este desejo de dispensar o parente do adolescente internado era devido a que o indivíduo requisitava sair para fumar ou desejava utilizar o telefone do estabelecimento para articular o cuidado dos outros filhos que haviam ficado em casa. Esse caso em especial gerou falas dos trabalhadores tais como “ao invés de cuidar do filho, fica aí, fumando e vendo TV”. No trato com familiares, notamos condutas restritivas e normativas por parte de alguns trabalhadores, que não atuam na construção de uma relação ativa entre familiar e trabalhadores para lidar com os desafios da convivência.

Ainda percebemos práticas que violam o direito da participação familiar que ocorreram em um caso de internação de um adolescente com risco de suicídio. Devido à falta de profissionais de plantão no fim de semana, e considerando o risco de vida, a genitora do adolescente foi obrigada a permanecer no estabelecimento. Na segunda-feira, essa mãe se encontrava aflita, pois precisava retomar a sua residência para cuidar dos demais filhos, porém alguns trabalhadores exigiram que ela permanecesse na internação, para que auxiliasse no cuidado do adolescente e na sua observação. Com este intuito, foi elaborado um documento que deveria ser assinado pela genitora, responsabilizando-a a permanecer no estabelecimento durante toda a internação, e caso se negasse, o adolescente teria alta no mesmo dia. As falas que ouvimos destes profissionais indicavam que a alta seria concedida para não correrem o risco de que o adolescente realizasse uma tentativa de suicídio enquanto estivesse internado, o que poderia ter repercussões e responsabilizações legais e jurídicas para os trabalhadores e para o estabelecimento. Mas se a UHTAD se demite de suas responsabilidades e de qualquer expertise no cuidado com uma situação de crise, quem poderá auxiliar o adolescente e sua mãe?

Outra questão central para a limitação da participação dos familiares, e que foi apresentada pelo RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019), diz respeito quanto às condições econômicas precárias que os impossibilita o deslocamento até o estabelecimento de internação:

Chamou a atenção o fato dos adolescentes estarem internados em local extremamente distante de sua residência. Considerando que, geralmente, são integrantes de família pobre, a distância é um fator que, certamente, prejudica o contato com a família, razão pela qual muitos adolescentes recebem poucas visitas de familiares (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 367).

De acordo com os relatos, um dos HPs organizava horários de visitas diárias para os adolescentes, com exceção daqueles menores de quatorze anos, com horários pré-definidos pelos trabalhadores para atendimentos dos familiares. Contatos telefônicos eram permitidos uma vez por semana e as visitas eram constantemente inviabilizadas pelas condições socioeconômicas dos familiares e pela distância entre a residência e o estabelecimento de internação. Neste mesmo hospital:

Um dos adolescentes informou que estava internado há vinte dias e não havia ainda recebido nenhuma visita. Outro adolescente, de quinze anos, chorou muito ao relatar que vinha de uma instituição de acolhimento de um município distante, no norte do estado paranaense, e que só mantinha vínculo com um irmão mais novo, que também se encontrava em situação de abrigo. Relatou a ausência de contato com o familiar, durante a internação, e afirmou o desejo de saber se teria a oportunidade de passar o Natal com o irmão, “pois estava muito triste e tinha muita saudade” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 368).

No caso da UHTAD a questão socioeconômica também se configura um impedimento de participação dos familiares no tratamento de adolescentes internos, pois devido a dificuldade financeira, era necessário promover a locomoção de familiares por meio de algum transporte disponibilizado pelo município de origem da família. Entretanto, o acesso aos transportes em veículos públicos costuma ser inviabilizado por diversos municípios. Isso exigia da equipe técnica uma gestão burocrática, pois muitas vezes essa viagem era agendada somente por meio da intermediação da equipe da UHTAD, através de diversos contatos telefônicos. Outro entrave consistia em que a oferta destes transportes públicos não tinha horários fixos, iniciando a viagem muito cedo e/ou retornando tarde do dia, inviabilizando a visita de familiares que não pudessem se ausentar do trabalho por todo um dia.

Havia situações de adolescentes e familiares que estavam em tratamento ambulatorial na UHTAD e que residiam em outro município. Para comparecer as consultas semanais, era necessário a obrigatoriedade de prontidão, de adentrarem ao transporte oferecido pelo município às quatro horas da manhã, para chegarem na UHTAD as seis horas da manhã, para iniciarem os atendimentos entre as nove até as dezesseis horas. Alguns adolescentes e seus familiares faziam um grande esforço percurso para realizarem apenas uma consulta de uma hora de duração.

É preciso salientar que os problemas referentes ao transporte e a condição socioeconômica precária não se restringiam apenas aos adolescentes e aos familiares que faziam tratamento no ambulatório e que residiam em outros municípios. Enquanto os que residiam em outros municípios tinham que se adequar aos horários dos transportes disponíveis, os que residiam no município no qual se localizava a UHTAD tinham dificuldades para chegarem até o estabelecimento, por causa do valor gasto com transporte público – para alguns, era preciso pagar por quatro passagens de ônibus para o familiar e quatro para o adolescente, uma vez por semana. Muitos destes familiares estavam desempregados e não conseguiam arcar com as passagens de ônibus urbano.

Segundo o RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019), muitos estabelecimentos realizam restrições quanto ao contato telefônico e as visitas dos familiares, justificando essas práticas pela organização assistencial e como medida disciplinar. Em um estabelecimento para internação de meninas, eram permitidas ligações duas vezes na semana, contatos estes limitados a cinco minutos e possibilitado somente por ligação “a cobrar”, restringindo o contato com familiares carentes. As adolescentes alegaram que se sentiam incompreendidas pela equipe de trabalhadores, pois eles não consideravam a importância do sentimento de saudade dos familiares. Pensamos que talvez compreendessem bem isso e o utilizassem como parte do sistema de privilégios mapeados por Goffman (2015) e que costumam ser muito operatórios em instituições totais⁷⁹.

⁷⁹ De acordo com Goffman (2015) o mundo da equipe dirigente no estabelecimento de internação inclui um determinado conjunto de características que seriam comuns às diversas instituições totais: 1. a contradição entre os objetivos oficiais confessados e aquilo que o estabelecimento realmente produz constitui-se no contexto básico do trabalho cotidiano da equipe dirigente; 2. o material de trabalho da equipe dirigente constitui-se de elementos humanos e a sua tarefa se reduz à administração, gerenciamento e controle de pessoas; 3. a equipe dirigente deve levar em consideração o *status* e as relações sociais do internado no mundo externo e o estabelecimento institucional precisa respeitar alguns dos direitos dos internados enquanto pessoas; 4. existem ainda certos “problemas de governante” que devem ser enfrentados pela equipe dirigente. As instituições

A forma autoritária como são monitoradas e controladas as visitas de familiares e as ligações telefônicas das pessoas internadas em razão de problemas decorrentes do consumo de AD em outro estabelecimento inspecionado, localizado no estado de São Paulo, é reveladora dessa lógica totalitária:

[...] as visitas de familiares são monitoradas, assim como as ligações telefônicas, e se necessário, é feita a interrupção da ligação. Cartas podem ser escritas na presença de um profissional de forma que todas acabam sendo monitoradas. Entende-se que estas práticas colaboram para a ruptura dos laços afetivos e sociais. (CONSELHO FEDERAL PSICOLOGIA, 2019, p. 370).

Avaliando o Projeto Técnico Institucional de um HP inspecionado pelo RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019), se percebeu que as visitas eram permitidas apenas após uma semana de internação. Tais visitas eram suscetíveis de suspensão, tanto quanto o direito às ligações telefônicas, caso fossem observadas situações de “mau comportamento” do adolescente internado, de modo semelhante ao que ocorre no sistema prisional. Neste estabelecimento, as ligações também eram monitoradas, com duração máxima de dez minutos e somente podiam ser feitas a cobrar. A descrição do cotidiano institucional descreve bem como era a relação dos contatos familiares com ações restritivas dos trabalhadores:

As visitas podem ser realizadas nas quintas-feiras e nos sábados, com a possibilidade de acontecer em outros dias com o agendamento. Entretanto, usuários que se envolvem em brigas, tentativas de fuga, entre outros problemas com a equipe técnica ou ainda com outros usuários, recebem punição e perdem direito a visita. Ligações telefônicas só são permitidas nas quartas-feiras e nos domingos, fora isso é proibido qualquer tipo de contato com os familiares (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 370).

totais funcionam mais ou menos como um estado e sua equipe dirigente tem que enfrentar problemas de um modo parecido aos que têm os governantes de Estados, deparando-se com dilemas clássicos, como por exemplo: conflitos entre meios e fins, manutenção de padrões humanitários x eficiência institucional, esforços para evitar fugas, esconder decisões quanto ao destino dos internados, distância x afeição pelos internados e outras dificuldades específicas no trabalho com pessoas; 5. o manejo do discurso e a prática oficial no estabelecimento: a equipe dirigente do estabelecimento apresenta e representa a perspectiva oficial da instituição; 6. criação de uma “teoria sobre a natureza humana”, que racionaliza sua atividade, estabelece e mantém a distância social com o internado, dá uma interpretação estereotipada dele e justifica o tratamento que lhe é imposto; 7. o trabalho é um elemento reinterpretado pelas perspectivas institucionais como “terapia ocupacional”, por exemplo, afirmando-se ao internado que sua realização faz parte do tratamento; 8. as instituições totais geralmente contratam especialistas para auxiliar no cuidado e controle dos internados. Desse modo, não precisam mandar os internados para fora do estabelecimento. Os especialistas costumam ficar insatisfeitos com sua participação institucional, pois se sentem impedidos de exercer corretamente sua profissão, além de serem usados como cativos para dar sanção de especialistas ao sistema de privilégios. Também são um grupo em conflito com os objetivos oficiais da instituição.

Na enfermaria de adolescentes da UHTAD se permitia que fossem realizadas ligações telefônicas aos familiares duas vezes na semana, com duração de cinco minutos. A ligação ainda era realizada por um dos trabalhadores da equipe, que repassam o telefone para o adolescente, que conversava com o familiar, sem qualquer privacidade, sendo que essa ligação telefônica era supervisionada. Caso aconteça alguma desconexão da ligação e ela se encerrasse devido a algum problema técnico, não era feita novamente por alguns trabalhadores. Além disso, os trabalhadores eram orientados a não atender chamadas telefônicas a cobrar.

A restrição da ligação telefônica é uma das práticas mais naturalizadas na UHTAD como forma de responsabilização e punição em caso de desafio as regras, institucionais, de não participação em atividades terapêuticas ou de “mal comportamento”, assim como a restrição de visitas dos familiares, tal como descrito por Goffman (2015). No ano de 2020, em discussões entre os trabalhadores da equipe responsável pelos adolescentes, foi decidido que não se devia usar a suspensão do direito de fazer ligações telefônicas para a família como forma de punição. Na ocasião, foi combinado também que haveria a ampliação do número de ligações telefônicas para três vezes na semana, prevendo que sua realização poderia vir a ser diária. No momento de finalização da escrita desta dissertação, há uma iniciativa de trabalhadores para estabelecer horários restritos para visitas de familiares, como tentativa de auxiliar na organização da rotina da enfermaria. As justificativas técnicas e operacionais se sobrepõem às necessidades humanas (GOFFMAN, 2015).

As ações restritivas, de qualquer ordem, quanto ao direito ao contato e participação familiar no tratamento, contrariam o disposto na regra 59, das Nações Unidas, para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade, no que se refere aos direitos de contato com o mundo exterior:

Deverão ser utilizados todos os meios para garantir uma comunicação adequada dos jovens com o mundo exterior, comunicação esta que é parte integrante do direito a um tratamento justo e humanitário e é indispensável para a reintegração dos jovens à sociedade. Deverá ser permitida aos jovens a comunicação com seus familiares, seus amigos e outras pessoas ou representantes de organizações prestigiosas do exterior; sair dos centros de detenção para visitar seu lar e sua família e obter permissão especial para sair do estabelecimento por motivos educativos, profissionais ou outras razões importantes (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1995, regra 59).

Notamos que, mesmo com um conjunto de diretrizes e normativas legais, nacionais e internacionais em vigor, as práticas de inviabilização e restrição do contato de adolescentes internos, com os familiares, são uma constante no cotidiano de diversos estabelecimentos institucionais, assim como naquele onde atuamos. Por meio desses referenciais legais, constatamos que estas ações não só inviabilizam o desenvolvimento pleno de adolescentes, como também, se constituem violações de direitos humanos.

5.2.4 A forma do tratamento oferecido

O direito à saúde e ao desenvolvimento saudável para adolescentes, internados ou não, é de absoluta prioridade. Podemos conceber “saúde” como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1995). Com base nessa concepção, é evidente a compreensão de que a saúde é mais seguramente garantida na medida em que outros direitos também o são. Nesse sentido, para o ECA (BRASIL, 1990) no seu art. 7º dispõe que “a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. O ECA também preconiza que:

É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

§ 1º A criança e o adolescente com deficiência serão atendidos, sem discriminação ou segregação, em suas necessidades gerais de saúde e específicas de habilitação ou reabilitação. Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (BRASIL, 1990, Art. 11).

Com o estabelecimento do SUS, a partir da CF (BRASIL, 1988), a saúde passou a ser concebida de forma ampliada, indissociável da organização econômica e social, das condições de “alimentação, moradia, saneamento básico, do meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e do acesso

aos bens e serviços essenciais” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 372). Portanto, a saúde e o processo de adoecimento são fenômenos complexos, pois são relacionados a diversos fatores.

Ao ser averiguada a necessidade da internação, é determinado que esta não seja de longa duração nem se dê em instituições com características asilares, tais como as descritas por Goffman (2015). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), os estabelecimentos de Atenção em Saúde Mental para adolescentes devem orientar suas ações de cuidado pelas seguintes diretrizes operacionais:

- conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar, em todo o processo, a condição da criança ou do adolescente como sujeito de direitos e de responsabilidades, o que deve ser tomado tanto em sua dimensão subjetiva quanto social;
- comprometer os responsáveis pela criança ou adolescente a ser cuidado – sejam familiares ou agentes institucionais – no processo de atenção, situando-os, igualmente, como sujeitos da demanda;
- manter abertos os canais de articulação da ação com outros equipamentos do território, de modo a operar com a lógica da rede ampliada de atenção. As ações devem orientar-se de modo a tomar os casos em sua dimensão territorial, ou seja, nas múltiplas, singulares e mutáveis configurações, determinadas pelas marcas e balizas que cada sujeito vai delineando em seus trajetos de vida (BRASIL, 2005, p. 16).

Segundo o RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019), os trabalhadores dos HPs sabiam da orientação do PTS de tratamento peculiar e visando participação dos adolescentes, contudo, estes internos afirmam um desconhecimento do próprio tratamento, apenas sabem da obrigatoriedade de participar das atividades propostas. Aparentemente, a Atenção ofertada é pouco articulada com os sujeitos, com pouca escuta às singulares dos adolescentes e de suas necessidades:

Os adolescentes questionam o “olhar” ou a percepção dos profissionais, visto que a solução de grande parte das questões é dada por meio de medicação. Durante a visita expuseram a desconexão entre as necessidades de cada usuário e a proposta assistencial e postura da equipe: “não adianta falar com eles, tudo é fissura”, “não entendem que sentimos saudades de casa”, “não adianta conversar com eles, eu quero sair daqui”. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 376).

A peculiaridade dos adolescentes é pouco considerada nas propostas terapêuticas, que são percebidas como insuficientes. Também é evidente a falta de

sentido que o “tratamento” tem para os adolescentes internados como um período de ociosidade⁸⁰:

[...] As (Os) usuárias(os) internadas(os) informaram não haver atividades terapêuticas nos finais de semana, período em que costumam assistir televisão à tarde e à noite, mediante autorização da(o) técnica(o) de enfermagem. [...] A maioria dos adolescentes informou desconhecer as atividades terapêuticas, tão pouco conhecer o próprio diagnóstico e a medicação que tomam. A referência do tratamento limita-se ao tempo de duração da internação (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, 377).

Ao realizarmos um paralelo com as práticas de atenção desenvolvidas na UHTAD, observamos que os PTSs são preenchidos com frequência irregular, sendo compreendidos como mais um documento incluído no prontuário de modo burocrático, e não como uma proposta de produção de sentido ao tratamento e que promova o desenvolvimento de autonomia e participação pelos internos.

Sobre a rotina institucional na UHTAD, os adolescentes apresentam relatos semelhantes aos contidos no RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019), no que concerne ao tema da ociosidade, o que pode ser constatado pelo número insuficiente de profissionais, pela escassez de recursos ou pela obrigatoriedade de realizar um tratamento com adolescentes que não apresentam demanda para tal, como é o caso dos que estão submetidos a internações compulsórias de longo prazo e internações justificadas por “critérios sociais”. Ainda assim, na ala de adolescentes da UTHAD, são organizadas tentativas diárias de contemplar uma rotina com uma ou duas propostas de práticas coletivas, ora de caráter potencialmente terapêutico, ora de lazer. Nos finais de semana não há ofertas de atividades fixas e a rotina se resume a leitura de livros, filmes e acesso à televisão, sendo que algumas propostas de ocupação do tempo costumam ser esporadicamente realizadas pelos enfermeiros de plantão.

⁸⁰ Goffman (2015) caracterizou a especificidade da dinâmica cultural dos internados nas instituições totais : a) autopiedade - a posição social inferiorizada e uma sensação constante de fracasso pessoal e de desgraça, leva o internado a criar uma “história pessoal” que funciona como um conto triste, num estilo de lamentação e defesa, elaborando sua versão para explicar sua situação de inferioridade atual; b) existe uma forte sensação de que o tempo de internação é inútil, perdido, roubado de sua vida, tempo que precisa ser apagado, cumprido, preenchido ou arrastado de algum modo; c) o significativo valor das atividades de distração nesses estabelecimentos, sejam individuais ou coletivas: jogos ao ar livre, bailes, festas, banda de música, coral, teatro, aulas, ateliês de arte, trabalhos manuais, televisão, filmes, jogos de cartas, homossexualidade, álcool, drogas que possibilitam “viagens”. Essas e outras atividades de entretenimento ajudam o indivíduo a relaxar, aliviando um pouco a tensão produzida pelos ataques institucionais constantes à sua pessoa.

De modo geral, o RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019) constatou que o PTS é um documento preenchido pelas equipes de trabalhadores, porém pouco operacionalizado em ações práticas e em ofertas de atividades. As atividades oferecidas aos adolescentes se resumem a atividades grupais e oficinas, aulas escolares, educação física, orientações pedagógicas visando a prevenção de recaída, práticas de reinserção social, grupos de DST, elaboração de projetos de vida, informática, artesanato, lazer, cursos profissionalizantes e ofertas de grupos moralizantes, como “grupo de boas maneiras” e grupos de partilhas de sentimentos⁸¹. Apesar dessas ofertas, são constantes as queixas com relação à ociosidade feitas pelos adolescentes:

[...] De acordo com informações colhidas durante as entrevistas, as atividades existentes no local são muito limitadas e consistem, basicamente, na cozinha terapêutica, bordado, fuxico e algumas atividades esportivas realizadas na quadra de esportes. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 377)

A análise da equipe de inspeção aponta para a persistência da ênfase “na redução de sintomas e na melhor adaptação às rotinas do hospital, não vislumbrando perspectivas mais abrangentes de reabilitação psicossocial” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 377). O foco do tratamento ofertado em alguns estabelecimentos seria focalizado “exclusivamente na dependência química, sem considerar a fase de desenvolvimento em que essas pessoas se encontram, assim como o desenvolvimento de suas potencialidades” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 377).

Os horários e rotinas são também questões para análise do tipo de tratamento institucional oferecido. Alguns hospitais permitiam acesso dos internados aos quartos apenas em horários pré-estipulados, já outro estabelecimento indicou haver momentos do dia em que os adolescentes permanecem trancados nos respectivos quartos. Em um HP localizado no estado de São Paulo “às 22h todos

⁸¹ Sobre o tema das práticas de atenção chamadas de “intervenção psicossocial” que representariam uma ampliação das práticas clínicas no âmbito das políticas públicas sociais de Saúde e de Assistência Social, Benelli (2020c, p.223ss) discutiu sobre os impasses da Psicologia Clínica que oscilaria entre o pedagógico, o terapêutico e o político. Ele considera que estaria havendo uma ampliação pedagogizante da clínica psicológica operacionalizada por meio de diversas estratégias supostamente “psicossociais”: dinâmica de grupo, oficinas, rodas de conversa, atividades esportivas, artísticas, de profissionalização e de lazer, mas de viés nitidamente terapêutico, mais do que político e emancipador.

são obrigados a entrar em seus quartos, e lá ficam trancados até às 8h da manhã, sem água e mesmo pedindo, os profissionais presentes não lhes oferecem água, segundo relataram os adolescentes” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 378).

Algumas normas ou estratégias organizacionais institucionais são implementadas visando prevenir fugas de internos. Mas tais fugas seriam motivadas ou estão relacionadas com a própria organização institucional e as modalidades de Atenção ofertada. Há um relato que exemplifica essa hipótese:

Adolescentes alegam que como não há nada a ser feito no local, quase nenhuma atividade é oferecida, e ainda não podem sair dali para algum passeio nem mesmo em outros espaços do hospital, muitas vezes alguns fogem apenas para dar uma volta e já retornam ao hospital. Um dos adolescentes entrevistado disse que nas últimas três semanas houve uma fuga e outra tentativa. [...] Uma questão que favorece a participação de alguns jovens com dedicação a estas atividades, diz respeito ao fato de que quanto mais participação houver nas atividades, maior a chance de ir embora do hospital: “quanto mais participar das atividades, mais fácil ir embora” (sic). (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 378).

Na UHTAD onde trabalhamos, a oferta de atividades ou atendimentos em grupo é alvo de grandes debates, seja na enfermaria de adultos ou na de adolescentes. Uma das discussões gira em torno do imperativo de se “manter os pacientes sempre ocupados”, há uma perspectiva de que pacientes ociosos podem ocasionar problemas devido a notória falta de ofertas de lazer no cotidiano do estabelecimento. A necessidade de se ofertar grande quantidade de atividades cria outra dificuldade: o que oferecer aos adolescentes internados? Frequentemente os trabalhadores se sentem compelidos a criar ofertas de tratamento, o que proporciona uma deturpação dos objetivos das atividades, com queda de qualidade no que é ofertado. Por consequência, são produzidos oficinas e grupos sem sentido para os adolescentes, práticas desconectadas das realidades ou demandas de sofrimento dos internos. A morosidade da RAPS em se articular para recepcionar o adolescente após sua alta e a manutenção de internações compulsórias, sem critério, dificultam ainda mais a situação dos atendimentos, atividades e organização de rotina de uma enfermaria. Afinal, o que oferecer para adolescentes que não apresentam demanda de tratamento em saúde?

Como proposta de alguns membros da equipe de referência responsável pelos adolescentes na UHTAD – nas quais intercedemos e das quais participamos – foram criadas as chamadas Ambiências e os Grupos de Organização da semana. Acreditamos que ofertar uma rotina estática, rígida e sem alterações pode interferir negativamente na evolução do tratamento dos adolescentes, ao ignorar suas singularidades. Com esta definição em mente, ofertamos Ambiências, que seriam momentos de contato e de interação dos adolescentes com os trabalhadores e entre eles mesmos, nos quais não tínhamos propostas à priori para serem realizadas, mas nas quais mantivemos uma escuta atenta para uma livre-associação dos adolescentes e suas demandas.

A partir da fala livre dos internos, procuramos instrumentalizar atendimentos direcionados às demandas apresentadas. As Ambiências também tinham como objetivo a diminuição dos efeitos institucionalizadores da internação, uma vez que constituíam momentos com oferta de músicas, jogos e interação social ao ar livre, fora da enfermaria, realizadas muitas vezes fora do hospital, a exemplo de jogos e das atividades esportivas.

Outra proposta semelhante, e que tinha por objetivo oferecer atendimentos conectados com as demandas e singularidades dos adolescentes, foi a realização do chamado Grupo de Organização da semana. Neste atendimento, em que participam todos os internos e todos os trabalhadores da enfermaria, era realizado momento de livre escuta para os adolescentes. A partir do que era exposto, era definido em conjunto como seria a rotina e as atividades que seriam realizadas naquela semana.

Um exemplo de um dos Grupos de Organização: em determinada semana, os internos desejavam comer lanches no final de semana, x-bacon salada e coca-cola, combinação de muito sucesso entre os adolescentes. Para tal, seria necessário dinheiro – que não era disponibilizado pela UHTAD – e para providenciá-lo planejou-se realizar uma oficina de culinária em que todos, adolescentes e trabalhadores, iriam produzir doces para serem vendidos, dentro do próprio estabelecimento, para a outros trabalhadores e visitantes. Enquanto os trabalhadores ficariam responsáveis em adquirir os ingredientes para produção de doces – geralmente financiado com dinheiro dos próprios trabalhadores –, os adolescentes se comprometeram a manter uma boa interação entre eles durante a semana e participar de forma mais assídua das oficinas de educação física, nas quais havia baixa participação por aquele grupo

de adolescentes especificamente. Apesar dos diversos desafios vivenciados durante aquela semana, foi possível obter uma melhora na interação entre os adolescentes, além da participação deles na confecção e venda dos doces produzidos, garantindo o dinheiro necessário para comprar a alimentação desejada no início da semana. Todos os adolescentes agradeceram a compra dos lanches e ficaram muito satisfeitos com a refeição, em um momento de interação de bom humor entre adolescentes e trabalhadores. Em todas estas pactuações, e em outras ofertas de atendimentos, intercedemos para que os adolescentes não fossem obrigados a participar, caracterizando o processo de arregimentação descrito por Goffman (2015) e se decidissem não participar, que não fossem “punidos” de forma alguma.

Outra questão primordial levantada pelo RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019) diz respeito ao momento da alta hospitalar e ao processo de reinserção social, no trato infanto-juvenil. Neste campo, o documento chama a atenção à inexistência de encaminhamento implicado⁸², tendo em vista:

i) a incipiência de estratégias conjuntas, entre a equipe dos hospitais e a rede de atenção extra-hospitalar em saúde, para alta responsável e continuidade do cuidado territorial; e ii) a ausência de ações integradas com os serviços e recursos comunitários da rede intersetorial, tão importantes para o efetivo suporte ao desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 382).

Na UHTAD, a continuidade do tratamento, após a alta, sempre foi uma característica importante do trabalho da equipe, sendo as pactuações com a RAPS do território do adolescente era um fator determinante para sua alta da internação. Infelizmente, notamos com frequência o despreparo, a falta de recursos e até certa resistência de alguns trabalhadores da RAPS quanto a dar continuidade ao processo de acompanhamento do adolescente, o que ocasionava um prolongamento das internações. Eram frequentes os embates da equipe da UHTAD com trabalhadores de outros estabelecimentos da RAPS, no sentido de garantir que houvesse a continuidade da Atenção após a alta, através da elaboração de relatórios

⁸² No documento “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 12), o conceito de encaminhamento implicado “exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, se responsabilize pelo estabelecimento de um endereço (direção/rumo) para a demanda, acompanhe o caso até seu novo destino. Muitas vezes, o serviço que encaminha tem de fazer um trabalho com o estabelecimento para o qual o caso é encaminhado, que consiste em discutir as próprias condições de atendimento do caso”.

informativos, estudos de caso, contatos e reuniões com trabalhadores, que permitiam acompanhar o desenrolar do atendimento.

5.2.5 O direito de utilização das próprias roupas e o direito à posse de objetos pessoais

Uma das características mais marcantes no processo de internação é a padronização dos sujeitos internos⁸³. É comum nestes espaços a perda de acesso aos pertences e objetos pessoais, que, somado com a restrição de liberdade e de autonomia, produzem efeitos de subjetivação totalitários promovendo uma desconexão do sujeito com elementos que compõem sua subjetividade e singularidade.

Retomamos à CF (BRASIL, 1988, artigo 5º, X) que indica como “invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”. Também referente a este tema, o ECA (BRASIL, 1990) assegura o direito a “preservação da imagem” (artigo 17) e, no que diz respeito à indicação das medidas de proteção, ao contrário do que pretende o discurso que privilegia a estratégia da internação psiquiátrica, a lei também garante o direito à privacidade: “a promoção dos direitos e proteção da criança e do adolescente deve ser efetuada no respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da sua vida privada” (BRASIL, 1990, artigo 100, parágrafo único, V).

Quanto à posse de objetos pessoais e ao uso das próprias roupas, também é resguardado o direito à privacidade e ao bem estar aos adolescentes, como podemos perceber pelas Regras das Nações Unidas para Proteção de Jovens Privados de Liberdade:

A posse de objetos pessoais é um elemento básico do direito à privacidade e é essencial ao bem-estar psicológico do adolescente. O direito de os

⁸³ Goffman (2015) denominou de processos de mortificação do “eu” um conjunto de estratégias institucionais que passam a operar quando um sujeito é internado num estabelecimento total: a) as barreiras impostas entre o internado e o mundo externo; b) processos de admissão, com a preparação da pasta ou arquivo pessoal; c) testes de obediência para conseguir a cooperação inicial do novato; d) despojamento dos bens, emprego, carreira; e) exposições contaminadoras físicas, sociais e psicológicas (apelidos, gozações).

adolescentes possuírem objetos pessoais e disporem de lugares adequados para os guardar deve ser integralmente reconhecido e respeitado [...] (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1990, Regra 35).

Na medida do possível, os adolescentes devem ter o direito a usar as suas próprias roupas. Os estabelecimentos devem assegurar que cada adolescente tenha roupa pessoal adequada ao clima e suficiente para manter em bom estado de saúde e que, de modo algum, seja degradante ou humilhante. Os adolescentes que saiam do estabelecimento ou que, por qualquer razão sejam autorizados a abandoná-lo, devem ser autorizados a usar as suas próprias roupas (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1990, Regra 36).

Nas inspeções realizadas pelo RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 387), apenas um HP permitia posse de objetos pessoais, com “dormitórios coletivos [...] com dois armários por quarto e com prateleiras individualizadas para uso”. Nos demais, haviam privações de diversas ordens, tais como: proibição de manter quaisquer pertences pessoais mínimos, como uso de chinelos, observado em casos que os internos estavam descalços.

Além da violação do direito à manutenção de pertences pessoais, o RINHPB verificou a hegemonia de padronização nas roupas, com consequente descaracterização da singularidade, aspecto bastante valorizado pelos adolescentes. Como justificativa, alguns estabelecimentos referem que a falta de garantia destes direitos se deve a razões institucionais que visam o controle e proteção, evitando riscos e “situações de conflito” ou risco de suicídio. Tais problemas são evidenciados pelos relatos a seguir:

[...] os adolescentes não dispõem de armários para guardar seus pertences, tão pouco utilizam roupas individualizadas, mas sim, uniformes do hospital. O diretor clínico do hospital relatou que aboliram a roupa individualizada porque os adolescentes faziam trocas que incomodavam os pais e geravam conflitos. [...] Todos utilizam roupas padronizadas, inclusive cuecas, e materiais de higiene disponibilizados pelo hospital. Os adolescentes relataram possuir, no máximo, foto ou Bíblia consigo. Os usuários não podem utilizar tênis, de modo a todos calçar chinelos. Em questionamento, funcionários justificaram a medida como preventiva às tentativas de suicídio por meio do uso do cadarço, bem como para evitar o uso do tênis como artefato para heteroagressão. Os adolescentes afirmaram o descontentamento com o uso exclusivo de chinelo, indicando que “não gostam” ou que “o pé fica gelado” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 388).

No estabelecimento onde atuamos os adolescentes têm seus pertences pessoais trancados no início da internação, sendo devolvidos somente no momento

da alta. É permitido somente a “permanência” – em um armário de acesso somente dos trabalhadores – de alguns poucos produtos de higiene – como detalhado nos Anexos 1, 2 e 3 – que são guardados no posto de enfermagem, e de uso submetido à obtenção de permissão de um trabalhador do estabelecimento. Qualquer objeto obtido ou produzido durante a internação, a exemplo de objeto ganho no bingo ou produção em alguma oficina, será mantido junto ao posto de enfermagem, liberado apenas quando trabalhadores permitirem. O sujeito internado vivencia um intenso processo de infantilização social e de tutela irrestrita por parte da equipe técnica.

Segundo a inspeção do RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019), as vestimentas utilizadas pelos adolescentes internados são, em sua maioria, coletivas, ou seja, são padronizadas, adquiridas por doações ou confeccionadas no hospital, como se pode notar em um HP:

Na Unidade Masculina Adolescentes Dependência Química, as roupas que usam são fornecidas pelo Hospital. São roupas padronizadas, pois são todas muito parecidas. Na data da visita, os adolescentes estavam usando short e camiseta. Os adolescentes não são autorizados a ficar com nenhum objeto pessoal durante a internação, com exceção de chinelo e tênis. Os tênis ficam guardados num almoxarifado e somente são entregues a eles para realização de atividades no âmbito externo e no momento da alta. [...] de acordo com a diretora da unidade [...] os tênis e chinelos são guardados neste espaço “para não misturar e não causar conflito”. Os chinelos são utilizados diariamente. Não havia ninguém descalço. Os adolescentes não ficam com nenhum objeto pessoal e, por isso, não há armário destinado a guardar dos referidos objetos. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 388)

Na UHTAD as vestimentas são todas coletivas, adquiridas pelo hospital por meio de doações ou disponibilizadas pelo próprio hospital, sendo proibido o uso de vestimentas próprias, com exceção das roupas íntimas, blusas para frio e par de sapatos. A escolha de roupas causa certo descontentamento aos adolescentes, uma vez que a maior parte das peças de vestuário são de péssima qualidade ou não são de numeração adequada. Diante da baixa oferta de vestimentas em algumas épocas, os adolescentes precisam utilizar fitas adesivas e barbantes para ajustar a peça de roupa, como uma calça larga, por exemplo. A justificativa para a manutenção desta organização é estrutural, visando à eficiência institucional, pois a lavagem de roupas é feita no HM do qual a UHTAD faz parte, e no processo de higienização, se corre o risco de haver perda de peças de roupas. Já a manutenção e higienização das peças mantidas na enfermaria são de responsabilidade dos adolescentes e dos familiares. Esta organização também se justifica como mais uma

forma de restrição que os trabalhadores têm o poder de impor aos adolescentes, evitando que eles vistam roupas justas ou muito curtas.

Organização semelhante ao da UHTAD foi encontrada em um estabelecimento inspecionado na região Sul do país pelo RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019), que não permite uso de roupas próprias pelas crianças e adolescentes internados, limitando a oferta de vestimentas a aquelas adquiridas por meio de doação ou de uniformes comprados para tal fim. Segundo relataram os inspetores deste hospital, a utilização de roupas próprias era inviabilizada devido à dificuldade de higienização, que seria de obrigação dos familiares dos adolescentes.

Na UHTAD onde atuamos, foi decidido pela nova gestão institucional que tomou posse no início do ano de 2020, que os internos iriam utilizar somente uniforme institucional, cujo formato estava sendo escolhido, buscando um modelo humanizado. Alertamos que uma Atenção humanizada envolve o respeito e a consideração pelos hábitos e gostos dos sujeitos. Apesar de suas boas intenções, trabalhadores e gestores estariam se orientando por práticas normativas e homogeneizadoras, ao decidir por um uniforme institucional que deveria ser utilizado pelos adolescentes internados. Novamente, a lógica institucional se revela avessa à singularidade (BENELLI, 2015).

Entendemos que o aspecto segregacionista destes estabelecimentos consiste numa característica predominante de um modelo de Atenção que oferta aos sujeitos práticas assujeitadoras e normativas, traços típicos dos antigos manicômios que se revelam ainda hegemônicos neste campo. Essa constatação corrobora nossa hipótese de que as inovações RPb e da Atenção Psicossocial ainda não foram efetivadas na realidade cotidiana dos estabelecimentos de internação na área da Saúde Mental.

5.2.6 O direito ao lazer

O lazer como um direito a ser garantido é pouco valorizado no cotidiano da Atenção aos adolescentes que estão em tratamento em regime de internação. O ECA preconiza o direito ao lazer em todo e qualquer lugar, inclusive, no interior de um estabelecimento de internação para tratamento em saúde. Contudo, a garantia deste direito não foi constatada nas inspeções dos HPs.

Pressupomos que atividades de lazer contribuem para o desenvolvimento de adolescentes, garantindo saúde e diferenciando-o, portanto, da perspectiva do lazer como um dispositivo para “passar o tempo”. Nesse propósito, destacamos alguns relatos sobre os estabelecimentos inspecionados pelo RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 390):

[...] a documentação apresentada indica a realização de atividades de lazer por meio de filmes selecionados pela equipe, esportes, jogos de mesa e vídeo-game. A unidade conta com [...] área externa com quadra poliesportiva, orelhão com acesso controlado e mesa de ping-pong.

Em outro estabelecimento, o projeto institucional previa a realização de passeios extra-hospitalares, de caráter educacional, com frequência pré-definida para algumas atividades e outras ofertadas “com alguma frequência” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 390). Segundo o RINHPB, os adolescentes não se identificavam com os passeios oferecidos. Já em um hospital do estado do Paraná, os adolescentes “são orientados a assistir TV” (p. 391) como parte da rotina institucional de lazer, sendo que entre as refeições do período da tarde, havia outras ofertas de atividades esportivas e recreativas. Contudo, os adolescentes entrevistados “não mencionaram participar de passeios, tão pouco estarem envolvidos em outras atividades de lazer, cultura ou de escolarização” (p. 391).

Na UHTAD onde trabalhamos notamos poucas ofertas estruturadas de lazer disponibilizadas aos adolescentes, as atividades são, em sua maioria, direcionadas ao tratamento. Alguns trabalhadores indicavam a necessidade de ofertar atendimentos constantes aos adolescentes, apresentando uma perspectiva contrária ao lazer. Segundo estes trabalhadores, adolescentes ociosos “dão problemas à instituição”.

A rotina da enfermaria de adolescentes envolvia momentos livres, geralmente entre as atividades coletivas e as refeições, cujo objetivo visava proporcionar tempo aos trabalhadores para a realização de outras ações, tais como preenchimento de prontuários, atendimentos individuais, reuniões, etc. Nestes momentos, os adolescentes eram obrigados a permanecerem trancados na enfermaria, com acesso a TV, rádio e DVD – estes dois últimos aparelhos eletrônicos foram disponibilizados pela equipe de trabalhadores, por meio de doação – ou a possibilidade de desenhar em folhas impressas pela equipe, geralmente com desenhos de mandalas. As músicas eram um tema de constante embate e

intervenção da equipe de trabalhadores, uma vez que é a preferência da maioria dos adolescentes internos era pelos gêneros de rap e funk nacionais. A perspectiva moralista e o preconceito da equipe de trabalhadores aflorava e os gêneros musicais, produto da representação cultural popular, eram alvo de críticas. Alguns trabalhadores comentavam que “ouvir funk deixava estas meninas sexualizadas!”, ou também “não vamos deixar estas meninas ouvirem funk não, só falam de baixaria e sexo”.

Em intercessão realizada por nós e por outros trabalhadores de nossa equipe, procuramos estabelecer mais momentos de oferta de lazer e práticas esportivas aos adolescentes com propostas estruturadas e também como oferta de tratamento. Uma destas propostas consistiu em ampliar os momentos livres, mantemos contato com os adolescentes na área externa a enfermaria. Também procuramos promover passeios, atividades culinárias, proporcionar acesso à música, desenvolver atividades com jogos ou Rodas de Conversa. Buscamos articular essas ofertas aos desejos e pedidos dos adolescentes. Não interferíamos na escolha dos gêneros musicais, os adolescentes escolhiam as músicas de suas preferências. Às vezes utilizávamos de um aparelho celular particular dos profissionais, uma vez que a UHTAD não disponibilizava acesso a internet ou a outros recursos de acesso a músicas. Muitas vezes sugerimos Rodas de Conversa para discussão das letras das músicas, fazendo uma análise das músicas com os adolescentes. As Ambiências que buscamos promover eram motivos de debate entre os trabalhadores da equipe, sendo que alguns trabalhadores criticam a iniciativa.

Em um dos HPs inspecionados pelo RINHPB, os adolescentes utilizavam as áreas livres, no entanto não havia atividades de lazer direcionadas, nem proposição de passeios externos a esse público. Nesse mesmo hospital, os passeios externos não eram escolhidos pelos adolescentes, sendo “condicionados ao bom comportamento, se uma falhar na conduta, não acontece o passeio” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 392). Esse cenário aponta para um padrão constante de ociosidade ou restrição de atividades de lazer aos adolescentes “[...] os adolescentes estavam sem nenhuma atividade a não ser assistir televisão ou algum entretenimento proposto pelas técnicas de enfermagem” (p. 392).

Na UHTAD as tentativas de realização de passeios envolviam jogos e caminhadas na área externa ao estabelecimento hospitalar, uma vez que não havia recursos institucionais para tais ações. A equipe de referência responsável pelos

adolescentes já havia realizado passeios externos como: ida ao cinema, passeio no shopping municipal, participação em eventos culturais municipais e visitas à zoológicos – realizadas com adolescentes internados e em tratamento no ambulatório infanto-juvenil. Todavia, estes passeios foram providenciados com o transporte e o dinheiro dos próprios trabalhadores da equipe, sendo que os custos dos ingressos da visita ao zoológico foram pagos com a venda de doces produzidos em oficinas de culinária, realizadas em conjunto com os adolescentes.

Segundo o artigo 16 do ECA, o “brincar, praticar esportes e divertir-se” fundamentam o irrenunciável direito fundamental à liberdade (BRASIL 1990). Com a falta de ofertas⁸⁴ de qualidade no campo do lazer, os hospitais inspecionados também violam o direito à liberdade dos adolescentes.

5.2.7 - Direitos sexuais e o direito ao respeito à identidade de gênero

No campo dos direitos sexuais e reprodutivos, há diversos documentos legais nacionais e internacionais⁸⁵ que orientam as práticas de Atenção a ser oferecidas a adolescentes. Segundo o Marco Teórico e Referencial “Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens” (BRASIL, 2007), a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos dessa população é uma questão de direitos humanos e propicia o pleno exercício do direito fundamental à saúde. O documento traz as seguintes recomendações:

1. Construção e implementação de ações que assegurem a ampliação do conhecimento sobre corpo, sexualidade e saúde por adolescentes e jovens, com vistas a maior autonomia e vivência da sexualidade de forma segura, prazerosa e saudável, em todos os níveis de atenção, e com o envolvimento

⁸⁴ Referente a ofertas de instrumentos para o lazer e brincadeiras, a portaria n. 2.261, de 23 de novembro de 2005, do Ministério da Saúde, impõe e regulamenta a criação de brinquedotecas nos estabelecimentos pediátricos que funcionam em regime de internação, as quais não foram verificadas nos hospitais psiquiátricos inspecionados pelo RINPHB.

⁸⁵ Durante o século XX, referente aos direitos sexuais e direitos reprodutivos, instâncias das Nações Unidas organizaram grandes conferências. A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento de 1994, no Cairo, foi relevante para o tema do direito a sexualidade, uma vez que incluiu os direitos reprodutivos dos adolescentes, resultando na produção de um relatório final, que traz, dentre outras, algumas recomendações pertinentes: “a. Encorajamento de um comportamento reprodutivo responsável e saudável; b. Que os programas e atitudes dos agentes de saúde não limitem o acesso das(os) adolescentes aos serviços e informações de que necessitam; c. Que os serviços resguardecem o direito das(os) adolescentes à privacidade, confidencialidade, respeito e consentimento expresso; d. Respeitem os valores culturais e crenças religiosas, bem como os direitos, deveres e responsabilidades dos pais; e. Garantam mecanismos voltados para responder às necessidades peculiares dessa população [...]” (BRASIL, 2007, p. 35).

dos diversos sujeitos – gestores nacionais, estaduais, municipais e sociedade civil organizada.

2. Integração com outras políticas sociais na promoção da qualidade de vida e da construção de projetos de vida saudáveis, incluindo o lazer, os desportos, as atividades culturais, a educação e o trabalho.

3. Integração com outras instituições sociais na promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, como a família e escola, e outros espaços comunitários, fundamentais de para socialização, crescimento e formação de valores, com respeito à autonomia e aos direitos sexuais e direitos reprodutivos.

4. Produção de conhecimento sobre a vivência da sexualidade de adolescentes e jovens homossexuais, de ambos os sexos, e de suas necessidades específicas de saúde; e implementação de ações para garantir a atenção à saúde sexual destes grupos (BRASIL, 2007, p. 47).

Contudo, as inspeções realizadas nos HPs brasileiros encontraram modos um tanto contrários ao norteamento legal e a garantia de direitos, seja no trato às questões da sexualidade, seja no campo da identidade de gênero⁸⁶. As práticas realizadas pelos profissionais revelam posicionamentos calcados na proibição e contenção da sexualidade, como é possível perceber no relato a seguir:

A sexualidade é totalmente negada e proibida na instituição. Está expressamente proibida relações sexuais e visitas íntimas, por esse motivo não se fornece preservativos para as pessoas internadas, mesmo sendo informado que há muitas pessoas com DST. Segundo funcionárias se há manifestação desse tipo de afeto (beijo por exemplo) os funcionários chamam a atenção. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p 397).

O caráter proibitivo quanto à sexualidade foi averiguado em outro estabelecimento em que uma trabalhadora, em tons ameaçadores, havia proibido “ficar ou namorar na instituição, estando os adolescentes sujeitos a advertências” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 397). O relatório de inspeção em um HP localizado no estado de Minas Gerais permitiu constatar que “não há oferta de preservativos, e a questão da sexualidade permanece como tabu entre os trabalhadores” (p. 397).

Em nosso ambiente institucional de trabalho, notamos muitas semelhanças com os fatos levantados no RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019). Isto implica dizer que na UHTAD qualquer ato sexual era rigorosamente proibido, com risco de alta e expulsão do paciente adulto. A medida se estendia aos

⁸⁶ Alguns operadores centrais da Análise Institucional para o estudo dos estabelecimentos institucionais são denominados de analisadores institucionais, incluindo o controle do poder (quem manda, quem obedece); o controle do conhecimento (saber, pesquisa); o controle do dinheiro; o controle do uso do tempo; o controle da sexualidade (BENELLI, 2020d).

adolescentes e qualquer demonstração afetiva, amorosa ou indicativa de desejo sexual era reprimida. Alguns trabalhadores da equipe solicitavam à psiquiatria que ajustasse a medicação com o objetivo de “diminuir a libido” dos jovens internados. Aparentemente, tal sugestão não seria restrita apenas ao nosso cotidiano institucional, pois, segundo o RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 414):

Foi relatado pelo enfermeiro da Equipe que quando os pacientes se masturbam eles são medicados para que isso não ocorra, já que segundo o mesmo “aqui é para outros fins e não para se relacionar ou para isso”, indicando assim uma contenção química para que a masturbação e as relações sexuais não aconteçam.

As situações de trocas de carícias, toques ou qualquer ato que indicasse desejo sexual, eram proibidos e impedidos na UHTAD por meio de ações coercitivas tais como separar de quartos ou manter os adolescentes restritos nos quartos por algumas horas. Nos momentos de escuta dos adolescentes era raro discutir as situações e os casos de demonstração e vivência de sexualidade na internação, com exceção dos grupos nos quais era tematizada a promoção de hábitos saudáveis, com a apresentação de informações referentes às doenças sexualmente transmissíveis. A demonstração de desejos sexuais era algo constante na rotina da UHTAD, principalmente entre adolescentes e adultos internos, com tentativas de manutenção de contatos através de cartas, sinais à distância ou de conversas durante atendimentos realizados em comum. Notamos pouca oferta de escuta aos adolescentes, ainda mais porque verificamos uma postura de responsabilização, por parte de alguns trabalhadores, em especial, das adolescentes femininas, como sendo culpadas pelo início ou manutenção de tentativas de contato amoroso com os adultos.

Problemas relacionados com a identidade de gênero também foram encontrados, dado que se verificou que faltava às equipes de trabalhadores informações adequadas quanto ao horizonte normativo e técnico no cuidado com o público LGBTQI. Segundo o RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019), os trabalhadores das equipes de saúde proporcionavam um trato inadequado a esta população, mesmo quando supostamente visavam a sua proteção:

Encontramos os adolescentes trancados no quarto da enfermaria, o que foi questionado junto à profissional de enfermagem, sem retorno. Um dos

adolescentes estava dormindo, outro relatou que dorme na enfermaria por motivação protetiva em razão da sua orientação sexual [...]. Este adolescente contou a equipe que preferia dormir nessa unidade, onde se sentiria mais protegido (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 398).

Não foram identificadas pelo RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019) quaisquer ações relativas à saúde sexual e reprodutiva, ou questões relacionadas à diversidade sexual e de gênero:

Não há articulação do hospital com equipamentos comunitários. Não constam no PTI ações voltadas para a especificidade do público LGBT, o que foi confirmado pela direção. A equipe relatou que há muita discriminação entre os adolescentes. Os próprios adolescentes se mostraram rígidos quanto a não aceitação da diversidade, fatos esses que se faz estranhar a falta de um projeto conscientizador. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 398).

O documento do RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019) destaca posturas segregacionistas no âmbito das internações, observados arranjos que evidenciavam a separação dos sujeitos homossexuais dos demais, com a justificativa de que seu intuito era evitar situações de violências, redobrando os processos de institucionalização e de exclusão social para os sujeitos homossexuais. Os trabalhadores que adotavam esta perspectiva estavam agindo contra a garantia de direitos, como percebido em um hospital no estado de Minas Gerais:

no que tange à identidade de gênero, a direção do hospital afirma que há uma separação do grupo que se identifica com orientação homossexual e que os horários de almoço e janta são organizados em momentos distintos do restante do grupo com identidade heterossexual para que “não haja mobilização demasiada” do grupo” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 399).

Em outro hospital inspecionado, assumiu-se a possibilidade de práticas sexuais heterossexuais, porém eram incisivamente coibidas quaisquer manifestações homoafetivas, sexuais ou não, uma vez que “não havia ações voltadas para o público LGBT” (p. 399) e “não é permitido qualquer contato homossexual” (p. 399).

Ainda sobre a questão de gênero, destacamos que na UHTAD onde atuamos não havia nenhuma normativa, indicação de tratamento diferenciado, ou

informações referentes ao campo da identidade de gênero, mesmo que tendo havido um aumento de internos homossexuais e transexuais nos últimos anos. Na falta de informações e direcionamento institucional, os trabalhadores chegam a questionar para qual das enfermarias deveriam direcionar o sujeito LGBTQI, e não havia unanimidade na utilização ou não, do nome social de um interno transsexual, por exemplo. No trato com estes internos, presenciamos os discursos moralistas, de cunho religioso e psicologizante, indicando, por exemplo, que a identidade de gênero de um adolescente teria sido causada por uma situação de abuso sexual ocorrido na infância. Outros trabalhadores, sem quaisquer referenciais, se baseiam no senso comum: “mas é normal ser assim?”, ao se referirem a um adolescente transexual. Ao longo dos anos nos quais atuamos na UHTAD, nenhum treinamento ou capacitação foi oferecida aos trabalhadores, visando informá-los acerca dos direitos a sujeitos LGBTQI, mesmo sendo requisitada diversas vezes. O RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019) concluiu que era grave a situação da Atenção ofertada no campo da sexualidade de adolescentes internados, destacando:

Essas(es) jovens estão, portanto, sob a autoridade de instituições que lhes negam – por vezes, com punição – a livre manifestação de seus desejos e o exercício de seus direitos. Ao mesmo passo, as mesmas instituições impõem aos jovens a manifestação de performances heteronormativas. Essa dupla coerção evidencia um conjunto de condutas de inafastável violação de direitos humanos [...]. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019 p. 399).

5.2.8 A medicação excessiva e a contenção mecânica/física

As práticas disciplinares com fins de castigo ou punição são heranças históricas dos HPs brasileiros, mediados por códigos e aparatos normativos que promovem a exclusão do indivíduo do território por meio de sua sequestração, incluindo-os em estabelecimentos de internação fechados e totalitários, nos quais realizam sua gestão institucional.

Com intuito de alterar essa lógica de cuidado travestido como controle e suas consequentes ofertas de Atenção, o ECA estabelece que a liberdade e a dignidade são condições para o exercício de todos os direitos fundamentais (BRASIL, 1990). Em seu artigo 15, o ECA inclui o direito ao respeito, formando a tríade de direitos à

liberdade, ao respeito e à dignidade, exigindo que crianças e adolescentes devam estar a salvo de “de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor” (BRASIL, 1990, art. 15).

Infelizmente notamos que o ciclo de violências institucionais e rompimento destes direitos básicos e vitais é constante, tanto nas práticas, quanto na organização estrutural de HPs brasileiros. Vejamos algumas situações descritivas destas violações de direitos, relatadas no RINHPB:

Quando da chegada ao local, adentrou-se nos quartos, e notou-se que em um deles havia porta reforçada com ferro e tranca pelo lado de fora. Segundo os profissionais presentes, aquele quarto era a Unidade de Cuidados Especiais (UCE), que servia para observar o comportamento dos adolescentes quando estes estavam em crise ou com algum problema de saúde que necessitasse observação da equipe profissional [...]. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 407).

Aparentemente, esse equipamento institucional que consistia numa espécie de “solitária”⁸⁷, foi apresentado como um instrumento de cuidados aos adolescentes. Contudo, os adolescentes internos relataram que eram submetidos às típicas práticas de disciplina, coerção ou de punição que haviam sido repaginadas no cotidiano dos estabelecimentos de internação e justificadas como sendo uma oferta de “cuidado”. Era possível medicar um adolescente rebelde mantê-lo em um “quarto para castigo, e que iria pra lá quem aprontasse” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 407).

É evidente o rompimento dos direitos à liberdade e ao respeito, com grave exposição a contextos desumanos, violentos, aterrorizantes, vexatórios e constrangedores⁸⁸. A lei brasileira de Inclusão à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2008, art. 5º) é clara, ao definir que, em especial, crianças e adolescentes serão protegidas(os) “de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante”.

O artigo 16 da CDPD (BRASIL, 2008) é muito pertinente ao propor que:

⁸⁷ Nos estabelecimentos prisionais, a cela solitária, ou simplesmente solitária, é um equipamento institucional que permite uma forma especial de punição no qual o detento pode ser encarcerado numa cela individual e isolado de qualquer contato humano, muitas vezes com exceção de membros do pessoal do presídio. As regras internas da prisão estipulam as infrações que podem conduzir um prisioneiro para a solitária. A prisão como instituição total constitui um microcosmo institucional que possui seu microtribunal penal interno e sua prisão, que é a solitária (BENELLI, 2015).

⁸⁸ Goffman denominou tais violações de processos de mortificação do “eu”. Ver nota de rodapé 71, nessa dissertação.

os Estados-Parte adotarão leis e políticas efetivas, inclusive legislação e políticas voltadas para mulheres e crianças, a fim de assegurar que os casos de exploração, violência e abuso contra pessoas com deficiência sejam identificados, investigados e, caso necessário, julgados (BRASIL, 2008, artigo 16, ponto 5).

Uma prática típica das internações psiquiátricas, que são históricas e que persistem nas internações hospitalares, é a contenção mecânica/contenção física. Esta prática é orientada pelas determinações objetivas da resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n. 2057, de 2013 e resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n. 427, de 2012. As resoluções oficiais condicionam a decisão quanto ao uso da contenção física à prescrição médica e à presença de enfermeiro supervisor, quando fora do ambiente de urgência, além de exigirem registro nos prontuários e notificação imediata aos familiares.

As duas normativas de n. 2057 de 2013 e de n. 427 de 2012 são categóricas quanto à proibição da realização de contenção física para fins de castigos, correção, punição ou finalidade disciplinar. Entretanto, é possível notar que estas práticas se mantêm hegemônicas no cotidiano dos HPs, rompendo com direitos humanos. Por meio da análise do RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019), concluímos que como as condições de trabalho das equipes são bastante precárias, com número reduzido de profissionais, isso propicia a adoção de práticas de contenção mecânica com formas que destoam dos propósitos legalmente estabelecidos, com risco de cometer violência contra os adolescentes internos:

Durante o momento da inspeção, uma adolescente de dezessete anos chegou em surto, trazida pelo SAMU e foi contida mecanicamente, por uma técnica em enfermagem, de forma inadequada e sem a prescrição médica (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 411).

Diante do risco da administração de altas doses de medicamentos em contenções mecânicas/físicas, o CONANDA, na resolução n. 177, de 11 de dezembro de 2015, orienta que:

Os órgãos e entidades que integram o Sistema de Garantia de Direitos deverão prevenir a ocorrência de violação dos direitos da criança e do adolescente decorrentes da excessiva medicalização, tendo como ações, dentre outras, a promoção de campanhas educativas e debates para a divulgação do direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de excessiva medicalização (BRASIL, 2015, Art. 4º).

Na contramão dessa diretriz, se percebe, para além do uso indevido da contenção mecânica, a utilização de prescrição medicamentosa, visando contenção de adolescentes internos, conforme destacado pelo RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 413):

De acordo com os adolescentes, “qualquer coisa, já vêm com injeção”. [...] Durante a visita observamos outro adolescente visivelmente dopado, que necessitou de ajuda de um colega para se levantar na quadra poliesportiva, pois estava bastante sonolento, com a fala desconexa, e pouco tempo depois estava dormindo. O tratamento medicamentoso foi, em geral, visto como excessivo.

Destoando do que relatou o RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019), notamos que a UHTAD na qual atuamos se destaca positivamente e que nos foi possível contribuir com esta realidade. No diz respeito às práticas de medicação e prescrição de contenção mecânica, sua realização ocorre de acordo com o recomendado pelos norteamentos legais, com renovação de treinamento e capacitação de trabalhadores.

Anteriormente à nossa atuação na enfermaria de adolescentes e a realização desta intercessão-pesquisa, também nesse estabelecimento, duas situações eram problemáticas: uma delas se refere ao baixo número de profissionais para a realização de abordagens que exigem contenção mecânica. Era muito comum que a equipe de trabalhadores de saúde precisasse do auxílio dos trabalhadores responsáveis pela Segurança de Patrimônio. Isso é contraditório, pois os agentes de segurança são proibidos de realizar contato ou abordagens com pacientes e não tinham treinamento técnico para manejo de pacientes que apresentem casos mais graves de desorganização psíquica. Em outros casos, comumente a Guarda Municipal era chamada para auxiliar na aplicação de contenção mecânica, devido à dificuldade da equipe técnica em lidar com algum caso que apresente risco aos trabalhadores da UHTAD. Entretanto, durante a realização desta intercessão-pesquisa, fomos informados de que a frequência da realização de contenções mecânicas em adolescentes havia diminuído exponencialmente, em comparação a estes períodos anteriores à nossa atuação com adolescentes, em que as contenções mecânicas eram comuns. Uma vez cientes de referenciais legais, éticos e técnicos, sempre optamos por abordagens voltadas ao vínculo e ao respeito aos

adolescentes, evitando assim, situações de maiores sofrimentos e impasses por parte dos adolescentes internados que poderiam ocasionar em contenções mecânicas.

Outro ponto a ser destacado é que alguns trabalhadores do UHTAD adotam atitudes muito rígidas e realizam práticas coercitivas com os adolescentes. Esse comportamento autoritário e rude dos técnicos causavam enfrentamentos e atritos constantes com os adolescentes que revidavam, ocasionando situações de agressões aos trabalhadores que, por sua vez, realizavam um grande número de contenções mecânicas. É preciso considerar que a toda ação corresponde uma reação. Após muitas discussões com as equipes de referência da UTHAD, houve um certo reposicionamento dos trabalhadores da equipe. Procuramos participar desses debates, com base na ética da Atenção Psicossocial e seu Paradigma correlato. Tais esforços proporcionaram mudanças graduais no trato e manejo dos trabalhadores com os adolescentes internos, com consequente diminuição das contenções mecânicas em adolescentes internos no UHTAD. Contudo, percebemos as práticas de medicalização e contenção mecânica, como forma de coerção e submissão comportamental, ainda são uma proposta constante por alguns trabalhadores do UHTAD, mais avessos e resistentes às práticas de tratamento humanizadas.

Finalizando este capítulo, é importante realizarmos uma problematização sobre as práticas ofertadas nos estabelecimentos de tratamento via internação e o alinhamento destas práticas com as políticas públicas brasileiras.

O enigma de que a lei não é respeitada no contexto dos estabelecimentos de internação institucional em geral e também na UHTAD podem encontrar algum equacionamento a partir das análises de Foucault sobre os impasses que caracterizam as relações entre *disciplinas* e o *direito*:

Enquanto os sistemas jurídicos qualificam os sujeitos de direito, segundo normas universais, as disciplinas caracterizam, classificam, especializam; distribuem ao longo de uma escala, repartem em torno de uma norma, hierarquizam os indivíduos em relação uns aos outros, e, levando ao limite, desqualificam e invalidam. De qualquer modo, no espaço e durante o tempo em que exercem seu controle e fazem funcionar as assimetrias de seu poder, elas efetuam uma suspensão, nunca total, mas também nunca anulada, do direito. Por regular e institucional que seja, a disciplina, em seu mecanismo, é um “contradireito” (FOUCAULT, 2013, p. 246).

O panoptismo que caracteriza a sociedade moderna, suas instituições e estabelecimentos, operando no plano arquitetônico, teórico, técnico, ético e político, permite compreender que as relações do direito com as práticas institucionais são complexas e paradoxais:

E se o juridismo universal da sociedade moderna parece fixar limites ao exercício dos poderes, seu panoptismo difundido em toda parte faz funcionar, ao arripio do direito, uma maquinaria ao mesmo tempo imensa e minúscula que sustenta, reforça, multiplica a assimetria dos poderes e torna vãos os limites que lhe foram traçados. As disciplinas ínfimas, os panoptismos de todos os dias podem muito bem estar abaixo do nível de emergência dos grandes aparelhos e das grandes lutas políticas. Elas foram, na genealogia da sociedade moderna, com a dominação de classe que a atravessa, a contrapartida política das normas jurídicas segundo as quais era redistribuído o poder. Daí sem dúvida a importância que se dá há tanto tempo aos pequenos processos da disciplina, a essas espertezas à-toa que ela inventou, ou ainda aos saberes que lhe emprestam uma face confessável; daí o receio de se desfazer delas se não lhes encontramos substituto; daí a afirmação de que estão no próprio fundamento da sociedade, e de seu equilíbrio, enquanto são uma série de mecanismos para desequilibrar definitivamente e em toda parte as relações de poder; daí o fato de nos obstinarmos a fazê-las passar pela forma humilde mas concreta de qualquer moral, enquanto elas são um feixe de técnicas físico-políticas (FOUCAULT, 2013, p. 246).

Pelo que trocar as disciplinas? Como cuidar sem controlar, considerando a singularidade dos sujeitos? Apenas boa vontade e ingenuidade política desavisada, clamando pelo cumprimento da lei e das normas não parecem ser muito adequadas. E muito menos se trata de culpabilizar os trabalhadores dos estabelecimentos, pois “ninguém pode dar o que não tem!”⁸⁹ A práxis de um trabalhador psicossocial consiste em tentar driblar e subverter tanto as disciplinas quanto as estratégias de controle.

Informado, avisado e precavido, o trabalhador intercessor não age de modo onipotente nem sucumbe à impotência, mantendo sua lucidez e localização ética, focada no esforço pela construção de práticas sociais coletivas transformadoras e de produção social e coletiva da cidadania (BENELLI, 2020c, p. 167).

⁸⁹ Comunicação oral ouvida em uma sessão de orientação, enunciada pelo Dr. Sílvio José Benelli.

CAPÍTULO 6: AS INTERCESSÕES DE UM TRABALHADOR PSICOSSOCIAL

Se a psicanálise [...] é capaz de fornecer ajuda aqueles que sofrem em sua luta para atender às exigências da civilização, esse auxílio deveria ser acessível também à grande multidão, demasiado pobre para reembolsar um analista por seu laborioso trabalho. Isso parece constituir uma necessidade social, particularmente em nossos tempos (FREUD, 1923, p. 357).

Até mesmo a saída do discurso capitalista. O que não constituirá um progresso se for apenas para alguns (LACAN, 1973, p. 34).

Partindo da nossa posição como trabalhadores, diante das problemáticas apresentadas em nossa jornada de intercessão-pesquisa, desejamos produzir um saber-experiência. Realizadas as análises e produções de saberes nos capítulos anteriores, tomamos como necessário apresentar um conjunto de situações advindas da práxis cotidiana, intercedida junto aos demais, trabalhadores e adolescentes⁹⁰ consumidores de AD, que compõe a UHTAD e que estão conosco no dia a dia. As intercessões expostas a seguir são fruto das experiências de retorno à práxis diante do saber produzido junto à Universidade, por meio do DI. As falas apresentadas neste capítulo foram registradas em nosso Diário de Intercessão, falas estas coletadas por trabalhadores e adolescentes dentro do período de seis meses, com consentimento, por meio de assinatura de TCLE. Vamos a elas.

6.1 A RECEPÇÃO DE ADOLESCENTES

É comum termos uma devolutiva acerca da dificuldade de vinculação de adolescentes aos estabelecimentos de saúde: “eles não comparecem”, referem alguns trabalhadores que atuam com este público. Diante desta dificuldade, levantamos o questionamento: como recepcionar um adolescente em um tratamento de Saúde Mental diante do seu consumo de AD?

Analisando as falas dos adolescentes percebemos uma fonte inesgotável de abordagens de pouca efetividade, como em uma situação descrita por uma

⁹⁰ Nas vinhetas e falas dos adolescentes, nos utilizamos de nomes fictícios para preservar a identidades dos participantes, dentre eles adolescentes internados e adolescentes em tratamento ambulatorial – mesmo que muitos dos adolescentes atendidos no ambulatório também foram internados em algum momento. Também optamos por descrever suas idades e a raça de cada jovem, apontando o racismo estrutural e a luta de classes como questões essenciais para a leitura do campo de adolescentes consumidores de AD.

adolescente, que fazia questão de só realizar tratamento ambulatorial no UHTAD, se negando a comparecer em outros estabelecimentos de saúde, mesmo quando foi convocada a comparecer em um outro estabelecimento por indicação judicial, para uma avaliação⁹¹:

- O juiz mandou eu ir lá passar em consulta. Fiquei uma hora esperando, já estava me irritando. Aí, me chamam pra consulta, numa sala com um monte de gente que eu nunca vi, dizendo pra eu falar da minha vida. Eu não sou obrigada a falar da minha vida pra ninguém! (adolescente Taiga, 16 anos, negra).

Em nossa práxis na oferta de Atenção ambulatorial no UHTAD, era comum a convocação judicial para comparecimento em consulta, visando avaliação de critérios para tratamento ambulatorial ou via internação. A obrigatoriedade em comparecer a uma consulta em saúde não nos parece uma prática que auxilie o desenvolvimento da autonomia de um adolescente, prática contrária as ações recomendadas pela CDC:

os Estados-Parte reconhecem que a criança com deficiência física ou mental deverá desfrutar de uma vida plena e decente em condições que garantam sua dignidade, favoreçam sua autonomia e facilitem sua participação ativa na comunidade (BRASIL, 1990, artigo 23, 1).

Questionamos essa conduta de se obrigar uma adolescente a fazer consultas diagnósticas forçadas, sendo que ela já estava em tratamento. Essa exigência arbitrária parece estar orientada pela lógica dos Códigos de Mello de Matos e o de Menores de 1979, nos quais predominava o exercício de um controle social, do assujeitamento e de práticas de saúde obrigatórias, culminando em internações (COIMBRA; AYRES, 2009). Com a promulgação do ECA, houve uma mudança radical destas premissas, considerando que os adolescentes são sujeitos autônomos, portadores de capacidade de escolha e passíveis de responsabilização, apesar de isso não os tornam independentes dos adultos, sejam estes familiares, pessoas da comunidade, sociedade em geral e/ou o Poder público (BRASIL, 2014).

Muitos adolescentes com os quais realizamos escuta e ofertamos Atenção demonstravam resistência para comparecer em determinados estabelecimentos,

⁹¹ Este caso chama a atenção devido à falta de comunicação entre o sistema judiciário e os estabelecimentos de saúde que compõem a RAPS. A adolescente em questão já estava em tratamento ambulatorial no UHTAD, há meses, e mesmo assim foi convocada judicialmente a comparecer em um outro estabelecimento de saúde para uma avaliação.

devido a forma que eram abordados pelos trabalhadores de saúde. Um exemplo disto era a imposição da abstinência como objetivo do tratamento por parte dos trabalhadores, com o que os adolescentes não concordavam facilmente. Sabemos que “as posturas extremas, como impor o tratamento e exigir abstinência, e todas as mudanças de conduta [...] são igualmente equivocadas e improdutivas” (BRASIL, 2012, p. 73), contudo, segundo os próprios adolescentes, métodos autoritários são bastante comuns, tanto nos estabelecimentos de saúde, como nos socioassistenciais.

Recordamos de um adolescente que foi trazido pelo Conselho Tutelar municipal para uma consulta ambulatorial na UHTAD, com encaminhamento via determinação judicial, tendo em vista a sua resistência em comparecer à consulta diagnóstica voluntariamente. Ele se recusava veementemente a adentrar no recinto da UHTAD e, claramente irritado, permaneceu na escada frontal, ocasionando certo alvoroço na entrada do estabelecimento. Diante dessa atitude resistente do adolescente realizamos o acolhimento na escada mesmo, apesar da eminente chuva que se anunciava. Deixamos claro que não o forçaríamos a fazer nem dizer nada que não quisesse, mas que gostaríamos de conhecê-lo e ouvi-lo. Tendo começado assim esse diálogo, o adolescente permitiu que nos mantivéssemos na escada com ele, embora mantivesse certa distância. Nessa escuta, o adolescente relatou sobre o constrangimento que representava para ele ser obrigado a comparecer numa consulta em um local que, segundo lhe haviam dito, se “internavam adolescentes que usam drogas”. Certamente ele temia pelo pior: ser internado à força. Permitindo gradativamente nossa aproximação, o adolescente iniciou um relato, contando sobre seu histórico de abandono familiar e acusação de consumo de AD, coisa que afirmava que não fazia. Disse que somente realizava consumo de maconha, que isso lhe mantinha mais calmo. Ao decorrer do tempo desse processo de acolhimento, fomos nos aproximando do adolescente, buscando refúgio da chuva, até sentarmo-nos lado-a-lado, na porta do estabelecimento. Já mais calmo e receptivo a nossa presença, ele percebeu que nossa oferta de escuta e diálogo não era orientada pelos temas da obrigação, tão pouco pelo da abstinência.

Entendemos que o consumo de AD, por parte de adolescentes considerados em situação de vulnerabilidade social, como era o caso desse adolescente, se constitui como um modo para lidar problemas muito complexos e causadores de

grandes sofrimentos, tais como as situações de desigualdade social, falta de acesso à escola, situações de exposição à violência, questões pessoais de ordem emocional, entre outros motivos. Tudo isso pode gerar muito sofrimento e pode se articular uma demanda de escuta e de oferta de Atenção. Pautados pela Psicanálise do campo de Freud-Lacan e orientados pelos horizontes do PPS, buscamos auxiliar esse adolescente a tecer sua própria narrativa, de modo que ele possa apresentar sua demanda de tratamento do sofrimento, do abandono sofrido, da falta de afetividade familiar, da pobreza, além das acusações de consumo abusivo de cocaína e crack. No final do acolhimento, o adolescente aceitou realizar o Teste Toxicológico urinário, o qual indicou consumo somente de maconha, atestando o relato descrito pelo adolescente, que já se apresentava mais receptivo e até bem humorado. Ele tinha 13 anos na época.

É quase desnecessário escrever que um atendimento hostil, preconceituoso, truculento, certamente iria produzir efeitos proporcionais e consequentes. A mudança de atitude por parte do adolescente durante o acolhimento resultou de nossa postura acolhedora calma, não moralista, dialogante e paciente. Não é à toa que a psicanálise considera que a resistência é sempre do analista: “Existe apenas uma resistência, é a resistência do analista. O analista resiste quando não entende com o que ele tem de lidar” (LACAN (1997, p. 287). É preciso se relacionar com o adolescente enquanto um sujeito.

Norteados também pelo ECA, consideramos o adolescente como um sujeito de direitos, sendo nossa responsabilidade oferecer-lhe uma escuta singular e sigilosa. Tal manejo da acolhida e da escuta pode abrir a possibilidade de encaminhar um tratamento que não pode ser prescritivo ou meramente burocrático, mas sim singularizado, estimulando o desenvolvimento do adolescente (BRASIL, 2005). Alinhados com essa lógica do ECA, nos posicionamos como trabalhadores a partir da ética da Atenção Psicossocial, testemunhamos como a prática de livre escuta pode possibilitar que um adolescente de 13 anos expresse alguma demanda quanto ao seu sofrimento. Foi por isso que pedimos a permissão do adolescente para estar em sua presença e demonstramos interesse em ouvir o que ele tinha a dizer, para que juntos pudéssemos definir as possibilidades de um possível tratamento, ou seja, norteados por sua demanda, não por discursos proibicionistas. A resistência deste adolescente era consequência de um conjunto de ofertas que lhe foram feitas – ou teriam sido impostas a ele? – indicativas de práticas características

do PPHM tais como costumam evidenciar as falas de trabalhadores que buscam assujeitar adolescentes por meio de abordagens rígidas, prescritivas, com repreensões morais, exigindo obediência e a abstinência total de AD.

No contexto institucional da UHTAD chama a atenção como os posicionamentos impositivos de alguns trabalhadores da RAPS produzem mais sofrimento e resistência nos adolescentes para os quais ofertamos nossa escuta.

Recordamos o caso de um outro adolescente, também trazido de modo forçado para a UHTAD para uma consulta ambulatorial. Ao ser chamado para a consulta, ele estava sozinho na área de espera, evidentemente irritado e adentrou a sala com uma postura hostil. Ao me apresentar, destacamos o interesse em ouvi-lo e conhecê-lo para assim averiguar se havia demanda para um tratamento ou não. O adolescente, sem dirigir o olhar a nós, nada respondeu. Ao perguntar se ele desejava falar algo e como era para ele a situação de ser trazido obrigado, o mesmo respondeu com certa hostilidade: “Não quero estar aqui nesta bosta e não vou falar nada pra ninguém!”. Minha resposta, respeitando o desejo e a raiva justa do adolescente, claramente o desconcertou em sua posição combativa: “Ok, tudo bem”.

Neste momento o adolescente nos dirigiu um olhar surpreso por não estar sendo forçado a nada. Em seguida, foi requisitado que ele permanecesse à sala de espera enquanto seria realizada uma breve abordagem com o familiar acompanhante – que havia deixado o adolescente sozinho na sala de espera, antes da consulta – e que após isso, ele seria liberado. Pontuamos sobre a obrigação de ter que dar uma devolutiva para a requisição judicial. Nesta, seria descrito que o seu desejo em não realizar a consulta foi respeitado. O adolescente concordou que este seria o conteúdo do relatório a ser enviado ao judiciário. Ainda na sala de espera, oferecemos uma refeição para o adolescente – que sempre é disponibilizada para adolescentes que comparecessem às consultas – que foi aceita de bom grado. Poucos minutos após terminar a refeição, o adolescente me abordou: “Viu, vamos lá conversar então”.

O mesmo adolescente, que antes se mostrara hostil e resistente a qualquer abordagem, se emocionou ao falar sobre as diversas situações de violência vivenciadas e da sua irritação diante da constante acusação que seus pais lhe faziam quanto ao consumo de diversas drogas, que dizia não fazer. Em razão de sua irritabilidade contínua, ele era constantemente criticado por fazer consumo de cocaína e/ou crack e de estar envolvido com o tráfico de drogas. Diante de todas as

queixas apresentadas pelos seus familiares, a que mais lhe incomodava eram as abordagens de alguns trabalhadores do território, tanto da ESF quanto do CRAS. Ao final da consulta, ofertamos ao adolescente a possibilidade de realizar um exame toxicológico rápido para esclarecer as coisas quanto às acusações referentes ao consumo de drogas. O adolescente aceitou prontamente realizar o exame, que apresentou resultado negativo para todas as drogas.

Ao final, ele perguntou se poderia ficar com o exame para ele, alegando: “Vou esfregar na cara daquelas mulheres”, se referindo as trabalhadoras de um estabelecimento assistencial do território, que constantemente o acusavam de consumo de drogas. O resultado do exame foi entregue ao adolescente, e em seguida realizamos uma escuta ao seu acompanhante. No relatório devolutivo ao judiciário, referimos que não havíamos encontrado indícios de consumo de AD e ressaltamos a importância de fossem realizadas escutas por meio de abordagens acolhedoras, de modo a garantir a participação do adolescente no processo de atendimento, caso lhe fosse ofertado algum tipo de tratamento.

Esse exemplo é uma alerta, pois mesmo com as mudanças impostas pelas normativas legais vigentes, tais como o ECA, estabelecido há mais de 30 anos, além outras legislações pertinentes, ainda persiste o embate de lógicas no campo da Atenção aos adolescentes consumidores – ou não – de AD. O atendimento que o adolescente havia recebido, anterior a nossa escuta, ainda seria norteado pelos Códigos Mello de Mattos e pelo Código de Menores, com práticas embasadas pela ideia de controle social, com perspectivas de manutenção da ordem social, caracterizando adolescentes com “comportamentos desviantes”. O adolescente havia sido tratado como um objeto de intervenção, sem autonomia ou direito a uma escuta qualificada, ao que respondeu por meio de um posicionamento desafiador, sendo alvo de ações repressivas do Estado (BRASIL, 2014). Nosso posicionamento, alinhado ao ECA, reconhece que crianças e adolescentes são pessoas em desenvolvimento, portanto, devem usufruir do direito a se desenvolver em sua plenitude, sendo que as ações rígidas de controle são contrárias a esta perspectiva.

A denúncia feita por diversos adolescentes demonstra o tamanho do abuso da autoridade ao serem tratados ou acusados, indevidamente, por um suposto consumo de AD e/ou vinculação ao tráfico de drogas, fatos demasiado comuns nos seus cotidianos. Problematicando tais práticas, nos amparamos em Ferreira (2017), que considera que os estabelecimentos que ofertam Atenção à adolescentes

costumam ser atravessados por diversos discursos, três deles comumente utilizados para categorizar o adolescente consumidor de AD: 1. o discurso moral; 2. o discurso patologizante; e 3. o discurso da periculosidade.

Conforme podemos perceber por meio do testemunho dos adolescentes, eles evidenciam a presença destes discursos em suas experiências de atendimento institucional, o que, vale salientar, ocasiona efeitos negativos no campo da Atenção em saúde para os consumidores de AD. O resultado consiste na postura resistente dos sujeitos adolescentes, com a recusa a comparecer a estes estabelecimentos, uma vez que pressupõem que receberão um tratamento opressivo por parte dos trabalhadores. Temos a ciência que a avaliação diagnóstica de adolescentes que fazem consumo de AD é desafiadora, devido à fase peculiar de desenvolvimento em que se encontram, que inclui experimentações diversas que são de grande importância no seu engajamento sociocultural em grupos sociais que possuem seus códigos e signos próprios (BRASIL, 2014; COUTINHO, 2009). E exatamente por conhecer tais desafios que consideramos como necessário que seja realizada uma avaliação contextualizada e singular, não somente de sobre um possível consumo de drogas, mas da relação que se estabelece com o objeto-droga. Para tal, estamos de acordo que:

Os serviços de saúde mental infanto-juvenis, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental, devem 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 (BRASIL, 2014, p. 27).

Contudo, mesmo que procuramos ofertar uma Atenção amparada nos preceitos do ECA e pelo PPS, não podemos afirmar que na UHTAD este Modo de Produção de Atenção seja hegemônico entre os trabalhadores, tanto nos atendimentos ambulatoriais, quanto no tratamento por meio da internação. Além do cotidiano institucional, essa constatação também pode ser feita por meio do documento intitulado “regras e rotinas da enfermagem de adolescente” (ANEXOS 1, 2 e 3), consistindo num cartaz que é apresentado para os adolescentes recém-

internados, recepcionando-os. O documento começa com algumas perguntas espantosas, cujo tom parece ir subindo gradualmente:

*“Você perdeu o controle da droga? Está em risco ou tendo prejuízos? Sua família não consegue mandar em você? Não está indo para a escola? Não tem rotina? O que aconteceu com você? A culpa é de quem? **Você está internado? Por quê? SE ESTÁ INTERNADO TEM QUE SEGUIR AS REGRAS DO UHTAD!!!**”* (ANEXOS 1, 2 e 3)

Essa transcrição literal do documento, com negrito e 3 pontos de exclamação são indicativos do caráter ostensivo contido na apresentação das regras e, já de início, impõe ao adolescente recém internado um possível conjunto de aspectos desta internação:

1. A responsabilização total do adolescente – *“você perdeu o controle da droga? Não está indo para a escola? Não tem rotina?”* Acreditamos que um tratamento baseado na internação com estas características rompe com direitos básicos de crianças e adolescentes, dentre eles, o direito a dignidade, direito garantido constitucionalmente. Por isso repetimos intencionalmente o art. 227 da CF, que estabelece:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à Cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

2. A desconsideração dos componentes psíquicos e sociais que envolvem o consumo de AD – *“você perdeu o controle da droga? Está em risco ou tendo prejuízos? Não tem rotina?”*. Os elementos expostos no cartaz da UHTAD negam as dimensões subjetivas e sociais que estão incluídas em um tratamento/internação para adolescentes consumidores de AD, e que, por sua vez, é uma determinação do Ministério da Saúde:

conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar, em todo o processo, a condição da criança ou do adolescente como sujeito de direitos e de responsabilidades, o que deve ser tomado tanto em sua dimensão subjetiva quanto social (BRASIL, 2005, p. 16).

3. O caráter normatizador e assujeitador da internação – “SE ESTÁ INTERNADO TEM QUE SEGUIR AS REGRAS DO UHTAD!!!”. O informe, exposto em letras garrafais, denota o caráter de repressão desse discurso. Caráter também verificado em outro item do documento, quando da recepção aos adolescentes recém-internos na UHTAD. Há fortes indícios de que a liberdade de se expressar do adolescente em tratamento seja ameaçada, ao negar a autonomia e a possibilidade de escolha que um adolescente tem de realizar, ou não, um exame toxicológico, logo no início do tratamento: “*Se recusar fazer o teste urinário multidroga? Entendemos que pode ser positivo para todas as substâncias*”. Compreendemos que as frases em destaque rompem com direitos fundamentais garantidos aos adolescentes, como podemos perceber no ECA, em seu artigo 15, em que está explícito o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, exigindo que crianças e adolescentes devam estar a salvo “de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor” (BRASIL, 1990, art. 15).

O documento utilizado pela UHTAD indica a oferta de um tratamento em saúde que se opõe a lógica proposta pelo ECA e, em contrapartida, se orienta pela lógica de controle social: “*PROIBIDO DESACATAR FUNCIONÁRIO E/OU AGREDIR CONTRA PATRIMÔNIO PÚBLICO OU DESRESPEITO COM OUTRO PACIENTE NA ENFERMARIA*”. Chama a atenção o termo “desacato”, constantemente utilizado no Código Penal brasileiro por meio da locução “desacato a autoridade”. O “PROFISSIONAL” assume o posto de autoridade, detentor do saber e da ordem, parecendo realmente ocupar o lugar de representante do Estado. Notamos como as práticas penais-sanitaristas apresentadas por Assis (2012) são comuns no contexto da UHTAD, não somente instrumentalizada pelo Poder Público, mas por trabalhadores do estabelecimento, ao ofertarem práticas que objetivam o controle social de adolescentes ditos “difíceis”.

Salientamos também que o modo de tratamento dado aos problemas corriqueiros, e incluindo a necessidade de contato físico e a sexualidade são controlados por meio de proibições. Isso aparece descrito no documento, em sua terceira página, no item *CONTATOS*: “*Não é permitido qualquer contato com enfermaria adulto ou entre enfermarias de adolescentes, exceto em atividades terapêuticas com supervisão. O CONTATO FÍSICO COM OUTRO INTERNO,*

PASSÍVEL DE ADVERTÊNCIA E ABERTURA DE B.O.!!!!!!”. O tom ameaçador é notório, ora pela indicação de uma prática legal-punitiva, como a abertura de um boletim de ocorrência, ora pelo uso de letras garrafais, acompanhado de sete exclamações, para evidenciar a norma. Podemos considerar que as práticas penais-sanitaristas também descritas por Reis (2012) seriam constantes no campo de Atenção a adolescentes consumidores de AD, encontradas inclusive no estabelecimento onde atuamos.

No que diz respeito ao campo da sexualidade, constatamos o rompimento de direitos básicos, descritos no Marco Teórico e Referencial “Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens” (BRASIL, 2007), que recomenda a diversos atores da sociedade civil organizada e em todos os níveis de atenção em saúde, a construção e implementação de ações voltados à ampliação do conhecimento do adolescente sobre sua sexualidade, corpo e saúde. O objetivo destas ações sugeridas é estimular vivência da sexualidade com mais autonomia, de forma segura, saudável e prazerosa, contrapondo as práticas moralistas e recriminatórias da vivência da sexualidade.

O discurso ameaçador e criminalizante exposto em formato de regras e normas, indicam o descumprimento do ECA em seus valores fundamentais. Em oposição radical aos Códigos de Mello Matos e o de Menores, segundo os quais a sociedade deveria ser protegida de adolescentes que manifestassem “comportamentos perigosos”, por meio da punição e exclusão social e da sua sequestração em estabelecimentos correcionais de privação de liberdade, o ECA responsabiliza todos os atores sociais a oferecerem condições de vida, de qualidade e de proteção às crianças e adolescentes. Fazem parte destes atores sociais os trabalhadores do campo da Atenção aos adolescentes consumidores de AD, que devem abordar um adolescente visando a garantia de ofertas de desenvolvimento e não pautado por lógicas policiais.

Esta forma autoritária e repressiva de receber um adolescente, enquanto práticas de cuidado próprias do PPHM, deve ser subvertida e enfrentada por meio de trabalhadores de um novo tipo (PERICO, 2014). De modo particular, em nossa atuação, procuramos receber os adolescentes vindos para tratamento, tanto para a internação quanto ambulatorial, pautados pelos preceitos do ECA e guiados pelo horizonte do PPS. Como TI inseridos neste campo de atenção, procuramos receber respeitosamente os adolescentes. No período de finalização desta

intercessão-pesquisa, procuramos discutir tais práticas de recepção hostis com nossos colegas de trabalho na UHTAD, problematizando esse modo de apresentar as regras e normas do estabelecimento. Além disso, tomamos a iniciativa de elaborar novas propostas de normas e rotinas no estabelecimento onde atuamos, embasada nas normativas legais alinhadas à garantia de direitos⁹².

6.2 A CONDUÇÃO DO TRATAMENTO

Abordamos nesse item, sobre as formas de condução de tratamento com adolescentes consumidores de AD. Para isso, descrevemos algumas situações do cotidiano.

Iniciamos nossa práxis profissional na UHTAD em 2014, com a realização de alguns atendimentos com grupos de sujeitos internados. Um desses atendimentos grupais tinha como objetivo a apresentação e explicação das regras e do funcionamento do estabelecimento. Também procurava fazer uma breve escuta da demanda dos internos, procurando implicá-los no tratamento e informá-los das características do estabelecimento. O descumprimento das regras instituídas e suas possíveis consequências sempre constituiu um tema de discussão entre os trabalhadores da UHTAD e, pelo que percebemos, há uma demanda do estabelecimento em fazer o sujeito interno se adaptar as normas institucionais e participar “adequadamente” do que lhe é proposto.

Antes de ter acesso às discussões críticas que consideramos pertinentes, obtidas ao longo de anos de estudos e de formação, nós mesmos também apresentávamos aos adolescentes de forma severa as regras a serem seguidas, responsabilizando cada jovem por sua internação e pelas consequências caso não cumprissem o que estava determinado. Nesse sentido, nossas intervenções tinham como objetivo a adaptação comportamental dos adolescentes aos padrões e regras institucionais, de modo a também “adaptá-los” à sociedade, por meio da estabilização do seu quadro orgânico e consequente diagnóstico do sujeito como “apto” para sua alta. Após anos de práxis e aproximação com diversos referenciais

⁹² Propomos à gestão imediata e em seguida à equipe de trabalhadores a formação de uma comissão/grupo de estudos para realizar leituras sobre as políticas públicas vigentes e, partindo destas leituras, elaborarmos novos documentos de recepção a adolescentes e adultos, além da reformulação de todas as normas e rotinas do estabelecimento. Tal iniciativa terá início no fevereiro de 2021, momento em que esta dissertação já estará concluída.

teórico, técnicos, políticos e éticos críticos, de leituras e de estudos, bem como da possibilidade de realização desta intercessão-pesquisa, foi possível perceber que era necessário fazermos um reposicionamento teórico, técnico e principalmente, ético e político, para idealizar e desenvolver práticas Psicossociais na UHTAD.

No ano de 2020, quando olhamos para trás, percebemos que os atendimentos que realizávamos estavam alinhados a um Modo de Produção de Atenção típico dos estabelecimentos de internação manicomial, anteriores à RPb. Entendemos que a tentativa de produzir uma adaptação dos indivíduos internados às normativas institucionais e sociais correspondiam a uma demanda higienista que pretendia obter a cura dos supostos comportamentos desviantes dos indivíduos (AMARANTE, 1995; FOUCAULT, 1997). Algumas destas práticas ainda continuavam cotidianas na UHTAD, com evidente norteamo pelo discurso médico-centrado. Eram baseadas no ideal de saúde a partir da dualidade doença-cura, instrumentalizando práticas ditas terapêuticas orientadas pela primazia do saber médico, em detrimento de outros saberes (MARTINI, 2010). Não à toa, nós mesmos pautávamos nossa avaliação somente na realização de um “exame do estado mental” do adolescente, prática tipicamente psiquiátrica. Passados vários anos, em 2020 estamos atentos ao horizonte do PPS e procuramos questionar e subverter as abordagens disciplinares, assujeitadoras e objetificadoras que reduzem os sujeitos à passividade, tratando-os como “doentes”, pacientes, meros receptores das intervenções.

O nosso reposicionamento como intercessores nos permitiu ensaiar novas formas de operar na realização dos atendimentos em grupos. Vamos descrever dois exemplos disso a seguir.

A. As Rodas de Conversa: nesta oferta de atendimento, não propúnhamos um tema, a priori, nem havia um formato estruturado com tempo fixo pré-determinado. Mantivemos este encontro como uma possibilidade de se realizar uma escuta livre dos sujeitos, sendo que o “tema” ou o objetivo era trazido pelos próprios sujeitos adolescentes. Esta oferta possibilitou a realização de sessões nas quais os grupos de adolescentes tiveram a ocasião de abordar temas diversos. Numa das sessões, algumas adolescentes internadas requisitavam, a dias, a possibilidade de ouvir músicas funk na enfermaria. Até então, isso era proibido ou coibido por alguns trabalhadores da ala de adolescentes, devido a uma avaliação moralista das letras:

— *“estas músicas só falam de sexo e violência”* — diziam. A partir de uma proposta Psicossocial de atendimento em grupo foi possível ouvir as músicas e ler as letras delas, o que não apenas surpreendeu alguns trabalhadores — uma vez que perceberam o conteúdo crítico e militante de algumas das canções, coisa que não imaginavam que houvesse —, como também, as próprias adolescentes, que desconheciam com detalhes o conteúdo das composições. Com o tempo foi possível passar a fazer uma escolha coletiva das músicas que estariam disponíveis na enfermaria, contando com a participação e a conscientização das adolescentes sobre o que elas desejavam ou não escutar durante a internação: *“ah não, essa aqui é muito pesada, pode tirar”*.

Esta modalidade de atendimento é possível quando se está orientado pela Psicanálise, considerando que o seu escopo teórico-técnico e ético-político direciona a Atenção a ser ofertada através da escuta singular das demandas trazidas pelos sujeitos que sofrem, nos afastando de qualquer postura de mestre ou de um especialista que deseja tratar ou curar os sujeitos a revelia deles. Uma livre-escuta dos conteúdos trazidos pelas adolescentes nos fez perceber esta demanda, permitindo a abordagem deste tema, com participação de todos os adolescentes internos e também dos trabalhadores. Essa direção do tratamento se alinha aos norteamentos legais que indicam, em todo e qualquer processo de institucionalização/internação, o dever de garantir o respeito à diversidade, a não discriminação e proporcionar uma rotina nos estabelecimentos que garanta o respeito aos costumes, às tradições e à cultura de cada sujeito (BRASIL, 2011).

B. Realização de Ambiências: outra proposta que procuramos instrumentalizar como prática na enfermaria de adolescentes, da UHTAD, foram as Ambiências. Nosso objetivo era substituir as atividades realizadas pelos trabalhadores que atuavam com práticas pedagogizantes restritivas e normativas, que ocorriam em sua maioria na área interna da enfermaria. Com as Ambiências, propomos fazer várias atividades na área externa, coisa que era desejada pelos adolescentes, pois queriam estar ao ar livre. As Ambiências se constituíram como um modo de diminuir os efeitos da institucionalização/internação, promovendo um efeito diminuição do estresse. Adolescentes mais calmos também era algo que reduzia as situações de embates entre eles e os trabalhadores. Oferecer a oportunidade de Ambiência era também um meio de possibilitar a garantia de um direito básico, o lazer, alinhado ao artigo 16 do ECA, no qual o “brincar, praticar

esportes e divertir-se” é um direito fundamental à liberdade a toda criança e adolescente (BRASIL 1990, art. 16).

Pode parecer que se tratava, por um lado, de uma prática recreativa que, no limite, também era funcional para o bom andamento da dinâmica asilar que predominava na UHTAD. A objeção poderia ser que, apesar das nossas intenções mais críticas, estávamos colaborando para uma suposta melhoria possível das práticas de internação. O problema fundamental de cuidar sem controlar já é difícil de ser superado em outros arranjos institucionais mais abertos e, sobretudo, quando se atua numa instituição total o trabalhador está sempre com o desafio de auxiliar a minimizar os danos inerentes a um tratamento sem liberdade.

Nestas Ambiências, foi possível ofertar músicas – utilizando telefone celular e caixa de som dos trabalhadores, uma vez que a UHTAD não disponibilizava tais ferramentas – e inclusive jogos e passeios, sendo que a caminhada na parte externa da UHTAD era uma prática de grande sucesso entre os internos. Também realizamos piqueniques, oficinas de culinária, filmes – comprados com o dinheiro pessoal dos membros da equipe – dentre outras ofertas de lazer. Tais atividades teriam produzido um benefício significativo para os adolescentes, principalmente no que concerne à redução das reclamações quanto ao ócio, em especial nos períodos do dia em que eram obrigados a permanecer reclusos dentro da enfermaria. A ambiência também nos possibilitou empregar a livre escuta quanto às várias demandas que emergiam do sofrimento dos adolescentes que se mostram menos resistentes às intercessões e abordagens da equipe de trabalhadores. Uma modalidade de atendimento mais tradicional não produzia tais efeitos. A liberdade de dizer as coisas sem medo, por parte dos adolescentes no contexto das Ambiências, foi se intensificando:

- “Eu fumava uns XX baseados ao dia!” (adolescente Rebeca, 13 anos, parda).

- “Cé loko! Se eu fumasse tudo isso de maconha eu morria!” (adolescente Inácio, 17 anos, pardo).

Na Ambiência, situação em que tais conversas ocorreram, estavam reunidos os adolescentes internos e os trabalhadores, ocupando a área externa da enfermaria, com música ao fundo. Em determinado momento, os adolescentes começam a relatar o prazer que experimentavam no consumo de maconha,

relatando que isso servia como forma de relaxamento, diversão ou fuga de emoções e sentimentos desagradáveis. Durante esta Ambiência, a adolescente Rebeca revelou que o consumo diário que faz de maconha era tão intenso que até mesmo os outros adolescentes se mostraram espantados. A fala dos próprios adolescentes pode ter um efeito de formulação de demanda entre eles, sendo exatamente o que aconteceu no caso da adolescente que fazia um intenso consumo de maconha, que passou a se questionar sobre o seu consumo, a intensidade e as motivações para tal prática, o que possibilitou nossas intercessões e também a dos outros trabalhadores. A partir de momentos como estes, surgiu a proposta de um atendimento em grupo que teria como finalidade abordar o consumo de maconha, seus benefícios e malefícios, por exemplo. Um grupo proposto através da demanda trazida pelos próprios adolescentes apresentava mais possibilidade de efetividade e de participação dos adolescentes internos, uma vez que a realização da atividade não havia sido imposta pelos membros da equipe.

A oferta das Rodas de Conversa e das Ambiências, dentre tantas outras práticas que instrumentalizamos em nossa práxis como TI, foram possíveis a partir de um conjunto de características:

1. uma conceituação de saúde e de cura ampliada e dialética, compreendendo a produção de saúde atrelada à produção social e aos processos de subjetivação, alinhada com a ética e as práticas de Redução de Danos, focada na garantia de direitos e ao cuidado integral dos consumidores de AD;
2. uma organização entre os trabalhadores e seus saberes de forma transdisciplinar, proporcionando ações coletivas e integradas como Modo de Produção de Atenção;
3. o planejamento das ações a partir das demandas sociais trazidas pelos sujeitos, em uma relação horizontalizada baseada no vínculo, na implicação subjetiva, sociocultural e na coparticipação, auxiliando o adolescente em tratamento pelo consumo de AD a saber de si, sobre aquilo que lhe faz sofrer.

Outra situação que acreditamos que representa um exemplo de intercessões Psicossociais também merece destaque:

3. C. Vinheta clínica: as “atividades de quarta-feira”: Em determinado momento de nossa práxis, a direção da UHTAD iniciou uma parceria para ofertar propostas diferenciadas a um grupo de adolescentes em tratamento ambulatorial conjuntamente com adolescentes internados, e que aqui serão denominadas de “atividades de quarta-feira”. Esta parceria envolvia a colaboração de um grupo de

residentes multiprofissionais, que deveriam permanecer alguns meses na UHTAD, bem como alguns alunos de uma escola particular do município⁹³.

Todos os participantes, somados à equipe de trabalhadores da UHTAD deveriam comparecer as quartas-feiras à tarde para ofertar um conjunto de propostas aos adolescentes consumidores de AD que estivessem em tratamento ambulatorial ou na internação. Os adolescentes em tratamento ambulatorial eram todos do sexo masculino, com idade entre 14 a 16 anos, pobres, em sua maioria negros e pardos, estudantes em escolas públicas, e realizavam as atividades acompanhados por seus familiares, geralmente eram as mães ou os avós. Todos estes adolescentes eram considerados “de difícil manejo”, apresentando pouca vinculação ao tratamento, alguns faziam consumo de crack e outros estariam vinculados ao tráfico de drogas.

Todas as quartas, iniciando as 14:00hs nos organizávamos para realizar uma breve reunião de grupo na qual definíamos as atividades, fazíamos os acordos, combinávamos os horários e responsabilidades de cada um, para que assim, pudessemos começar as atividades. Entre os meninos, as partidas de futebol faziam sucesso, a maioria dos adolescentes que compareciam para o tratamento organizavam partidas com os adolescentes da escola. Já as meninas, junto com alguns meninos em tratamento, às vezes decidiam realizar atividades artísticas e laborais, tais como cultivar uma horta ou colorir o estabelecimento com pintura de paredes, vasos e etc. Em alguns dias, realizávamos Rodas de Conversa sobre um determinado tema decidido em comum. Tais temas eram trabalhados tanto coletivamente quanto por meio de atendimentos individuais que eram disponibilizados aos adolescentes que o requisitavam. Ao final das atividades, alguns adolescentes se reuniam com uma das residentes para fazer uma roda de música com violão, enquanto algumas adolescentes femininas observavam torcendo pelos adolescentes masculinos, que mesmo cansados de correr durante o jogo de futebol, pareciam mais dispostos do que antes, ao notar a torcida feminina.

⁹³ Pelo período de 3 meses, uma turma de uma escola particular do município realizou um estágio social, como disciplina obrigatória, em parceria com a UHTAD. Neste estágio, os alunos tiveram que realizar ações de voluntariado fora do ambiente escolar, o que, neste caso, consistia em comparecer na UHTAD uma vez na semana, onde permaneciam por 4 horas, desenvolvendo atividades em interação com os adolescentes internados e em tratamento ambulatorial. No geral, eram 15 alunos, masculinos e femininos, todos de raça branca, com idade média de 16 anos. Em nenhum momento durante o estágio foi questionado se estes alunos também realizavam consumo de alguma droga.

Um termo que, segundo nossa percepção, representava a condução destas atividades coletivas realizadas às quartas era o de “caos”, pensando nos três impossíveis freudianos: curar, educar e governar (FREUD, 1937). Além das constantes demandas dos adolescentes internados, dos jovens vindos da escola e dos que estavam em tratamento ambulatorial, havia o desafio de manejar a falta de materiais para a realização dessas práticas potencialmente Psicossociais. Também pontuamos os olhares recriminadores de alguns trabalhadores do estabelecimento, incomodados com o clima de agitação e de alvoroço, ou até com as nem tão discretas trocas de olhares e de toques entre alguns adolescentes de sexos opostos.

Acreditamos que estas atividades poderiam ser caracterizadas como práticas Psicossociais por diversos motivos, dentre estes:

- A participação cada vez mais constante dos familiares no tratamento dos adolescentes, que apresentavam diversas demandas relacionadas com seu sofrimento, com muitos benefícios trazidos pela escuta e por intercessões singularizantes. Com o passar do tempo, os familiares desenvolveram relações de amizade entre eles, compareciam coletivamente na UHTAD e organizavam refeições com alimentos trazidos por elas mesmas. Algumas diziam: “quarta é dia de grupo, já deixo marcado na agenda, não perco de jeito nenhum!”.
- A oferta de tratamentos que incluíam atividades culturais, esportivas e de lazer, que resultou num comparecimento assíduo dos adolescentes acompanhados ambulatorialmente, com o estabelecimento de ligações afetivas entre eles e com a formação de relações de amizade para além da UHTAD, até mesmo troca de contatos telefônicos e pelas redes sociais por meio do celular. Contudo, percebíamos que as atividades de lazer eram as mais demandadas, já os grupos não faziam tanto sucesso, seja com os adolescentes em tratamento ambulatorial, seja com os alunos da escola.
- Oferta de escuta para demandas apresentadas, relacionadas ao consumo que faziam de AD ou não, respeitando a participação e autonomia destes adolescentes que estavam em tratamento, que passaram a nos procurar cada vez mais com interesse em serem escutados sobre as diversas situações de sofrimento pelas quais passavam, tanto em suas vidas quanto na internação, local onde suas dores e angústias também eram intensificadas pela lógica asilar.
- A oferta do mesmo modo de lidar com adolescentes de diferentes raças e condições econômicas distintas, diminuindo a segregação social. Num determinado

momento em que alguns adolescentes da escola particular – todos da raça branca – foram abordados para permanecerem em silêncio em um grupo, os adolescentes – de diversas raças – consumidores de AD que realizavam tratamento ambulatorial disseram: “Ah! Então vocês também levam bronca!”.

- Oferta de internação de curto prazo. Alguns dos adolescentes que compareciam ao tratamento ambulatorial apresentaram demanda voluntária para a internação, em consequências de complicações trazidas pelo consumo de AD. Nestes casos, os adolescentes já estavam vinculados com a equipe de trabalhadores e com o estabelecimento, o que facilitava a condução das internações, caracterizando-se pela brevidade da sua duração, diferente daquelas nas quais os adolescentes ainda não tinham vínculos. Com internações de curta duração, os adolescentes já sabiam qual seria o dia em que deveriam retornar para as consultas, na quarta-feira seguinte.

Acreditamos que esse modo de oferta que denominamos de Psicossociais se alinham com a lógica do ECA, da garantia de direitos e do PPS. Tanto no tratamento ambulatorial quanto na internação, é possível seguir os princípios determinados pela excepcionalidade, caráter breve, preservação e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, garantia de acesso, respeito à diversidade e à não discriminação, oferta de atendimento personalizado e individualizado, garantia de liberdade de crença e religião, do respeito a autonomia (BRASIL, 2011).

Mesmo que os adolescentes que realizavam tratamento fossem de difícil manejo, estando muitos vinculados ao tráfico de drogas e também ao consumo de múltiplas drogas, na UHTAD foi possível desenvolver um tipo de trabalho que acreditamos que fosse mais singularizante. Os familiares alegavam que os adolescentes se recusavam a realizar tratamento em outro estabelecimento de saúde, com exceção desta unidade.

Meses após o encerramento do estágio com esta turma de alunos desta escola⁹⁴ e da dissolução daquele grupo de trabalhadores residentes, as “atividades de quarta-feira” deixaram de ser realizadas, devido à falta de recursos humanos e

⁹⁴ Para se encerrar a parceria desta escola particular com o UHTAD, foi realizado uma confraternização de “festa junina” na qual todos os adolescentes participaram, assim como os demais pacientes internados e seus familiares. Na semana seguinte, fomos à escola fazer um último contato com os adolescentes alunos que realizaram o estágio, para esclarecer possíveis dúvidas. Dentre os questionamentos dos adolescentes, nos chamaram a atenção à dúvida que apresentaram “se era realmente necessário internar adolescentes” ou o desconhecimento e a surpresa ao serem informados sobre o funcionamento da UHTAD como estabelecimento do SUS, percebido na fala “ah existe tratamento de saúde de graça? Mas qualquer um pode usar?”.

recursos materiais necessário para dar continuidade ao tratamento neste formato para aquele conjunto de adolescentes. A sobrecarga de trabalho que a condução destas atividades representava para um quadro de trabalhadores reduzido e a constante tentativas destes trabalhadores em suprir carências – de ofertas, recursos e baixo número de trabalhadores – foi também a causa do adoecimento de alguns dos trabalhadores da equipe.

Esta sobrecarga e as circunstâncias de trabalho cotidiano dos trabalhadores são temas importantes sobre os quais precisamos apresentar um conjunto de reflexões e análises que elaboramos sobre seus diversos aspectos.

É preciso considerar que num estabelecimento institucional fortemente manicomial, tanto em sua estrutura arquitetônica quanto pela lógica asilar que predomina no seu modo de funcionamento, um trabalhador que se pretenda intercessor e psicossocial possui poucas brechas potencialmente instituintes para ocupar e utilizar, visando à subversão do instituído. Há também o risco da permanente recuperação institucional e captura de práticas possivelmente instituintes, visando reforçar e potencializar a dinâmica hegemônica reprodutiva da ordem institucional.

Quanto ao fato recorrente de que alguns dos trabalhadores, por razões diversas, acabavam demonstrando uma solidariedade e envolvimento com as dificuldades vivenciadas pelos adolescentes no contexto da internação, o que se evidenciava em diversas situações nas quais os profissionais incidiam em práticas voluntárias que estavam bastante além das suas obrigações técnicas usuais. Se por um lado isso era benéfico para os adolescentes, o risco era de que os trabalhadores sobreimplicados suplementassem de modo precário as “carências” do estabelecimento que se deviam efetivamente a práticas estatais programáticas de desinvestimento na área da saúde, da Saúde Mental e da Atenção aos adolescentes que faziam uso de AD⁹⁵.

Podemos considerar que tais trabalhadores teriam adotado uma postura sobreimplicada que lhe acarretavam problemas institucionais⁹⁶. É certo que

⁹⁵ Os trabalhadores não eram informados sobre os recursos financeiros destinados a UHTAD ou sobre sua forma de utilização. Quando muito, discutia-se sobre os valores conseguidos pelos próprios trabalhadores e pacientes, por meio de venda de objetivos produzidos em oficinas de artesanato ou de marcenaria.

⁹⁶ Como exemplo, um trabalhador do estabelecimento procurava suprir a carência de ofertas institucionais quanto a atividades de lazer para os adolescentes. Isso se dava por meio de propostas de lazer como práticas rotineiras ou como a utilização de aparelhos do próprio trabalhador, como o

enquanto atores institucionais, todos estão sempre implicados, de um modo ou de outro⁹⁷. A Análise Institucional (BAREMBLLIT, 1996; COIMBRA; NASCIMENTO, 2007, 2008; MONCEAU, 2008; PINTO; HECKERT, 2017) nos permite distinguir o que se denomina “análise da implicação” e “sobreimplicação”:

[...] a implicação é um nó de relações sempre presente no campo de qualquer pesquisa-intervenção. O que interessa à Análise Institucional é a análise de implicações, as pertencas, as referências, as motivações, os investimentos libidinais sempre produzidos nos encontros, nas relações, na história. [...] a sobreimplicação é, ao contrário, uma dificuldade de análise [...] (COIMBRA; NASCIMENTO, 2007, p. 4).

A sobreimplicação inclui:

[...] as situações-limite no atendimento a uma enorme demanda, quando se forjam as urgências, as necessidades de se solucionar rápida e competentemente os casos que chegam até nós e a esses estabelecimentos. Apontaremos a presença de dois dispositivos que podem estar contribuindo para práticas de sobreimplicação: o acúmulo de tarefas e a produção de urgências. Ambos, em muitos momentos, impõem e naturalizam a necessidade de respostas rápidas e competentes tecnicamente, podendo estar afirmando, assim, um certo ativismo. Tal funcionamento atende com perfeição à lógica capitalista contemporânea, onde o tempo cada vez mais se comprime e se acelera, onde se naturaliza o modo de ser perito e onde a flexibilização das tarefas torna-se uma obrigatoriedade (COIMBRA; NASCIMENTO, 2007, p. 2).

O que faz um trabalhador sobreimplicado?

[...] O profissional sobreimplicado responde a uma demanda instituída, ocupa um lugar que lhe foi designado. Sua forma de perceber o que deve fazer no dia a dia se dá numa situação que produz urgência, ao mesmo tempo em que é atravessado pela ilusão participacionista, pela esperança depositada em seus ombros (COIMBRA; NASCIMENTO, 2007, p. 10).

Os integrantes da equipe de trabalhadores se mobilizavam para obter dinheiro e disponibilizar equipamentos de modo a poder desenvolver atividades interessantes com os adolescentes internados. O risco é que o atendimento da urgência, uma vez naturalizado por trabalhadores que “vestem a camisa” e resolvem os problemas com um “jeitinho” acabam por não perceber o essencial: a dimensão política que cria toda a realidade social e institucional na qual todos estão incluídos. É preciso atender as

uso do próprio celular para ofertar músicas aos adolescentes. Ambas as ações eram criticadas por outros trabalhadores, que indicavam tais ofertas como ações “pouco profissionais”.

⁹⁷ Há possibilidades éticas no trabalho institucional: ética da tutela, ética da interlocução, ética da ação social, ética do cuidado e ética do sujeito do inconsciente, que se desdobram em efeitos bem diferenciados. Sobre as éticas que predominam nas práticas dos trabalhadores da saúde e da Assistência Social, ver os trabalhos de Costa (1996); Costa-Rosa (2013, 2013) e Benelli (2014b, 2020c).

urgências, mas não se pode, por isso, descuidar do essencial, do plano estrutural que produz de modo contínuo, por meio de ações, omissões, descaso, negligência, imperícia e imprudência de muitos atores sociais, os estados de urgências que são insolúveis quando tomados individualmente. Problemas complexos exigem abordagens complexas para seu equacionamento. Os trabalhadores, além de “ajudar” os adolescentes também precisariam discutir a precariedade das condições de trabalho com os gestores da UHTAD, procurando superar as dificuldades orçamentárias e políticas.

6.3 A ABORDAGEM AOS ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE MACONHA⁹⁸

Trabalhador: Por que você acha que te trouxeram aqui?

Adolescente⁹⁹: Porque eu fumo maconha.

Trabalhador: E você acha que fumar te faz algum mal? Isso é um problema pra você?

Adolescente: Não.

Trabalhador: Você gosta?

Adolescente: De que?

Trabalhador: De fumar maconha?

Adolescente: ... ah eu gosto, não vou mentir.

Trabalhador: Me conta, por que você gosta?

Adolescente: Quando eu fumo eu relaxo, “dou risada”, me deixa mais calmo e não ‘discuto’ com minha mãe. Também me ajuda a dormir à noite. (adolescente Renato, 16 anos, negro).

Em outro momento da consulta:

T: Mas além de fumar maconha, o que mais você gosta de fazer?

A: Ah, sei lá... fico na rua com os amigos.

T: E o que de gostoso vocês fazem na rua?

A: Fumar maconha.

T: E o que mais?

A: Ah, só (adolescente Renato, 16 anos, negro).

As vinhetas acima são exemplos de falas um tanto comuns, por parte dos adolescentes que são trazidos para consultas ambulatoriais e em tratamento via internação. Estes jovens, em sua maioria, apresentam a preferência pelo consumo

⁹⁸ Neste tópico da dissertação, apresentaremos alguns casos de adolescentes e um consumo específico de maconha, enfatizando um consumo que pode apresentar um conjunto de problemáticas, não pelos efeitos da maconha em si, mas devido a um consumo em um contexto sociopolítico específico, no geral, de pobreza e exclusão social. Em nossa experiência, contudo, não acreditamos que todos os adolescentes façam um consumo de maconha prejudicial por si só, percebendo em muitos uma relação de cuidado e governo de si por meio do consumo desta substância. Não abordaremos esta perspectiva neste trabalho, mas recomendamos a leitura de Ribeiro (2016).

⁹⁹ Adolescente do sexo masculino, negro, 14 anos.

de maconha, com diversos propósitos, sendo demasiado comum o objetivo de se anestesiarem para lidar com as situações do cotidiano. Eles não apresentam a droga como causa do sofrimento, mas como alívio, para diminuir a irritabilidade e como auxílio para suportarem discussões de familiares. A “brisa”¹⁰⁰ da maconha é entendida por muitos deles como um remédio calmante, um gozo-preferido, que tudo supre. Nos é evidente que estes adolescentes tentam, por via do consumo de AD, suprir demandas de sofrimento diversas, ou melhor, buscam reparar o Mal-Estar no qual nos alerta Freud (2010), o sofrimento inerente à existência humana em sociedade. Contudo, Birman (2019) faz o alerta de que, na tentativa de aliviar este sofrimento, o consumidor de AD quer um objeto que sane todos os problemas, sendo a busca por uma satisfação, cada vez mais sem limites e uma vida sem angústia uma consequência possível de um consumo de maconha insaciável. Podemos perceber este processo em alguns adolescentes¹⁰¹ que, intensificam o consumo de maconha e, com o tempo, passam, a não suportar o Mal-Estar inerente da vida, o que ocasiona grande irritabilidade nos períodos em que não estão sob efeito da droga.

O cenário exposto se apresenta enquanto desafio aos trabalhadores do campo de Atenção, uma vez que a relação com a droga não é trazida como queixa, e qualquer outra problemática, segundo os adolescentes, pode ser resolvida mediante consumo da droga. Raramente o adolescente deseja um tratamento para seu consumo de maconha, fato disto, é que na maior parte dos atendimentos, eles são trazidos, quando não, forçados. A justificativa para essa falta de procura, por parte dos adolescentes, se encontra nos dizeres de Birman (2019), quando ressalva não ser comum um consumidor de drogas procurar tratamento enquanto mantém uma relação prazerosa com a substância. Somente quando essa relação com a droga causa algum desprazer, de modo a atingir picos insuportáveis, o sujeito apresenta demanda para um tratamento, o que é escasso entre os adolescentes, devido à pouca idade.

A queixa, normalmente, tende a ser apresentada pelos familiares, em sua maioria mães ou avós. A demanda trazida não envolve um efeito claramente danoso

¹⁰⁰ Segundo os adolescentes para os quais ofertamos nossa escuta, “brisa” é a expressão que designa a condição de estar sob o efeito de alguma droga.

¹⁰¹ Notamos em processo de intensificação do consumo de maconha em alguns, mas não são todos os adolescentes. Muitos mantêm o consumo de maconha de forma regular, como um prazer ocasional.

causado pela substância, mas um conjunto de comportamentos do adolescente, que os familiares relacionam ao consumo de maconha. Muitos familiares pressupõem que o consumo de maconha e seus efeitos são idênticos aos causados pelo consumo de crack, pouco informados dos efeitos e diferenças de ambas as drogas, acreditando que a maconha geraria um “vício” equivalente ao do crack. Outros familiares demonizam a droga, acusando-a de causadora da transformação do comportamento do adolescente, que na infância era obediente e dócil. Segundo relatos de familiares, “desde quando iniciou o consumo de maconha, passou a ser desobediente, não me obedece e só fica na rua”. Também encontramos familiares que relacionam o consumo de maconha com o tráfico de drogas e com o rompimento com a lei, concepção esta muito divulgada pela mídia e programas televisivos sensacionalistas do “horário nobre”.

No consumo de maconha, nos chama atenção a queixa apresentada pelos familiares, que não se revela como uma problemática causada pelo consumo da droga em si, mas por um conjunto de atos e comportamentos do adolescente que incomodam ou preocupam os familiares. Já chegamos a ouvir de familiares que eles até permitem que o adolescente fume a “macoinhna dele, desde que obedeça/se comporte/me respeite/não dê trabalho”. Constantemente avaliam o comportamento do filho comparando, de maneira descabida, a fase da infância e da adolescência, sem considerar os impactos psíquicos, sociais e biológicos da última fase, apontando, assim, dois causadores da transformação dos adolescentes: as “amizades”¹⁰² e a maconha. Além disso, os familiares se mantêm alienados quanto aos efeitos dos discursos e laços sociais ofertados aos adolescentes, e não somente eles, pois nossa práxis indica que muitos trabalhadores do campo também estão.

Muitos trabalhadores do campo da Atenção à adolescentes consumidores de AD se mostram posicionados por exigências sociais de assujeitamento de adolescentes, em especial, negros e pobres. Não é raro ouvirmos o discurso de trabalhadores em defesa da abstinência total do adolescente pelo fumo de maconha, com intervenções de cunho proibicionista. Sabemos dos efeitos prejudiciais do consumo exagerado de maconha, em especial na adolescência (RIGONI, 2007),

¹⁰² O senso comum alude ingenuamente as “más companhias”, as “más influências”, aos “amigos” que desencaminham os bons adolescentes. Essa perspectiva moralista é típica do discurso filantrópico mapeado por Benelli (2014b) que “coloniza” a subjetividade, despolitizando acriticamente toda a complexidade que envolve a produção social da pobreza, a indústria químico-farmacêutica, o narcotráfico e o lucrativo mercado de venda e consumo de drogas ilícitas que invadiu todo o território brasileiro, praticamente sem exceção.

contudo, questionamos as abordagens realizadas por alguns trabalhadores aos adolescentes consumidores de maconha e a ética norteadora destas abordagens.

Estes trabalhadores, que consideram somente os efeitos bioquímicos do consumo de AD, estão alheios às influências dos discursos sociais e não consideram, em suas avaliações e abordagens, problemáticas sociais que estão relacionadas à escassez de políticas públicas, como a falta de acesso à cultura e a educação. Muitos jovens quando questionados sobre outras possibilidades sociais de obterem satisfações, referem a completa falta de oferta à ambientes de lazer em seus municípios, principalmente quando residem nos bairros periféricos. Muitos adolescentes apresentam o consumo de maconha como a única oferta social para se entreterem.

Estamos de acordo com a leitura de Carmo (2011), que apresenta a adolescência como um fenômeno social, produzida pelas condições sociopolíticas em que este sujeito está inserido. A autora também evidencia os efeitos destas práticas de cunho biologizantes:

Ao naturalizar o tempo da adolescência numa etapa do desenvolvimento biológico, acentua-se a tese de uma cisão entre social e individual; ao privilegiar os aspectos estruturais da individuação, mascara-se as incidências do social para a construção das subjetividades (CARMO, 2011, p.18).

Ferreira (2017) também alerta para o discurso de primazia biológica que categoriza a adolescência somente pelo viés do desenvolvimento orgânico e proporciona práticas de cuidado voltadas à normatização dos adolescentes, sujeitando-os à adaptação social e rejeitando as contradições, violências e efeitos da segregação social.

Ao não considerar a realidade social e sua escassez de modos de subjetivação saudáveis, restam as propostas culpabilizadoras perante o consumo de AD, por meio de abordagens disciplinatórias e assujeitadoras. Em nossa práxis observamos que estas propostas não produzem efeitos terapêuticos porque o adolescente continua sendo percebido como “causador de problemas”, descolado dos discursos sociais. Estas práticas servem apenas para se produzir diagnósticos estáticos, operando intervenções culpabilizadoras a adolescentes consumidores de maconha, constantemente voltadas a abstinência total de AD. Estas abordagens prescritivas, higienistas e moralistas, são típicas do PPHM e seus trabalhadores

posicionados como “mestres”, especialistas que podem curar um “paciente” dos “males orgânicos” causados pelo consumo de maconha.

O consumo de diversas drogas costuma ser demonizado por discursos religiosos moralistas diversos (SOUZA, 2009), também pode ser criminalizado e sociologizado, psicologizado, psiquiatrizado, patologizado e medicalizado pelas diversas ciências disciplinares que constituem a formação mais comum dos trabalhadores do Direito, da Justiça, da Psicologia, da Psiquiatria, da saúde que se ocupam desse tema, tanto na perspectiva da abstinência quanto na da Redução de Danos (BAHIA; GROSSI; GIRINO, 2000; BAPTISTA; CRUZ; MATIAS, 2003a, 2003b; SILVA; HÜNING, 2017; ZALUAR, 2004). Mas já há autores diversos que discutem a plausibilidade de um consumo de drogas que faça parte dos usos dos prazeres e das práticas de cuidado de si (RIBEIRO, 2016; ROSA, 2012).

Atentos a estes modos de consumo, articulados às práticas de cuidado de si e norteados pela Psicanálise de Freud-Lacan, considerando também o plano pulsional, desejante e inconsciente que também compõe a condição humana no mundo, nossa abordagem para com adolescentes consumidores de maconha tem como premissa a construção de uma relação com os adolescentes que permita a fala e escuta de qualquer sofrimento, não somente sobre o consumo da droga. Acreditamos que a pobreza e a negligência de direitos são circunstâncias sociais que dificultam o adolescente pobre em lidar com seu sofrimento, sendo muitas vezes a causa do sofrimento. Como Intercessores, ofertamos uma escuta, de modo a transformar o sofrimento, seja qual for, em linguagem, em relato. É nesse sentido que nossa intercessão tem como foco ofertar saídas para a alienação dos discursos sociais em que estes adolescentes estão inseridos, possibilitando novas formas de lidar com o sofrimento além do consumo exagerado de drogas. Acreditamos que isso é possível através da relação com um trabalhador Psicossocial, que atue por via da escuta singularizante, não culpabilizadora (ROSA, 2016).

Os adolescentes que não percebiam os possíveis riscos do consumo alienado de AD ou as circunstâncias sociais que perpassam o complexo processo de produção, circulação e consumo de drogas, não aderiam a tratamentos impostos, por meio de estratégias autoritárias, tuteladoras e proibicionistas. Nem poderia ser diferente, como podemos verificar por meio de uma fala de Elza – 13 anos, negra – que passava por tratamento ambulatorial na UHTAD: “Vir aqui é legal, com vocês é gostoso de conversar”.

Somente por meio de uma oferta singularizante seria possível buscar promover a implicação subjetiva do próprio sujeito adolescente no seu tratamento, quando e caso houvesse demanda, cujo objetivo central estaria na produção de saber sobre si, seu adoecimento, seu Mal-Estar e as relações sociais capitalistas nas quais está inserido. Somente por meio de uma relação horizontalizada e co-participativa, seria possível criar condições para que o adolescente desenvolvesse estratégias criativas para lidar com os laços sociais dominantes e com as causas efetivamente produtoras do seu sofrimento. Também por meio de uma relação desta ordem com trabalhadores, pode ser possível articular tratamentos com adolescentes consumidores de maconha, não por meio de práticas proibicionistas, mas sim por meio de práticas de cuidados de si, com trabalhadores posicionados pela ética da Redução de Danos. Defendemos a importância e a prioridade de se realizar uma clínica para a adolescência e não uma clínica para a droga.

6.4 OS DISCURSOS ESTIGMATIZADORES INSTRUMENTALIZADOS EM PRÁTICAS

O proibicionismo estaria presente no campo da Saúde Mental de diversas formas. Podemos percebê-lo como direcionamento ético nas Políticas Públicas, por exemplo, na Lei 13.840 de 2019, chamada de “nova lei de drogas”. Esta lei propõe, no campo da Atenção aos consumidores de AD, o financiamento de estabelecimentos de internação em detrimento dos ambulatoriais, norteando as práticas para a abstinência total, característica típica do proibicionismo. Muito embora essa lei tenha sido estabelecida recentemente, podemos notar que as práticas proibicionistas perpassam o âmbito da Atenção em Saúde de modo constante a partir de um norteamento ético que persiste nesses espaços institucionais, e que se evidencia por meio de práticas repressivas, tuteladoras e segregacionistas.

Como exemplo disso discutiremos as práticas de revistas corporais invasivas que eram realizadas nas roupas e corpos dos sujeitos atendidos na UHTAD, tanto na internação e no ambulatório, ao longo de alguns anos. Mesmo sendo uma prática

que foi abolida neste estabelecimento no ano de 2018, depois de intensos debates em reuniões institucionais¹⁰³, sua problematização é necessária.

No tratamento por meio da internação na UHTAD, os internos podiam receber visitas dos familiares na ala de visitas. Havia casos em que ao retornarem da visita, os internos traziam escondidos nas suas roupas, maços de cigarros para dentro da área interna do estabelecimento, para consumo pessoal ou coletivo, com os demais internos. Diante dessa problemática, ficou estabelecido pelos técnicos, numa reunião de equipe de trabalhadores, que ao retornarem das visitas aos familiares, os internos deveriam ser revistados por algum trabalhador da equipe, no geral seria alguém da enfermagem. Essa revista era realizada de formas distintas de acordo com cada trabalhador, alguns requisitavam ver os bolsos das vestimentas dos sujeitos, outros exigiam que os internos baixassem completamente suas calças e roupas íntimas, caracterizando revistas íntimas vexatórias. Nós mesmos realizávamos essas revistas, mesmo incomodados em ter que fazê-lo, requisitávamos que os internos nos mostrassem os bolsos das roupas, ou seja, pactuávamos com esta prática proibicionista e típica dos estabelecimentos prisionais.

A prática dessas revistas corporais gerava diversos problemas e constrangimentos, tanto nos internos quanto nos trabalhadores, contudo, uma situação em especial gerou um atrito mais grave. As práticas de revistas também eram realizadas nos adolescentes que compareciam para as consultas e para os atendimentos em grupo pelo ambulatório, por exemplo, antes de adentrarem ao estabelecimento para as partidas de futebol. Ao realizarmos estas revistas, procurávamos minimizar seus efeitos, requisitando ver somente a parte interna de sapatos e bolsos. Entretanto, em um momento que estávamos de férias, alguns trabalhadores chegaram a solicitar que os adolescentes abaixassem totalmente suas calças para realização do procedimento. Nesta ocasião, os adolescentes se negaram, e como a revista era obrigatória para que pudessem entrar na UHTAD e participar das atividades, os adolescentes passaram a se recusar a retornar ao estabelecimento para dar continuidade ao tratamento, diante do grande constrangimento representado pelas revistas íntimas. Ao retornarmos das férias,

¹⁰³ Quinzenalmente aconteciam reuniões institucionais em que compareciam a maioria dos trabalhadores da UHTAD e os gestores. Tais reuniões se mantêm até hoje, cujo objetivo é realizar informes à equipe e problematizar o funcionamento institucional. Em tais reuniões todos os trabalhadores sempre tiveram total liberdade de se expressar.

soubemos do ocorrido e, como já tínhamos iniciado nosso processo de intercessão-pesquisa, pudemos problematizar prática das revistas corporais e íntimas nas reuniões de supervisões e nos grupos de estudo na Universidade. A partir de então, passamos a nos posicionar contrariamente à prática das revistas, nos recusando a realizá-la em todo e qualquer sujeito.

Uma de nossas intercessões no episódio relatado consistiu em fazer contato com os adolescentes que se recusaram a passar pela revista, em busca de reinseri-los no tratamento. Entramos em contato com cada um dos adolescentes, convidando-os para uma consulta individual e em seguida para participar de um grupo. Frente ao ocorrido, a reclamação dos adolescentes foi unânime: “não somos bandidos para termos que passar por isso não! Isso aqui tá parecendo cadeia!”. Com base no pensamento de Foucault, podemos considerar que onde há poder autoritário também se manifestam reações de resistência (SOUSA FRANÇA, 2017). Diante das críticas dos adolescentes, um conjunto de trabalhadores da equipe de referência responsável pelo tratamento dos adolescentes nos recusamos continuar a realizar revistas corporais e não a fizemos mais, além de não permitir que os adolescentes passassem por tal prática novamente ao comparecerem para qualquer consulta ou atividade no estabelecimento. Em contrapartida, fizemos um acordo com os adolescentes de que não trariam qualquer tipo de droga, lícita ou ilícita para a UHTAD, com exceção de cigarros comuns. Os maços de cigarros seriam deixados no guarda-volumes da UHTAD, guardados a chave e somente seriam liberados com a permissão dos familiares dos adolescentes. Daquele dia em diante, os adolescentes retomaram participar das atividades e não houve mais queixa sobre a entrada de qualquer tipo de drogas dentro do estabelecimento, trazida por aquele conjunto de adolescentes. Muitos deles, inclusive, passaram a estreitar seu relacionamento conosco, nos requisitando para consultas individuais nas quais podiam falar sobre seu sofrimento. Após essa celeuma em torno das práticas de revistas, elas passaram a ser problematizadas por mais trabalhadores, o que levou na abolição desta prática no ano de 2018.

A prática das revistas não está apenas alinhada à lógica proibicionista e aos discursos criminalizantes (FERREIRA, 2017), mas significa, sobretudo, o rompimento de um direito básico a todo e qualquer adolescente: o acesso ao tratamento de Saúde em condições dignas. Referente a esta questão, o ECA preconiza que:

É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

§ 1º A criança e o adolescente com deficiência serão atendidos, sem discriminação ou segregação, em suas necessidades gerais de saúde e específicas de habilitação ou reabilitação. Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (BRASIL, 1990, Art. 11).

Sobre isso, a lei 10. 216 (BRASIL, 2001) também refere, em seu artigo 2º, que:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001, art. 2º).

Apesar de nossa intercessão ter produzido alguns efeitos Psicossociais em certos aspectos dos modos de funcionamento da UHTAD, tais como as práticas de revistas, acreditamos que ainda havia outras práticas institucionalizadas no tratamento por meio da internação tais como a supervisão das ligações telefônicas realizadas pelos adolescentes internos aos seus familiares, é um exemplo disto. Essas chamadas telefônicas eram disponibilizadas apenas 2 vezes na semana, em horário estipulado pelos trabalhadores e com duração de apenas cinco minutos. Elas eram costumeiramente supervisionadas por algum trabalhador da equipe, sem qualquer privacidade para os adolescentes. A supervisão das ligações telefônicas

também exemplifica o cunho proibicionista e tutelador das práticas institucionais que predominavam na UHTAD, pois não havia necessidade de um trabalhador vigiar um adolescente, desconsiderando seu direito a privacidade e no contato com seus familiares, descrito claramente por meio da regra 59 das Nações Unidas sobre a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade, no que se refere aos direitos de contato com o mundo exterior:

Deverão ser utilizados todos os meios para garantir uma comunicação adequada dos jovens com o mundo exterior, comunicação esta que é parte integrante do direito a um tratamento justo e humanitário e é indispensável para a reintegração dos jovens à sociedade. Deverá ser permitida aos jovens a comunicação com seus familiares, seus amigos e outras pessoas ou representantes de organizações prestigiosas do exterior; sair dos centros de detenção para visitar seu lar e sua família e obter permissão especial para sair do estabelecimento por motivos educativos, profissionais ou outras razões importantes (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1995, regra 59).

Os discursos criminalizantes que circulavam na UHTAD se expressavam por meio dessas práticas tais como a das revistas e das chamadas telefônicas supervisionadas, além de outras ações mais sutis e não tão óbvias, que eram comuns no cotidiano da Atenção aos adolescentes em tratamento na internação. Por exemplo, observamos que a equipe de referência responsável pelos adolescentes era alvo de críticas constantes por parte da equipe de referência encarregada dos adultos, que “sugeriam” a realização de um controle e trato mais severo com os adolescentes. Era corriqueiro ouvir dos trabalhadores de referência da ala adulta: “nesta enfermaria de vocês tudo é muito solto, desorganizado”, ou “vocês têm que “dar limites” pra esses moleques”. As falas, dirigidas à equipe de referência dos adolescentes se referiam, sobretudo, aos momentos de oferta das práticas de lazer, com o uso da piscina, músicas, atividades físicas, passeios ou eventos comemorativos, demonstrando um menosprezo por tais práticas, por serem norteadas pela garantia ao direito ao lazer e não pela disciplinarização, adestramento e controles dos corpos individuais dos adolescentes.

Portanto, mesmo que uma intercessão psicossocial seja realizada num dado estabelecimento, há ainda diversos desafios a serem enfrentados na práxis da Atenção aos adolescentes consumidores de AD em tratamento por meio da internação, produzidos pela oposição dialética entre o PPHM e PPS.

6.5 A POBREZA, A EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA E A VULNERABILIDADE SOCIAL COMO ANTESSALA DO CONSUMO DE AD POR ADOLESCENTES

Josué, de treze anos, negro, consumidor de maconha, que adquiria a droga com o dinheiro da venda de limões na cidade onde vivia, compareceu na UHTAD para iniciar tratamento ambulatorial, com encaminhamento de outros estabelecimentos da RAPS indicando sintomas de impulsividade, comportamento desafiador e falta de escuta a autoridades e familiares.

Ao comparecer a consulta individual, propomos conhecê-lo para saber se haveria algo que poderia ser feito para ajudá-lo, no caso de que ele consentisse, poderíamos iniciar as atividades imediatamente. Naquele mesmo dia, ofertamos ao adolescente um corte de cabelo e um momento de entretenimento com jogo de bilhar, também apresentamos a área interna do estabelecimento que dispunha de quadra, piscina e televisão, pactuando que haveria a possibilidade de utilização daqueles equipamentos de lazer quando de suas vindas a UHTAD. Ao finalizar esse conjunto de ofertas, lhe foi oferecido uma refeição e depois um lanche que incluía um café da tarde com um pão, bolacha e iogurte. Depois de ele ter sido dispensado para retornar ao seu município, fomos informados que o garoto havia perguntado a alguns funcionários da recepção: “quanto de droga eu preciso usar para ficar internado aqui?”

A situação descrita não é incomum e é típica de um cenário que revela a situação de extrema pobreza na qual os jovens e adolescentes estão imersos. O lugar periférico em que estão situados os aproxima do “mundo” das drogas. As famílias geralmente apresentam baixa formação escolar e experimentam grandes instabilidades financeiras devido ao trabalho informal e a necessidade de se submeter às situações laborais sem quaisquer direitos, para a garantia de uma renda mínima para o sustento familiar. Já o perfil dos adolescentes inclui expulsão da escola, com rotina esvaziada de qualquer atividade cultural, de lazer, educacional ou que tenha qualquer sentido, geralmente permanecem o dia consumindo AD ou traficando. Podemos considerar que a clientela predominante da UHTAD seria constituída majoritariamente por famílias da ralé, tal como caracterizadas por Souza (2009).

Em poucos encontros, Josué se revelou afetivo e até mesmo, infantil. Como os técnicos da rede de Atenção à saúde de seu município suspeitavam de que ele

estivesse inserido no tráfico de drogas, ele havia sido encaminhado à UHTAD. Sempre que comparecia ao estabelecimento, se mostrava animado em vir para as consultas, fazendo um pedido recorrente: “Posso ficar pintando panos enquanto espero a consulta?”. A equipe de trabalhadores da UHTAD comprou panos e materiais para pintura com dinheiro dos próprios trabalhadores, o que se revelou um bom investimento, uma vez que Josué mostrava sempre dedicado e talentoso.

Casos como este eram constantes em nossa práxis, indicando a importância de se considerar a pobreza e a segregação social como fatores determinantes para o consumo de AD por adolescentes. Também precisamos considerar que as ofertas predominantes de tratamento em saúde costumam ser unicamente biologizante, que caracterizaria Josué como mais um adolescente hiperativo, que necessitaria somente de medicação para minimizar seus sintomas. Tais práticas não levariam em consideração toda a situação de pobreza que expunha Josué a situações de violência no seu território, onde os pobres encontram no narcotráfico, no comércio e consumo de drogas, meio de sobrevivência (ZALUAR, 2004).

Avisados pela Psicanálise do campo de Freud-Lacan e cientes da face sociopolítica do sofrimento na sociedade contemporânea, capitalista e neoliberal, podemos problematizar a adolescência como momento específico da vida de um sujeito no qual processos de subjetivação específicos se efetivam, articulados com processos sociais, que requerem uma Atenção especializada. Assim sendo, tomamos como necessário problematizar a adolescência pobre, lupemproletariada (SOUZA, 2017), em uma sociedade organizada pelo MCP.

A adolescência contemporânea consiste no momento de adentrar em outros laços sociais, de modo a se inserir nos discursos hegemônicos, se distanciando do meio familiar para fazer parte de outros grupos e de coletivos diversos. Segundo Poli (2005) a exclusão social é uma manifestação do Mal-Estar no contemporâneo, uma vez que os sujeitos pertencentes às classes excluídas apresentariam diversos sintomas sociais psíquicos e impasses variados quanto aos modos de tentar elaborar o Mal-Estar, sendo que o consumo de AD poderia ser um exemplo das estratégias utilizadas para lidar com o sofrimento. A sociedade de consumo que transforma a todos em usuários, clientes, consumidores e não em sujeitos de direitos – no máximo, como sujeitos do código de defesa do consumidor – portanto, produz um sintoma social típico ao estimular todos os sujeitos, em especial mais pobres, ao consumo intenso de algum objeto que servisse para minorar a angústia,

o Mal-estar e os sofrimentos em geral. Bens de consumo, remédios e drogas se prestam bem a tal papel.

O adolescente Josué também estava inserido no discurso criminalizante, pois era visto como alguém que estava envolvido no tráfico de drogas. Somente com uma oferta de escuta foi possível detectar como Josué podia comprar maconha: ele vendia limões, ocupação típica de sujeitos da ralé (SOUZA, 2009). Motivados por suas suspeitas, os trabalhadores da RAPS encaminharam para avaliação um adolescente negro e pobre, e atendê-lo nos revelou a importância de uma clínica crítica que se faça política. Estamos de acordo com Rosa (2016), que escreveu que:

A abordagem psicanalítica clínico-política permite detectar, sinalizar e intervir nas formas sutis de preconceitos - de classe, de raça ou de gênero - presente nos mecanismos institucionais que se efetivam por práticas ditas científicas que fazem recair sobre os indivíduos os acontecimentos, desvinculados de sua história pessoal, familiar, social e política (ROSA, 2016, p. 196).

Ao ofertar acesso ao tratamento e disponibilizar a escuta, como é de direito de todos os adolescentes, foi possível auxiliar Josué na formulação de sua demanda que era social, de entretenimento, de possibilidade de ser criança, de pintar panos, de brincar com jogos, de ler quadrinhos, ofertas as quais ele não tinha acesso em seu cotidiano. No seu município não havia políticas públicas de lazer para adolescentes pobres como este.

Em nossa práxis, acreditamos que a pobreza e a desigualdade social engloba a maioria dos casos dos adolescentes que estiveram em tratamento na UHTAD, tanto na internação quanto no ambulatório, com consequente produção de modos de subjetivação intrincados com o consumo de AD. Problematicar consumo de AD como uma expressão de um sofrimento sociopolítico representa novos horizontes para analisar este problema que ultrapassa muito além do campo da saúde. Para tanto se torna imprescindível a ação integrada de diversas instâncias, tais como a Assistência Social, a Educação e o Estado, na garantia de direitos que precisam ser operacionalizados concretamente no cotidiano da vida dos cidadãos por meio das políticas públicas sociais que abram possibilidades para o futuro (COUTINHO, 2009).

Cientes de que a instância inconsciente de cada sujeito capta e guarda o não dito e o interdito, tanto na esfera familiar quanto na social e coletiva, pudemos

realizar ofertas sociais, afetivas e singularizantes, tanto por meio de uma escuta quanto aos traumas históricos e sociais não elaborados e seus efeitos na subjetividade de adolescentes pobres, quanto pela oferta de um novo laço social dos adolescentes com os trabalhadores Psicossociais, por meio de atividades lúdicas tais como panos para pintar, jogos, idas ao cinema, organizar partidas de futebol, etc. A UHTAD então parecia desempenhar o papel de uma entidade assistencial, desenvolvendo atividades socioeducativas pedagógicas e recreacionais de viés terapêutico, tal como fazem as entidades assistenciais públicas e privadas, de acordo com Benelli (2014b, 2016).

Nos atendimentos que fazíamos, buscamos proporcionar novas formas do sujeito externalizar seu sofrimento, para além do consumo de AD. Desejávamos com estas práticas, produzir uma relação terapêutica que implicasse o sujeito de modo a que ele se movesse para uma posição não-alienada com relação ao seu sofrimento. Assim posicionados, acreditamos seria possível analisar as demandas sociais e institucionais, diagnosticando os laços e discursos sociais que se atualizavam nos processos de exclusão social e que mantinham um sofrimento de ordem sócio-político, visando atuar nas brechas micropolíticas do instituído através de práticas Psicossociais.

6.6 OS ADOLESCENTES INSERIDOS NO TRÁFICO DE DROGAS

A: Professor – assim me chamava um dos adolescentes -, para nós que estamos no “corre¹⁰⁴”, só há três saídas, o CCC: Cadeia, caixão ou coração. Ou você vai preso, ou você morre ou você abandona esta vida por alguém que você ama (Hermes, 15 anos, branco).

A maior parte dos adolescentes que já passou por tratamento na UHTAD esteve inserida no tráfico de drogas, de alguma forma ou por algum período. Muitos iniciaram esta atividade com intuito de conseguirem comprar a droga de sua preferência: sem condições financeiras, eles se articulavam com algum ponto de venda, as chamadas “biqueiras”, para venderem drogas. Após as vendas, faziam o repasse de determinada porcentagem do valor para o traficante responsável pela

¹⁰⁴ “Corre” é a expressão que designa o ato de estar inserido no tráfico de drogas em sua função mais baixa: a venda e distribuição, no contato direto com o usuário/comprador. Além disso, esta função é também a mais perigosa, uma vez que os adolescentes podem ser detidos em flagrante pela polícia. “Fazer um corre” ou “estar na correria” são expressões que vêm sendo incluídas no vocabulário mais comum das pessoas, sem que saibam de sua origem.

biqueira, o “gerente”, e permaneciam com o restante deste lucro, com a opção de utilizarem a quantia ganhada ali mesmo, na compra de drogas, ou de permanecerem com o dinheiro para outros usos.

Muitos destes adolescentes, a princípio, não desejavam permanecer inseridos no tráfico, faziam apenas pequenas vendas para financiarem a compra da droga que desejavam utilizar. Esta situação abria um leque de novas possibilidades ao adolescente, uma vez que podia ter acesso a dinheiro de forma rápida e nada burocrática e também a qualquer tipo de droga que desejasse. De acordo com nossa experiência, caso haja uma intensificação do consumo de AD, inserção mais efetiva no tráfico, quando são capturados pela polícia portando ou vendendo drogas, acabam sendo sentenciados com medidas socioeducativas que, em sua forma mais rigorosa, consiste na internação em regime fechado em uma unidade da Fundação CASA.

Consumir drogas e vincular-se ao tráfico podem levar a processos de institucionalização do adolescente, seja pela saúde ou pela lei. A internação psiquiátrica de crianças e adolescentes por meio do que se denominou de “circuitos socioassistenciais-sanitários” (OLIVEIRA; VICENTIN; MASSARI, 2018) consiste num problema grave que vem ocorrendo intensamente no cenário nacional e que ainda possui pouca visibilidade, sendo que um número significativo de trabalhadores desconhece seus efeitos. Ao que consta, os avanços da RPb ainda são bastante incipientes na área da atenção à saúde infanto-juvenil, incluindo o manejo da deficiência, do sofrimento mental e do consumo de álcool e drogas.

O MCP incide nos laços sociais, estimulando os sujeitos a um gozo sem mediação, por meio do consumo, do lucro ou do sofrimento. Os adolescentes que atendemos na UHTAD eram oriundos de um lugar social que estava às margens dos ideais dominantes, sem qualquer expectativa de acesso a condições financeiras mínimas ou modos de atender a uma incitação e pressão constantes para irem em direção ao gozo pelo consumo e lucro, tão evidentes no MCP. Como estes adolescentes poderiam lidar com o bombardeio de publicidade e das forças da mídia promovendo a busca incessante do lucro e do consumo? Não será pela via do trabalho, considerando que o discurso sobre a formação universitária não faz parte das possibilidades sociais destes adolescentes que, em sua maioria, foram expulsos da escola e não tinham qualquer expectativa futura que envolvesse os estudos. Os que tinham alguma expectativa de trabalho num futuro próximo aludiam apenas a

estratégias mais desvalorizadas no mercado, tais como trabalhar em colheitas de laranjas. Desse modo, não admira que, por uma questão de simples matemática financeira, aderissem ao tráfico de drogas e às suas promissoras, porém perigosas possibilidades¹⁰⁵.

Efetivamente esses adolescentes eram sujeitos de uma sociedade pós-moderna (BAUMAN, 1988), estando em perfeito alinhamento com o MCP, assumindo a responsabilidade de acessar o consumo, por meio das poucas ofertas sociais que estavam disponíveis no seu território. Os que se dedicam ao tráfico eram de fato bons empreendedores, sujeitos que seguiam a cartilha de coaches com maestria, pois conseguiam dobrar, triplicar a renda da família por meio da venda de drogas. Alguns adolescentes eram muito valorizados devido às suas habilidades neste ramo de negócios e podiam ser promovidos, subindo de cargo e conquistando, por exemplo, a gerência de uma biqueira, função respeitada pelos que ali habitavam, de forma semelhante aos adolescentes cariocas pesquisados por Zaluar (1994, 2004).

Com relação a este conjunto de adolescentes, também notamos que havia uma parcela de profissionais da RAPS e da UHTAD um tanto desavisados que operavam por meio de práticas patologizadoras e criminalizadoras. Estas ações técnicas eram bastante comuns, como nos disseram muitos adolescentes que apresentavam uma profunda aversão a determinados estabelecimentos ou trabalhadores. Como era raro haver uma oferta de escuta não moralista e criminalizadora quanto a sua vinculação ao tráfico, esses adolescentes revelavam certa surpresa com nossa abordagem, pois como não criminalizávamos este tema, eles podiam abordá-lo sem receios em nossos atendimentos. Isso poderia ser evidenciado por meio de uma vinheta clínica:

AP: Doutor, cê 'tá vendo este relógio aqui? Sempre quis ter um assim. Sabe quanto custou? Duas pedrinhas de crack.

AW: 'Tá vendo esta corrente de ouro que 'tô usando? Um dia no corre e eu já consegui comprar (adolescentes Hermes e Walter, 15 e 14 anos, branco e pardo).

Temos também outro exemplo:

¹⁰⁵ Alguns adolescentes que estavam inseridos no tráfico, tanto por meio de muitas vendas ou atuando em cargos superiores, como por exemplo a “gerência” de uma biqueira, relatavam conseguirem em apenas uma semana, lucros que superavam bastante nosso salário mensal de psicólogo contratado pelo estado para trabalhar por 30 horas semanais.

A: Nós só tínhamos os ovos que a galinha 'botava' para comer. Minha irmã queria comer um pacote de bolachas e não tinha. Minha mãe, depois de não conseguir mais emprego, só ficava na cama, deprimida. O que eu poderia fazer, ficar assistindo tudo isso sem fazer nada? Voltei pro tráfico mesmo. No dia seguinte levei minha irmãzinha no "mercado de 2 reais" e disse pra ela comprar o que ela quisesse. (adolescente Edilson, 17 anos, negro).

É importante contextualizar as formas de gozar destes adolescentes nos laços sociais nos quais estão inseridos, pois orientados pela Psicanálise do campo de Freud-Lacan, compreendemos que estes vínculos produzem verdades sociais históricas, compondo a subjetividade de cada um destes adolescentes (ROSA, 2016). A intervenção de um trabalhador, alertado quanto aos discursos e laços sociais nos quais estes adolescentes estão inseridos, pode permitir a emergência destas verdades internalizadas e proporcionar novos posicionamentos dos sujeitos.

Percebemos isto em outro atendimento com alguns adolescentes. Estávamos em frente a um portão fechado com um cadeado. Dois jovens disputavam e se provocavam quanto a qual deles conseguiria abrir o cadeado primeiro, sem o uso de uma chave. Desse modo, exibiam para mim seus talentos para roubos e assaltos, caso quisessem.

AW: Fábio, 'agente' consegue abrir um cadeado assim rapidinho!
 T: Opa, vocês dariam bons chaveiros então!
 Depois de darmos risadas, eles afirmam:
 AF: Só você mesmo que pensa o melhor de nós!
 T: Imaginem se vocês também pensassem o melhor de vocês, como seria!
 (adolescentes Walter e Ferdinando, 14 e 15 anos, branco e pardo).

Meses depois, um destes adolescentes faleceu ao tentar realizar um assalto. A vítima reagiu e o alvejou. Ele faleceu na hora com um tiro na cabeça.

CONCLUSÃO

Os fragmentos de conhecimento nessas páginas, embora tenham sido reunidos com suficiente laboriosidade não podem, em si, dar provas de satisfazerem a contento; podem, contudo, servir de ponto de partida para o trabalho de outros investigadores, e um esforço comum poderá trazer o êxito que talvez esteja além do alcance individual (Freud, 1909, p. 93).

Como trabalhadores atuantes em uma UHTAD, que funcionou na modalidade ambulatorial e ainda funciona como estabelecimento de internação, ao longo de 7 anos, aprendemos muito, executamos determinadas práticas, levantamos diversos questionamentos sobre este campo de Atenção e seus Modos de Produção, na nossa própria práxis como psicólogos. Estes questionamentos nos levaram a Universidade, para darmos início a uma pesquisa de um mestrado. Os estudos empreendidos, as sessões de orientação, as sessões de trabalho do LATIPPSS, a produção e escrita de textos visando formalizar a práxis, foram produzindo mudanças e reposicionamentos técnicos, éticos e políticos em nossa atuação profissional.

Para iniciar uma análise deste campo de atenção, foi necessário fazermos o levantamento documental sobre as políticas públicas que norteiam as práticas de cuidados em saúde para adolescentes, no Brasil, nos últimos cem anos. Contextualizando este campo de Atenção, por meio da análise da bibliografia que incluiu diversos estudos de outros trabalhadores, concluímos que as políticas públicas vigentes, principalmente o ECA, não são operacionalizadas. O ECA, alinhado ao disposto na CF de 1988 reordenou o campo da Saúde Mental, que por meio da lei 10.216 (BRASIL, 2001), passou a instituir como baluarte uma Saúde Mental voltada ao direito à proteção e ao desenvolvimento da população infanto-juvenil. Todavia, o que percebemos, por meio de nossos trabalhos e estudos é que as formas de cuidar de adolescentes ainda se assemelham à lógica dos Códigos anteriores à CF (BRASIL, 1988), voltadas para a segregação, exclusão social e internações de diversas formas.

Tal saber nos levou a refletir sobre os Modos de Produção de Atenção em Saúde Mental no Brasil. Nesta análise, percebemos que as práticas, suas éticas e interesses podem ser categorizados em dois Paradigmas, o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico-Medicalizador e o Paradigma Psicossocial. O PPS, desenvolvido

por influências do movimento da RPb e da Atenção Psicossocial, é oposto dialético ao PPHM, que representa os modos de cuidar em Saúde Mental típicos dos antigos HPs e Manicômios.

No cotidiano da Saúde Mental, o PPHM ainda se mostra hegemônico, com práticas e discursos atualizados e repaginados, mas suas essências ética e política são mantidas. Em contrapartida, nos posicionamos, em nossa práxis, orientados pela Atenção Psicossocial, o que nos levou ao desafio de instrumentalizar as ações da RPb e, concomitantemente, pesquisar, refletir, problematizar e produzir um saber que nos auxiliasse nesta operacionalização. Nesta busca, encontramos no DI um meio para realização de uma intercessão-pesquisa, e consequente possibilidade de produzir um saber-experiência que reverberasse na práxis.

Em nosso desejo de sermos trabalhadores que refletem sobre a atuação, encontramos no DI a possibilidade de operar a subversão de Modos de Produção que geram assujeitamento dos sujeitos do sofrimento e subjetividades serializadas, típicas do Modo Capitalista de Produção. Nosso posicionamento pautado pelo DI se instrumentalizou, a cada dia, na Universidade, pelos potentes encontros realizados no Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e “Subjetividadessaúde” (LATIPPSS) e pela influência de outros trabalhadores, que seguem produzindo saberes-transformação em diversos estabelecimentos e setores do campo por meio do DI (COSTA, 2016; GALIEGO, 2013; GOTO, 2018; MARTINI, 2010; MEXKO, 2017; MIRANDA, 2011; PAES, 2011; PEREIRA, 2011; PÉRICO, 2014; SHIMOGURI, 2015; SOUZA, 2015; STINGHETA, 2007; ANDRADE, 2013. FIOCHI, 2015; GARCIA, 2013; SANTOS, 2011; BENELLI, 2019).

Durante a realização desta intercessão-pesquisa na UHTAD, foi possível nos apropriarmos de diversos conceitos-ferramentas que acreditamos serem essenciais para trabalhadores que têm em seu horizonte o PPS. Estes conceitos-ferramentas demandam um trabalhador transdisciplinar, o que acreditamos ser exequível através de uma atuação pautada pela Psicanálise, em especial do campo Freud-Lacan, considerando que este referencial concebe o sofrimento psíquico por meio de processos de subjetivação contextualizados no campo social.

No campo da Atenção aos adolescentes consumidores de AD, abordar o sofrimento psíquico em intersecção ao campo social amplia as possibilidades de atuação, ao se levar em consideração a face sociopolítica do sofrimento e a

necessidade de uma clínica política. Ao se considerar o Mal-Estar e as formas de suportá-lo no contemporâneo, ofertadas em uma sociedade capitalista e pós-moderna, se torna possível articular sofrimentos psíquicos — laços e discursos sociais — que comumente envolvem um adolescente neste campo: a pobreza, o preconceito, a exclusão social, a criminalização, a patologização e o moralismo. Precavidos por tais conceitos, percebemos que tratamentos focalizados na Medicalização têm como objetivo a normalização, o assujeitamento e a adaptação de adolescentes, sendo a Medicalização uma prática típica dos tratamentos centrados na internação para adolescentes consumidores de AD. Opor-se criticamente a estas formas de tratar é um dos objetivos deste trabalho, atitude traduzida nos diversos saberes/fazerem levantados e instrumentalizados em uma experiência cotidiana, posicionada ética e politicamente.

Referenciados por um conjunto de saberes, especialmente os que versam sobre a garantia de direitos, foi possível elaborarmos uma análise crítica do estabelecimento em que atuamos. Após uma extensa problematização da organização e dos Modos de Produção de Atenção em diversos estabelecimentos que realizam internações a adolescentes consumidores de AD, apresentados no RINHPB (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019), constatamos quão frequente é a violação de direitos dos adolescentes internados para tratamento em saúde, seja por meio de formas mais evidentes ou mais sutis.

Compulsando um arcabouço legal extenso, nacional e internacional, percebemos que o estabelecimento no qual exercemos nossa práxis haveria grandes riscos de romper com direitos básicos dos adolescentes internados. Este risco pode ser percebido no cotidiano, desde a organização institucional aos posicionamentos de alguns trabalhadores, que privilegiam práticas normatizadoras, culpabilizadoras, coercitivas e assujeitadoras. As práticas que discutimos têm raízes em um Modo de Produção de Atenção calcado na ética do cuidado que vigia nos antigos HPs, que mesmo com o reordenamento da Atenção, ainda se faz presente e, muitas vezes, hegemônica. Velhas práticas são atualizadas a partir de novos formatos, como se fossem avanços, enquanto que apenas revelam um desconhecimento da história, dos documentos e da bibliografia. Doravante, há um desconhecimento ainda mais grave, o desconhecimento do sofrimento dos sujeitos que buscam auxílio para seus impasses nestes estabelecimentos de saúde.

As descrições e análises que apresentamos reforçam a necessidade de posicionamentos contrários ao Modo de Atenção asilar, por trabalhadores que se interessam em instrumentalizar práticas Psicossociais. Com este interesse sempre em vista, procuramos atuar de forma distinta ao modo mais comum de produção de uma pesquisa de dissertação de mestrado. Somos trabalhadores que estudam e refletem sobre o campo de atuação e que produzem um saber sobre esta mesma ação, criando propostas para resolver nossos problemas.

Os problemas e propostas que foram descritas ao longo desta dissertação emergiram a partir dos relatos e situações trazidas pelos próprios adolescentes aos quais ofertamos nossa Atenção. É nesse sentido que buscamos garantir que estes adolescentes, consumidores de AD, tivessem voz e fossem ouvidos, como é de seu direito. Direito este que procuramos garantir, posicionados teórico-técnica-ética-politicamente em nossas ações no campo a partir do DI. Esta força, contudo, era e ainda é atravessada a cada dia por outras forças contrárias¹⁰⁶, o que demanda um coletivo de trabalhadores atentos, precavidos e bem orientados. Esperamos que este trabalho incentive a produção de saberes/fazeres diversos, críticos e éticos, por outros trabalhadores no campo da Atenção aos sujeitos adolescentes que consomem AD.

¹⁰⁶ Uma das últimas forças contrárias aconteceu na Defesa desta dissertação, que ocorreu no dia 04 de dezembro de 2020. Devido a pandemia de Covid-19, a Defesa aconteceria 100% online, com a participação dos membros da Banca e de diversos colegas queridos. Contudo, ao iniciarmos, percebemos que a sala online foi hackeada por um conjunto de indivíduos “bolsonaristas”, que iniciaram falas e apresentações de vídeos de conteúdo hostil e violento, pró-Bolsonaro, em tentativa clara de boicotar a Defesa de nosso trabalho. Aparentemente, estes invasores estavam desavisados do conteúdo de nossa intercessão-pesquisa, em que nos posicionamos contra toda forma de relação e cuidado violento, racista, segregadores e violador de direitos durante toda nossa práxis. Precavidos e posicionados ética e politicamente, consideramos tal tentativa somente mais uma simples força contrária à nossa, força essa sem qualquer poder para abalar nosso posicionamento ético-político. Após o hackeamento, foi necessário criar uma nova sala online para realização da Defesa, que ocorreu de forma um tanto agradável, culminando na aprovação de nosso trabalho pelos membros da banca.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, Arminda; KNOBEL, Maurício. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- AGAMBEN, Giorgio. O que é um dispositivo? In: AGAMBEN, Giorgio. **O que é o contemporâneo? e outros ensaios**. Chapecó: Argos, 2009. p. 25-54
- ALTOÉ, Sônia. **René Lourau, analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.
- ALTOÉ, Sonia. **Infância perdida: o cotidiano nos internatos-prisão**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.
- ALTOÉ, Sonia. **De “menor” a presidiário: a trajetória inevitável?** Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2009a.
- ALTOÉ, Sônia. **Menores em tempo de maioridade: do internato-prisão à vida social**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2009b.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003a.
- AMARANTE, Paulo. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003b.
- ANDRADE, Tarcísio Mattos de. Redução de Danos: um novo paradigma? In: **Entre riscos e danos, uma nova estratégia ao uso de drogas**. Ministério da Saúde do Brasil e da União Europeia. Paris: Editiones Scienfifiques ACODESS, 2002.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- AULAGNIER, Piera. **A violência da interpretação**. Rio de Janeiro: Imago. 1979.

BAHIA, I. V.; GROSSI, F. T.; GIRINO, O. A. (orgs.). **Psicóticos e adolescentes**: por que se drogam tanto? Belo Horizonte: Centro Mineiro de Toxicomania, 2000.

BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. (orgs.). **Drogas e pós-modernidade**: prazer, sofrimento, tabu. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003a. v. 1.

BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. (orgs.). **Drogas e pós-modernidade**: faces de um tema proscrito. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003b. v. 2.

BAPTISTA, Luís Antônio. A. S. A fábula do garoto que quanto mais falava sumia sem deixar vestígios: cidade, cotidiano e poder. MACIEL, I. M. **Psicologia e educação**: novos caminhos para a formação. Rio de Janeiro: Ciência moderna, 2010. p. 195-209.

BAREMBLITT, G. F. **O Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**: Teoria e prática. 6. ed. Belo Horizonte: Editora FBG/IFG, 2012.

BASOLI, Laura Pampana; BENELLI, Silvio José. Medicalização como Sintoma Social Dominante. **Revista de Psicologia da Unesp**, v. 18, n. especial, p. 217-242, 2019.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro; VASCONCELLOS, Maurício Teixeira Leite de; BONI, Raquel Brandini de; REIS, Neilani Bertoni dos; COUTINHO, Carolina Fausto de Souza (Orgs). **III levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CICT, 2017.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, Franco. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do “espaço fechado”. In: AMARANTE, P. D. C. (org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 23-34.

BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da pós-modernidade**. São Paulo: Schwarcz-Companhia das Letras, 1998.

BBC. O que muda com a lei sobre drogas que o senado correu para aprovar. Site:

G1 da globo. 2019 Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/16/o-que-muda-com-a-lei-sobre-drogas-que-o-senado-correu-para-aprovar.ghtml>. Acesso em: 25 de set. de 2019.

BENELLI, Silvio José. Vigiar e punir no manicômio, na prisão e no seminário católico. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.1, n.1, p. 51-68, 2002.

BENELLI, Silvio José. **Pescadores de homens:** estudo psicossocial de um seminário católico. São Paulo: UNESP, 2006.

BENELLI, Silvio José. **Análise psicossocial da formação do clero católico.** São Paulo: Annablume; FAPESP, 2013.

BENELLI, Silvio José. As éticas nas práticas de atenção psicológica na Assistência Social. **Estudos de Psicologia**, Puc-Campinas, v. 31, n.2, p.269-278, 2014a.

BENELLI, Silvio José. **Entidades assistenciais socioeducativas:** a trama institucional. Rio de Janeiro: Vozes, 2014b.

BENELLI, Silvio José. **A lógica da internação:** instituições totais e disciplinares (des)educativas. São Paulo: Editora Unesp Digital, 2015.

BENELLI, Silvio José. **O atendimento socioassistencial para crianças e adolescentes** [recurso eletrônico]: perspectivas contemporâneas. 1. ed. São Paulo: UNESP Digital, 2016.

BENELLI, Silvio José. Problematizando a instituição pesquisa na universidade e nas práticas psicológicas: questões epistemológicas e éticas. **Revista de Psicologia da UNESP**, n.18 (número especial), p 88-120, 2019b.

BENELLI, Silvio José. **Figuras da clínica “psi” na contemporaneidade: o olhar, a escuta e a sensação.** Tese (Livre Docência em Psicologia Clínica. Universidade Estadual Paulista), Faculdade de Ciências e Letras, UNESP, Assis, 2020a.

BENELLI, Silvio José. O atendimento assistencial à criança e ao adolescente: situação, impasses e possibilidades. **Relatório de pesquisa trienal – (2018-2019)**, financiada pela FAPESP (Processo 2017/22541-4). Assis: Unesp, 2020b. Trabalho não publicado.

BENELLI, Silvio José. **Psicologia e Assistência Social**: interfaces políticas, clínicas e éticas. Curitiba: CVR, 2020c.

BENELLI, Silvio José; COSTA-ROSA, Abílio. Geografia do poder em Goffman: vigilância e resistência, dominação e produção de subjetividade no hospital psiquiátrico. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 35-49, maio-agosto, 2003.

BENELLI, Silvio José; COSTA-ROSA, Abílio. Paradigmas diversos no campo da Assistência Social e seus estabelecimentos assistenciais típicos. **Psicologia USP**, v. 23, n.4, p.609-660, 2012.

BENELLI, Silvio José; COSTA-ROSA, Abílio. Dispositivos institucionais filantrópicos e socioeducativos de atenção à infância na Assistência Social. **Estudos de Psicologia**, Puc-Campinas, v. 30, n. 2, p. 283-301, 2013.

BENELLI, Silvio José; PÉRICO, Waldir; COSTA-ROSA, Abílio. Por um psicólogo não normalizador no contexto das instituições públicas. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 16, n.1, p. 1-17, 2017.

BENTES, Ana Lúcia Seabra. **Tudo como dantes no quartel d'Abrantes**: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde, Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), Pública), Rio de Janeiro, 1999.

BIRMAN, Joel. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro, 2003.

BLIKSTEIN, Flávia. **Destinos de crianças**: estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em hospital público psiquiátrico. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), São Paulo, 2012.

BRAGA, Claudia Pelegrini; OLIVEIRA, Ana Flavia Pires Lucas. **A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Interface (Botucatu) [online]. v. 19, n. 52 p. 33-44,

2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000100033&script=sci_abstract&lng=pt Acesso: 12 de out. de 2020

BRASIL. Decreto n. 17.943-A, de 12 de outubro de 1927. **Consolida as leis de assistência e proteção a menores.** Brasília: Presidência da República [1927]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D17943A.htm#:~:text=Revogado%20pela%20Lei%20n%C2%BA%206.697%2C%20de%201979.&text=4%C2%BA%20A%20recusa%20de%20receber,as%20do%20crime%20de%20desacato. Acesso em: 08 out. 2020

BRASIL. Decreto 17.943A de 12 de outubro de 1927. **Código Mello de Mattos.** Brasília, DF, Presidência da República, 1927.

BRASIL. **Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979.** Código de menores. Brasília, DF, Presidência da República, 1979.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Presidência da República [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 de jun de 2020.

BRASIL. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. **Promulga a Convenção dos Direitos da Criança.** Brasília, DF, Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm. Acesso em: 29 de jun. 2020.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. **Lei nº 9. 455, de 7 de abril de 1997.** Define os crimes de tortura e dá outras providências. Brasília, DF, Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9455.htm. Acesso em: 10 de jun. de 2020.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Aspectos Básicos do Tratamento da Síndrome de Dependência de Substâncias Psicoativas e**

Prevenção ao Uso Indevido de Drogas – Diga Sim à Vida. Brasília, DF: SENAD, 1999.

BRASIL. Lei Federal 10.216, de 09 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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF: Seção 1, p. 2, 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**. Brasília: Presidência da República, 2001.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 09 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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, Seção 1, p. 2, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº189, de 20 de março de 2002**. Inclui na tabela de procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimento em anexo descrito e seu procedimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial e suas modalidades. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.608**, de 3 de agosto de 2004. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608_03_08_2004.html. Acesso em: 18 de out. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.608**, de 3 de agosto de 2004. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608_03_08_2004.html. Acesso em: 18 de out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil**. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini_cd/pdfs/caminhos.pdf Acesso: 12 de out. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. *In: Biblioteca Virtual em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0471_M.pdf. Acesso em: 18 de out. de 2020.

BRASIL. **Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. Brasília: Presidência da República [2006]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm Acesso em: 08 out. 2020

BRASIL. **Decreto nº 6049**, de 27 de fevereiro de 2007. Aprova o Regulamento Penitenciário federal. Brasília, DF, Presidência da República, 2007. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6049.htm. Acesso em 07/07/2020. Acesso: 12 de out. de 2020.

BRASIL. Senado Federal **Decreto Legislativo nº 186**, de 09 de julho de 2008: Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Brasília: Senado Federal, 2008.

BRASIL. **Decreto nº 6.949**, de 25 de agosto de 2009: Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm Acesso: 05 de nov. de 2020.

BRASIL. CONANDA. **Construindo a Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças**

e Adolescentes, 2011 – 2020. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2010a.

BRASIL. CONANDA. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária**. Conselho Nacional de Assistência Social Brasília, 2006. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Plano_Defesa_CriançasAdolescentes%20.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

BRASIL. CONANDA. **Princípios da Política Nacional dos Direitos Humanos de crianças e adolescentes no Brasil**. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **In: Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de saúde. Anexo V, Título I. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 18 de out. de 2020.

BRASIL. CONANDA. **Nota Técnica nº 2/2011**. Recolhimento e Internação Compulsórios de Crianças e Adolescentes em Situação de Rua e Usuários de Drogas. Brasília, DF: Conselho Nacional de Assistência Social. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 148 de 31 de janeiro de 2012**. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar na Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 349 de 29 de fevereiro de 2012**. Altera e acresce dispositivo à Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012**. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas

socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional. Brasília, DF, Presidência da República, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm Acesso: 12 de out. de 2020.

BRASIL. **Lei n. 12.847**, de 02 de agosto de 2013. Institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; cria o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/lei/L12847.htm. Acesso em: 18 de out. de 2020.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 6. ed. Brasília, DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014.

BRASIL. CONANDA. **Resolução nº 177**, de 11 de dezembro de 2015: Dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos a excessiva medicalização. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2015. Disponível em: <https://mpap.mp.br/?view=article&id=6893:res-177-2015-conanda&catid=16>. Acesso em: 18 de out. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.261, de 23 de novembro de 2005. *In*: **Portaria de Consolidação n. 2**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html>. Acesso em: 18 de out. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Secretaria de Atenção a Saúde, 2019.

BRASIL. Decreto nº 9761 de 11 de abril de 2019. **Aprovação da Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Presidência da República, 2019.

BRASIL. Decreto nº 9761 de 11 de abril de 2019. **Aprovação da Política Nacional sobre Drogas**. Brasília, DF, Presidência da República, 2019. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm Acesso: 12 de out. 2020.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3º ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

CALLIGARIS, Contardo. Sociedade e indivíduo. In: FLEIG, M. (org.). **Psicanálise e sintoma social**. 2ª ed. S. Leopoldo: Unisinos, 1993. p. 183-196.

CAMPOS, Wagner De Souza; MINAYO, Maria Cecília de Souza.; AKERMAN, Marco. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CANÇADO, Maura Lopes. **Hospício é Deus**. Rio de Janeiro: Record, 1979.

CAPONI, Sandra. **Loucos e degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. ISBN: 978-85-7541-228-2

CARMO, V. S. **Anonimato de vida e de morte**: contemporaneidade e laço social na adolescência. Tese (Doutorado em Psicologia Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC, SP, 2011.

CAROS AMIGOS. **Unidade misteriosa esconde jovens infratores**. In Caros amigos, ano XIII, nº 148. 2009. Disponível em: <https://issuu.com/carosamigos/docs/148finalleitor>. Acesso em: 28 de julh. 2020.

CARTA CAPITAL. Defensor de Temer, Doria receberá ajuda federal para projeto anti-crack. **Site do Carta Capital**. 2017. Disponível em <https://www.cartacapital.com.br/politica/defensor-de-temer-doria-recebera-ajuda-federal-para-projeto-anti-crack>. Acesso em 12 de novembro de 2017.

CARTA CAPITAL. Para a gestão Doria o que importa na Cracolândia é a questão territorial. **Site do Carta Capital**. 2017. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/para-a-gestao-doria-o-que-importa-na-cracolandia-e-a-questao-territorial>. Acesso 05 de nov. de 2017.

CASTEL, Robert. **A Ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CECCON, Claudius.; OLIVEIRA, Miguel Darcy de; OLIVEIRA, Rosyska Darcy. **A vida na escola e a escola da vida**. Petrópolis, Rio de Janeiro: 1982. 95p.

CHARLOT, Bernard. **A mistificação pedagógica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

CHARLOT, Bernard. **Da relação com o saber: elementos para uma teoria**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

COIMBRA, C. M. B.; NASCIMENTO, M. L. Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político? In: ARANTES, E. M. M.; NASCIMENTO M. L.; FONSECA, T. M. G. (orgs.). **Práticas psi inventando a vida**. Niterói, RJ: EdUFF, 2007. p. 27-38. Disponível em: <https://app.uff.br/slab/uploads/texto22.pdf>

COIMBRA, C. M. B.; NASCIMENTO, M. L. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In GEISLER, A. R. R.; ABRAHÃO, A. L.; COIMBRA, C. M. B. (orgs.). **Subjetividades, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos em saúde**. Niterói, RJ: EdUFF, 2008. p. 143-153.

COIMBRA, Maria Cecília Bolças; AYRES, Lygia Santa Maria. Da moralidade e situação irregular à violência doméstica: discursos da (in)competência. In: COIMBRA, Maria Cecília Bolças; AYRES, Lygia Santa Maria; NASCIMENTO, Maria. Lívia do (Orgs). **Pivetes: encontros entre a Psicologia e o Judiciário**. Curitiba: Juruá, 2009. p. 200.

COLLARES, Cecília A. L.; MOYSÉS, M. Aparecida. **Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização**. São Paulo: Cortez / Campinas: UNICAMP-FE-FCM, 1996.

COMTE, Auguste. **Princípios de filosofia positiva**. imp. de la lib. del Mercurio, 1875.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Prefeitura de SP afronta direitos humanos e Luta Antimanicomial. **Site do Conselho Federal de Psicologia**. [2017] Disponível em: <http://site.cfp.org.br/prefeitura-de-sao-paulo-afronta-direitos-humanos-e-luta-antimanicomial/>. Acesso em 22 de maio de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Governo Federal decreta fim da política de redução de danos. **Site do Conselho Federal de Psicologia** [2019]. Disponível: <https://site.cfp.org.br/governo-federal-decreta-fim-da-politica-de-reducao-de-danos/>. Acesso em 14 de abril de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Hospitais psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional**. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Conselho Nacional do Ministério Público, Ministério Público do Trabalho (Impresso no Brasil), 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº. 2057/2013**. Consolida as diversas Resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano. Brasília, DF: 2013. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2057>. Acesso em: 18 de out. de 2020.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. Ministério da Saúde. **Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf Acesso: 12 de out. de 2020

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. CRP SP se posiciona contra mais uma ação violenta do Estado na região da Cracolândia. Site: **Conselho Regional de Psicologia SP**. Disponível em: <http://www.crpssp.org/site/fique-deolhoexterna.php?noticia=1368&titulo=CRP%20SP%20se%20posiciona%20contra%20mais%20uma%20a%E7%E3o%20violenta%20do%20Estado%20na%20regi%E3o%20da%20Cracol%E2ndia>. Acesso em 22 de maio de 2017.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SERGIPE. CRP/ 19 manifesta repúdio à nota técnica "Nova Saúde Mental" publicada pelo Ministério da Saúde. Site: **Conselho Regional de Psicologia de SE**. Disponível em: http://www.crp19.org.br/noticias/pag_not_625.html. Acesso em 14 de abril de 2019.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. Entidades pedem o fim da Unidade Experimental de Saúde. Site: **Conselho Regional de Psicologia de São Paulo**.

[2011] Disponível em:
http://www.crpsp.org.br/portal/midia/fiquedeolho_ver.aspx?id=325. Acesso em 07 de
 julh. 2020.

COSTA, J. F. As éticas da psiquiatria. In: FIGUEIREDO, A. C.; SILVA, J. F. (Orgs.).
Ética e Saúde Mental. Rio de Janeiro: Topbooks. 1996. p. 27-36.

COSTA, Maico Fernando. **Urgência e sujeito em uma Unidade Hospitalar: Ensaio sobre a práxis da psicanálise na instituição de Saúde**. Londrina: Eduel, 2019.

COSTA, Maico Fernando; PÉRICO, Waldir; SOUZA, William Azevedo. Do Dispositivo Disciplinar ao Dispositivo Intercessor. **Revista de Psicologia da Unesp**, v. 18, n. especial, p. 161-178, 2019.

COSTA-ROSA, Abílio. **Saúde Mental Comunitária: Análise dialética de um movimento alternativo**. 1987. Dissertação (mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, USP, São Paulo, 1987. Mimeografado.

COSTA-ROSA, Abílio. O Modo Psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio de Loucura & Civilização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, 2000. p. 141-148.

COSTA-ROSA, Abílio. Um olhar para a Atenção Psicossocial. In I. V. M. Rabelo, R. C. Tavares, & Y. R. A. Faria (Orgs.). **Olhares - Experiências de CAPS: Centros de Atenção Psicossocial**. Goiânia: Kelps, 2009. p. 9-20.

COSTA-ROSA, Abílio. **Operadores fundamentais da atenção psicossocial: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. 2011. Tese (Livre-Docência), Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista (UNESP). Assis, 2011.

COSTA-ROSA, A. Ética e Clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n.3, p.743-757, 2011.

COSTA-ROSA, Abílio. A Instituição de Saúde Mental como Dispositivo Social de Produção de Subjetividade. **Estudo de psicologia**. Campinas, v. 29, n. 01, p. 115-126, 2012.

COSTA-ROSA, Abílio. Contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. In: G. H Dionísio, & S. J. Benelli (Orgs.). **Políticas públicas e clínica crítica**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. p. 15-31.

COSTA-ROSA, Abílio. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013.

COSTA-ROSA, Abílio. Introdução Geral: reforma, ou além da psiquiatria? In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013. p. 11-22.

COSTA-ROSA, Abílio. O grupo psicoterapêutico na psicanálise de Lacan: um novo dispositivo para a clínica da Atenção Psicossocial. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013. p. 233-270.

COSTA-ROSA, Abílio. Um psiquiatra não tão médico: o lugar necessário da psiquiatria na Atenção Psicossocial. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013. p. 213-232.

COSTA-ROSA, Abílio. Modos de Produção das Instituições na Saúde Mental Coletiva: efeitos na terapêutica e na ética, ou a subjetividade capitalística e a Outra. In: **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP, 2013. p. 23-54.

COSTA-ROSA, Abílio. Intercessões e análises sobre o processo de produção saúde-adoecimento-atenção no campo psíquico, num território municipal: produção de novas tecnologias para o implemento da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (2008). **Revista de Psicologia da Unesp**. n. 18 (edição especial). p. 9-36,

2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v18nspe/v18nspea03.pdf>
Acesso: 04/11/2020.

COUTINHO, Luciana Gagueiro. **Adolescência e errância**: destinos do laço social no contemporâneo. Rio de Janeiro. Nau: FAPERJ, 2009.

CUNDA, Mateus Freitas. **As tramas empedradas de uma psicopatologia juvenil**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional), Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

DELEUZE, Gilles. “O que é um dispositivo?”. In: Deleuze, G. **“O mistério de Ariana”**. Lisboa: Veja, 1996. p. 83-96.

DUMONT, Louis. **O individualismo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1981.

EMERICH, Bruno Ferrari.; YASUI, Silvio. O hospital psiquiátrico em diálogos atemporais. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 20, n.56, p. 207-216, 2016.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão**: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930) [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

ENGUITA, F. Mariano. **A face oculta da escola**: educação e trabalho no capitalismo. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1989. 262p.

ENGUITA, F. Mariano. **Trabalho, escola e ideologia**: Marx e a crítica da educação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 351p.

EPOCANEGOCIOS. São Paulo gasta 65 mil por mês com apenas dois criminosos. Site: **Época Negócios**. [2017]. Disponível em: <https://epocanegocios.globo.com/Brasil/noticia/2017/02/sao-paulo-gasta-r-65-mil-por-mes-apenas-com-dois-criminosos.html>. Acesso em: 10 de julh. De 2020.

EXTRA. GLOBO: Governo multiplica investimentos em comunidades terapêuticas de cunho religioso para atender usuários de drogas. Site **EXTRA**. [2019]. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/saude-e-ciencia/governo-multiplica-investimento-em-comunidades-terapeuticas-de-cunho-religioso-para-atender-usuarios-de-drogas-23617960.html>. Acesso em 13 de fevereiro de 2020.

FERNANDES, Priscila Dantas; OLIVEIRA, Kécia Karine S. de. Movimento higienista e o atendimento à criança. 2012, Aracaju. **SIMPÓSIO REGIONAL VOZES ALTERNATIVAS**, anais do II Simpósio Regional. Faculdade São Luís de França, Aracaju, 2012. Disponível em: <
<https://simposioregionalvozesalternativas.files.wordpress.com/2012/11/priscila-movimento-higienista-e-o-atendimento-c3a0-crianc3a7a.pdf>> Acesso: 27/10/2020

FERREIRA, M. B. **Impasses do desacolhimento institucional por maioria:** psicanálise e articulação de rede territorial. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC, SP, 2017.

FRAYZE-PEREIRA, João Augusto. **O que é loucura**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

FREUD, Sigmund. Romances familiares (1909-08). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 9. p. 219-222

FREUD, Sigmund. Uma dificuldade no caminho da psicanálise (1917). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 17. p. 167-179

FREUD, Sigmund. Prefácio ao relatório sobre a Policlínica de Berlin (março de 1920 a junho de 1922). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. 19. p. 357 - 358.

FREUD, Sigmund. O Eu e o Id (1923). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 2004. v. 3. p. 13-66.

FREUD, Sigmund. Análise terminável e interminável (1937). In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 23. p. 239-287.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização** (1930). v. 18. São Paulo: Cia. das Letras, Obras completas, 2010.

FREUD, Sigmund (1921). **Psicologia das massas e análise do eu**. (Coleção L&PM pocket). Porto Alegre: editora L&PM, 2013.

FREUD, Sigmund. Sobre a dinâmica da transferência (1912). In **Fundamentos da clínica psicanalítica, Obras Incompletas de Sigmund Freud**. Belo Horizonte: editora Autêntica, 2017. p. 107-120.

FREUD, Sigmund. **A psicopatologia da vida cotidiana**. São Paulo: Editora Lafonte, 2020.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização (1930)**. São Paulo: Editora Cienbook, 2020.

FREITAS, L. **A instituição do fracasso**. In: SOUZA, Jessé. Ralé brasileira: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009. p. 281-304.

FRIGOTO, Gaudêncio. **A produtividade da escola improdutiva: um (re)exame das relações entre educação e estrutura econômico-social e capitalista**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1984.

FRIGOTO, Gaudêncio. **Educação e a crise do capitalismo real**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

FORBES, Jorge. **Inconsciente e responsabilidade: psicanálise do século XXI**. Barueri, SP: Manole, 2012.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense, 1995. p. 231-249.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau 2005.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

GALIEGO, A. H. B. **O dispositivo intercessor como modo de produção do conhecimento**: construção do saber na práxis de um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2013.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface** (Botucatu) vol.16 nº.40, p. 21-34, Jan./Mar. 2012

GOFFMAN, Erwin. **Manicômios, prisões e conventos**. 9ª edição. 2ª reimpressão. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GONÇALVES, Gabriela. Doria pede à Justiça internação compulsória de usuários de drogas. **Site G1 da Globo**. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/doria-pede-a-justica-internacao-compulsoria-de-usuarios-de-drogas.ghtml>. Acesso em: 05 de novembro de 2017.

GONDIM, Garcia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. Territorialização em Saúde. **Site da Fundação Osvaldo Cruz**. 2014. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/25.pdf>. Acesso em: 12 de julh. 2020.

GOTO, Carine Sayuri. Dispositivo Intercessor e Atenção Psicossocial. **Revista de Psicologia da Unesp**, v. 18, n. especial, p. 179-197, 2019.

GUIMARÃES, Aurea M. **Vigilância, punição e depredação escolar**. Campinas: Papirus, 2003.

G1. Governo censura pesquisa da Fiocruz sobre uso de drogas no Brasil. **Site G1**

da Globo. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2019/05/29/governo-censura-pesquisa-da-fiocruz-sobre-uso-de-drogas-no-brasil.ghtml>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2020.

G1. Ministério Público de SP move ação contra internação de viciados em leito de doente mental. **Site do G1 da Globo.** [2013]. Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2013/04/mp-sp-move-acao-contr-internacao-de-viciado-em-leito-de-doente-mental.html>. Acesso em 03 de julh. de 2020.

G1. Promotora aponta irregularidades em leitos psiquiátricos do litoral de SP. **Site do G1 da Globo.** [2013]. Disponível em: <http://g1.globo.com/sp/santos-regiao/noticia/2013/04/promotora-aponta-irregularidades-em-leitos-psiquiatricos-do-litoral-de-sp.html>. Acesso 05 de julh. de 2020.

G1Rio. Fiocruz é autorizada a divulgar estudo sobre o uso de drogas que foi censurado pelo governo federal. **Site G1 da Globo.** 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/08/08/fiocruz-e-autorizada-a-divulgar-estudo-sobre-o-uso-de-drogas-que-foi-censurado-pelo-governo-federal.ghtml>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2020.

HARPER, Babette; CECCON, Claudius; OLIVEIRA, Miguel Darcy de; OLIVEIRA, Rosiska Darcy de. **Cuidado, escola!** Desigualdade, domesticação e algumas saídas. São Paulo: Brasiliense, 1987. 118p.

JOIA, Júlia Hatakeyama. **As tóxicas tramas da abstinência:** compulsoriedades nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. 2014. Dissertação (mestrado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

KEHL, Maria Rita. Prefácio. In: ROSA, Miriam Debieux. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento.** São Paulo: Escuta/FAPESP, 2016.

LACAN, Jacques. **Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola.** Boletim Maisum n. 46. Rio de Janeiro, CFRJ, 1985.

LACAN, Jacques. **O Seminário Livro 2 - O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

LACAN, Jacques. *Seminário 17 - o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. Televisão (1973). In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003c. p. 508-543.

LIPOVETSKY, G. (2004). Os tempos hipermodernos. São Paulo, SP: Barcarolla.

MARTINI, Renner Busso. **O dispositivo intercessor como meio de superação dialética da medicalização da saúde mental**. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2010.

MARX, Karl. **Formações econômicas pré-capitalistas**: introdução de Eric Hobsbawm. Tradução de João Maia, v. 6, 1975.

MARX, Karl. *O Dezoito Brumário de Louis Bonaparte*. São Paulo: Centauro, 2006.

MARX, Karl. Crítica da economia política. In: MARX, Karl. **O capital**: O processo de circulação do capital. Boitempo Editorial, 2017. p. 143-163.

MELMAN, C. **Toxicomania, alcoolismo e delinquência**: uma outra forma de gozar. 1992.

MENDES, Eugênio. Um novo paradigma sanitário: a produção social da Saúde. In: MENDES, Eugênio. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 233-300.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. 1ª ed., São Paulo: Hucitec, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Governo federal destina 87 milhões ao acolhimento de dependentes em comunidades terapêuticas. Site **Gov.Br**. Disponível em: <https://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43091-governo-federal-destina-r-87-milho-es-ao-acolhimento-de-dependentes-em-comunidades-terape-uticas>. Visitado em 13 de fevereiro de 2020.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Nações Unidas (Lisboa). Regras das Nações Unidas para proteção de jovens privados de liberdade. [1995]. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/crianca-e-adolescente/regras_onu_jovens_privados_liberdade. Acesso em: 18 de out. de 2020.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal Revista de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2008.

MOYSES, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. **Cadernos CEDES**. Campinas, n. 28, p. 31-41, 1992.

NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

OLIVEIRA, Adriano de. **“Os recusados”**: Uma experiência de moradia transitória infantojuvenil no campo da Saúde Mental. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015).

OLIVEIRA, Adriano de; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves; MASSARI, Marina Galacini. Entre medicalização e recusas: crianças e adolescentes nos circuitos socioassistenciais-sanitários. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 3, p. 225-245, 2018

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Livro de Recurso da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: cuidar sim, excluir não. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2015. p. 14. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf. Acesso em: 18 de out. de 2020.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração mundial dos direitos humanos (1945). **Site das Nações Unidas Brasil**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>. Acesso em: 29 de jun. 2020.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial de Saúde. Health indicators: definition, uses, and attributes. *In: Health Indicators Conceptual and operational considerations*. Washington, DC: OMS, 2018

Disponível em:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=pt. Acesso em: 18 de out. de 2020.

PAGNANO, João Renato Ciabattari. **O hospital psiquiátrico como analisador da Saúde Mental de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo**. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Assis, 2018.

PAIXÃO, Marcelo. **A dialética do bom aluno: relações raciais e o sistema educacional brasileiro**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.

PALAZZOLO, A. C. P. **Instituições de sequestro em Michel Foucault**. 2018. 68 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Filosofia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

PAULA, Fernando Silva.; TFOUNI, Leda Verdiani. A persistência do fracasso escolar: desigualdade e ideologia. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, Florianópolis, v.10, n.2, p. 117-127, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902009000200012&lng=pt&nrm=iso Acesso: 04 de nov. 2020

PATTO, Maria Helena Souza. **Psicologia e ideologia: uma introdução crítica à psicologia escolar**. São Paulo: T.A. Queiroz, 1984. 230p.

PATTO, Maria Helena Souza. **Para uma crítica da razão psicométrica**. Psicologia USP, v. 8, n. 1, p. 47-62, 1997.

PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 421p.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de 'guerra às drogas'. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, jan./abr. 2011.

PEREIRA, Erica Cristina. **Ensaio de intercessão institucional em um CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2011.

PÉRICO, Waldir. **Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan a uma psicoterapia Outra: a clínica do sujeito na Saúde Coletiva**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Faculdade de Ciências e Letras Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2014.

PÉRICO, Waldir; COSTA-ROSA, Abílio da. Do Terapêutico Alienante ao Analítico Singularizante: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do Materialismo Histórico à clínica da Atenção Psicossocial. **aSEPHallus de Orientação Lacaniana**. Rio de Janeiro, n.10 v.19, p. 16-42, 2015.

PÉRICO, Waldir. Psicanálise, transdisciplinaridade e Atenção Psicossocial. **Revista de Psicologia da Unesp**, v. 18 (n. especial), p. 121-140, 2019.

PELBART, Peter Pál. **A nau do tempo rei: 7 ensaios sobre o tempo da loucura**. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

POLI, M. C. **A Clínica da exclusão social: a construção do fantasma e o sujeito adolescente**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005

PINTO, F. M.; HECKERT, A. L. C. Notas sobre Sociedade de Controle Contínuo e sobreimplicação. **Ecopolítica**, v. 18, n. 2, p. 46-64, 2017.

PITTA, Ana Maria Fernandes. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-26.

REIS, Carolina. **(Falência familiar)+(Uso de drogas) = risco e periculosidade: a naturalização jurídica e psicológica de jovens com medida de internação**

compulsória. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages.; MINAYO, Fernanda Mendes Lages. As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface, Botucatu**, v. 19, n. 54, p. 515-526, jul./set. 2015.

RIBEIRO, T. M. **Governo ético-político de usuários de maconha**. 2016. 376f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, 2016.

RIBEIRO, João. **O que é positivismo**. São Paulo: Brasiliense, 2017.

RIBEIRO, Bruno; DANTAS, Tiago. **‘Bolsa crack’ de R\$ 1.350 vai pagar internação de viciados do Estado de SP**. O Estado de São Paulo. 2013. Disponível em: <https://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,bolsa-crack-de-r-1350-vai-pagar-internacao-de-viciados-do-estado-de-sp,1029486>. Acesso em: 08 de out. de 2020.

RIGONI, Maisa dos Santos; OLIVEIRA, Margareth da Silva; MORAES, João Feliz Duarte de; ZAMBOM, Luis Fernando. O consumo de maconha na adolescência e as consequências nas funções cognitivas. **Psicologia em estudo**, v. 12, n. 2, p. 267-275, 2007.

RIZZINI, Irene. **O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil**. Rio de Janeiro; Editora Universitária Santa Úrsula; 1997.

RIZZINI, Irene. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; LEITÃO, Maria Beatriz Sá.; BARROS, Regina Duarte Benevides de (Orgs). **Grupos e instituições em análise**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

ROSA, Miriam Debieux. Os impasses da subjetivação dadas as configurações familiares da pós-modernidade. **Psicanálise e Universidade**, São Paulo, n 9, p. 79-104, 1999.

ROSA, Miriam Debieux. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento**. São Paulo: Escuta/FAPESP, 2016.

ROSA, P. O. **Drogas e biopolítica**: uma genealogia da redução de danos. 2012. 373 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP. São Paulo, 2012.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-99.

SANTOS, Deivisson Vianna Dantas dos. **Uso de psicotrópicos na atenção primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas: Campinas, 2009.

SÃO PAULO. Decreto Nº 53.427, de 16 de setembro de 2008. **Cria e organiza, na Secretaria da Saúde, a Unidade Experimental de Saúde e dá providências correlatas**. São Paulo, 2008. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2008/decreto-53427-16.09.2008.html>. Acesso em: 01 de julh. de 2020.

SÃO PAULO. Ministério Público. **Ação civil pública n.23977-42.2012.8.20.0053** (proposta em 10 de abril de 2013). Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental Philippe Pinel. 2013. Não publicado.

SCHREBER, Daniel Paul. **Memórias de um doente dos nervos**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

SCISLESKI, Andréa. **Entre se quiser, saia se puder**: os percursos dos jovens pelas redes sociais. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho, MARASCHIN, Cleci; SILVA, Rosane Neves da. A. da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública** (online), n. 24 v.2, p. 342-352, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/12.pdf>. Acesso em 18 de out.de 2009.

SHIMOGUIRI, Ana Flávia Dias Tanaka. O Paradigma Psicossocial. **Revista de Psicologia da Unesp**, v. 18, n. especial, p. 198-216, 2019.

SHIMOGUIRI, Ana Flávia Dias Tanaka.; PÉRICO, Waldir. O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade. **Revista de Psicologia da UNESP**, v 13, n. 01, p 33-51, 2014.

SOUSA FRANÇA, Greyce Kelly Cruz. Uma teoria do poder em Foucault. **Cadernos do PET Filosofia**, v. 8, n. 16, p. 19-27, 2017.

SOUZA, Jessé. **Ralé brasileira: quem é como vivem**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

SOUZA, P. S. **O adolescente lumpemproletarizado na política pública de atendimento em álcool e drogas: uma interlocução com a psicanálise**. 2017. 255 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017

STRINGHETA, L. V. H.; COSTA-ROSA, A. O grupo intercessor: saber e conhecimento da práxis “psi” na Atenção Básica em saúde. In: CONSTANTINO, E.P. (org.). **Percursos da pesquisa qualitativa em psicologia**. São Paulo: Arte & Ciência, 2007. p. 145-161.

SILVA, Magali Milene. Freud e a atualidade de O mal-estar na cultura. **Analytica: Revista de Psicanálise**, v. 1, n. 1, p. 45-72, 2012.

SILVA, W. V.; HÜNING, S. M. Dispositivo das drogas e governo da vida. **Psicologia e Sociedade**, v. 29, 2017.

SZASZ, Thomas. **A fabricação da loucura**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1976.

TELES, Edson. Estado de exceção e violação de direitos contra adolescentes infratores. **Site Carta Maior** [2011]. Disponível em: <https://www.cartamaior.com.br/?/Coluna/Estado-de-excecao-e-violacao-de-direitos-contra-adolescentes-infratores/22356>. Acesso em: 01/07/2020.

TOLEDO, J. F. (org.). **(Colônia): uma tragédia silenciosa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.

UNICEF. Organização das Nações Unidas (Brasil). Declaração Universal dos Direitos Humanos [1948]. Disponível em: <https://www.unicef.org0/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso: 05 de nov. de 2020.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Nações Unidas (Lisboa). **Regras das Nações Unidas para a Proteção dos Menores Privados de Liberdade** [1990]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Crian%C3%A7a/regras-das-nacoes-unidas-para-a-protecao-dos-menores-privados-de-liberdade.html>. Acesso em: 18 de out. de 2020.

VALOR ECONÔMICO. Lucro da AmBev sobe 12,5% no 4º trimestre de 2016, para R\$ 4,672 bi. **Site do Valor Econômico** [2017]. Disponível em: <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2017/03/02/lucro-da-ambev-sobe-125-no-4o-trimestre-de-2016-para-r-4672-bi.ghtml>. Acesso em: 21 de dez. de 2019.

VERDÉLIO, Andréia. Brasil gasta 3,8 do PIB em saúde pública. Site: **Agência Brasil**, 2018. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2018-11/brasil-gasta-38-do-pib-em-saude-publica>. Acesso em 02 de jan. de 2020.

VICENTIN, Maria Cristina G; ASSIS, Daniel Adolpho Daltin; JOIA, Julia Hatekeyama. O direito de crianças e adolescentes ao cuidado em saúde mental: tensões entre proteção e tutela no caso do uso de drogas. **Diké**. Aracajú, vol 4. N° 1. p.21-50, 2015.

VICENTIN, Maria Cristina G; BLIKSTEIN, Flávia. Internações psiquiátricas de crianças e adolescentes: Um analisador da reforma em saúde Mental. In: SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso (Orgs.). **Saúde mental infanto-juvenil: Território, políticas e clínicas de resistência**. Santos: Unifesp/Abrasme, 2019.

VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves; ROSA, Mirian Debiex. Os intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. **Revista psicologia política**, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 107-124, jan. 2010.

ZALUAR, Alba. O Condomínio do Diabo, Rio de Janeiro: Ed. **Revan-Ed. UFRJ**, 1994.

ZALUAR, A. **Integração perversa**: pobreza e tráfico de drogas. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

ZANELATTO, Neide. A.; LARANJEIRA, Ronaldo (Orgs). **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais**: um guia para terapeutas. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PACIENTES-USUÁRIOS SERVIÇO DE ATENÇÃO E REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E(Por base na Resolução 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde)

Você está sendo convidado(a) a participar da intercessão-pesquisa “Atenção a usuários de álcool e drogas: a práxis de um trabalhador-intercessor orientado pelo paradigma psicossocial”, sob a responsabilidade do(a) intercessor-pesquisador Fábio Henrique Tonon, psicólogo, RG: 15.158.251-MG, CPF 089.976.546-75, CRP 06/114534.

Este termo deverá ser elaborado em duas vias. Depois de lido, rubricado e assinado, uma via ficará em poder do sujeito ou de seu representante legal e a outra via em poder do pesquisador responsável.

Qualquer dúvida quanto aos aspectos éticos poderá ser esclarecida diretamente com o intercessor-pesquisador no telefone (14) 9 81037939 ou pelo e-mail fabiotonon9@gmail.com.

I. A pesquisa:

Esta intercessão-pesquisa tem por objetivo exercitar a possibilidade de um psicólogo, trabalhador-intercessor-pesquisador, operando uma escuta clínica analítica junto aos sujeitos em sofrimento, no Estabelecimento institucional Hospitalar “Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas” em Botucatu.

Como parte dos objetivos específicos teremos a prática de um psicólogo numa unidade de atendimento Hospitalar, que, a partir de um lugar bem definido na sua escuta, buscará contribuir com a produção de saúde e de subjetividade nos casos de sofrimento, seja de ordem física ou psíquica. Neste modo de operar apostamos na possibilidade de haver um equacionamento da dor que é vivenciada na forma de angústia pelos sujeitos ou ainda por seus acompanhantes, através da fala. A nossa hipótese é que diante de uma oferta de “tratamento psíquico” para sujeitos em algum sofrimento pelo uso de álcool ou drogas, seja possível uma escuta e intercessão.

O período previsto para o trabalho de escuta será de 6 (seis) meses, com 6 (seis) horas diárias de inserção institucional para realizar a escuta clínica no estabelecimento hospitalar, durante 5 (cinco) dias por semana. Visamos analisar a pertinência dessa especificidade de intercessão na unidade hospitalar de maneira a oferecer, a partir de uma escuta clínica, as condições para que os sujeitos do sofrimento sejam protagonistas em seus processos de adoecimento-tratamento. Pretendemos contribuir para a construção de uma escuta clínica junto aos sujeitos do sofrimento, pacientes-usuários da instituição hospitalar, bem como discutir o conhecimento que já existe nesta área, que ainda é pouco explorada no âmbito da Psicologia e no campo de Atenção Hospitalar na Saúde.

Pretendemos oferecer essa escuta clínica para 10 pacientes-usuários da instituição hospitalar ao longo do período de 06 meses. Também participarão dessa nossa investigação 8 trabalhadores da saúde.

II. Procedimentos:

Os procedimentos dos quais você participará são os seguintes:

1. Estamos lhe oferecendo um trabalho de escuta clínica nessa unidade de Saúde hospitalar na qual você está internado/em tratamento ambulatorial. Temos 30 minutos para que você possa falar sobre sua situação atual e poderemos nos encontrar por mais duas vezes além dessa

primeira. Tudo o que você disser ficará sob sigilo e tomaremos todos os cuidados para que nada do que seja conversado entre nós possa lhe prejudicar em sua internação/tratamento.

2. Além de você, vamos atender a mais pessoas internadas/em tratamento nesse hospital, realizando três encontros com cada paciente.

3. Depois de concluída essa fase prática do nosso trabalho, que vai durar 06 meses, teremos o momento de reflexão sobre nossa experiência de atendimento clínico no hospital. O material que servirá de base para essa reflexão será constituído pelas nossas vivências enquanto trabalhador-intercessor, com relação aos nossos movimentos na instituição, o que é necessário para que possamos (re)pensar a prática realizada. Esclarecemos que todo e qualquer exercício de produção teórica derivado dessa pesquisa será obtido por meio de nossas vivências como trabalhador-intercessor-pesquisador e não tomaremos os pesquisados como objetos de pesquisa, em conformidade com a teoria e a ética da psicanálise.

4. Vamos produzir textos sobre essa investigação, bem como apresentaremos trabalhos acadêmicos em científicos e publicaremos artigos científicos, sempre preservando o anonimato de todos os pacientes participantes.

Os métodos alternativos existentes são os seguintes: nada a declarar.

III. Riscos/Desconfortos e Benefícios

Possíveis riscos ou desconfortos:

a) Quanto aos trabalhadores da instituição:

O atual posicionamento do psicólogo agora como pesquisador-intercessor poderia causar uma certa persecutoriedade nos trabalhadores da equipe e/ou possíveis desconfortos, dado os membros de sua equipe passam a ficarem expostos à observação e à escuta do trabalhador-intercessor-pesquisador. Estando cientes disso durante o processo de imersão e permanência no cotidiano de trabalho da instituição, estaremos atentos para oferecer esclarecimentos, apoio e continência para os casos que eventualmente demandem uma atenção e uma escuta clínica específica. Atuando a partir da ética da Psicologia, manejaremos as técnicas psicológicas necessárias para equacionar problemas eventuais por meio da construção de vínculos de confiança, da escuta e do diálogo. O manejo das técnicas psicológicas será acionado de modo a lidar adequadamente com essas e outras dificuldades emergentes.

b) Quanto aos pacientes-usuários do serviço de Saúde:

Logo no início da abordagem dos pacientes, o psicólogo trabalhador-intercessor-pesquisador informará com clareza aos pacientes tanto qual é o propósito da oferta de atendimento e como eles serão realizados. Será apresentada a oferta de uma escuta na qual os pacientes-usuários terão a oportunidade de falarem de seu sofrimento, e, conforme a sua disposição, poderão participar de atendimentos que terão a duração de até três encontros no máximo, sendo que os atendimentos deverão durar em média 30 minutos. Será respeitado o direito de escolha e de voz aos pacientes, bem como o seu consentimento ou não para participar neste projeto de pesquisa.

A abordagem dos pacientes-usuários do serviço de Saúde pelo trabalhador-intercessor-pesquisador poderia ocasionar neles atitudes de resistência, de angústia e de insegurança. Se estas situações se apresentarem no decorrer do trabalho, providências serão tomadas visando manejar o ocorrido, sem que o tratamento destes pacientes seja prejudicado junto à equipe e instituição de Saúde. Dentre as estratégias visando à resolução desses eventuais problemas, faremos uso de técnicas psicológicas que permitam seu adequado manejo, tais como: diálogo e esclarecimentos, apoio, continência e orientação psicológica. A qualquer momento, diante qualquer insatisfação manifestada pelos pacientes, a escuta poderá ser interrompida.

Benefícios esperados:

1. A expectativa é que, considerando a oferta de escuta clínica, possa emergir uma demanda para tratamento psíquico dos sujeitos. A experiência profissional e a literatura revelam que, ao poderem falar de suas dores e suas histórias, é possível que as dificuldades relacionadas ao agravamento da saúde no corpo possam ir sendo superadas, pois outros horizontes de vida poderão ir surgindo;
2. Dada a pouca quantidade de trabalhos de investigação realizados a partir da nossa perspectiva teórica e metodológica no contexto de uma unidade de Saúde Hospitalar, poderemos contribuir com a construção de novas formas de atendimento ao sujeito em sofrimento físico e psíquico que vivencia situações de internação hospitalar e tratamento ambulatorial. Para além dos atendimentos, o material produzido com a dissertação, poderá servir para a formação de outros profissionais.

IV. Liberdades/Garantias

Você possui total liberdade para recusar-se a participar dessa proposta de escuta clínica, ou para retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo quanto aos seus cuidados nesse estabelecimento de saúde.

V. Sigilo/Anonimato

O envolvimento dos pacientes nesta proposta de trabalho será sigiloso, ou seja, as informações e falas serão tratadas de modo confidencial e em hipótese alguma serão divulgados dados de identificação pessoal.

Garantimos o sigilo das informações e o seu anonimato. Respeitamos a sua privacidade, mantendo em segredo quanto as suas informações pessoais no decorrer deste trabalho e após a conclusão do mesmo.

VI. Despesas/indenização

A escuta psicológica psicanalítica não resultará em despesas ou ônus para o paciente que quiser dela participar.

VII. Publicação

Informamos que o resultado final da intercessão-pesquisa poderá ser publicado em revistas da área, colaborando, assim, na construção do conhecimento teórico-científico e na melhoria na viabilização de atendimentos/tratamentos/atuação desta natureza.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, RG: _____,

abaixo assinado, concordo na participação, enquanto paciente do Serviço de Atenção e Referência em álcool e drogas – SARAD – em Botucatu, da intercessão-pesquisa “Atenção a usuários de álcool e drogas: a práxis de um trabalhador-intercessor orientado pelo paradigma psicossocial”. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo psicólogo Fábio Henrique Tonon sobre a intercessão-pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da mesma. Foi-me garantido, ainda, que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Declaro, ainda, que () concordo / () não concordo com a publicação dos resultados desta intercessão-pesquisa, ciente da garantia quanto ao sigilo das minhas informações pessoais e ao meu anonimato.

Botucatu, __/__/____.

Assinatura

Eu, Fábio Henrique Tonon, psicólogo, intercessor-pesquisador, responsável, obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito/representante legal para a participação na intercessão-pesquisa.

Assinatura do Psicólogo, Intercessor-Pesquisador

**APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) –
PROFISSIONAIS (TRABALHADORES DE SAÚDE)
(Por base na Resolução 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde)**

Você está sendo convidado(a) a participar da intercessão-pesquisa “Atenção a usuários de álcool e drogas: a práxis de um trabalhador-intercessor orientado pelo paradigma psicossocial”, sob a responsabilidade do(a) intercessor-pesquisador Fábio Henrique Tonon, psicólogo, RG 15.158.251-MG, CPF 089.976.546-75, CRP 06/114534.

Este termo deverá ser elaborado em duas vias. Depois de lido, rubricado e assinado, uma via ficará em poder do sujeito ou de seu representante legal e a outra via em poder do pesquisador responsável.

Qualquer dúvida quanto aos aspectos éticos poderá ser esclarecida diretamente com o intercessor-pesquisador no telefone (14) 981037939 ou pelo e-mail fabiotonon9@gmail.com.

I. A pesquisa:

Esta intercessão-pesquisa tem por objetivo exercitar a possibilidade de um psicólogo, trabalhador-intercessor-pesquisador, operando uma escuta clínica analítica junto aos sujeitos em sofrimento, no Estabelecimento institucional Hospitalar “Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas” em Botucatu.

Como parte dos objetivos específicos teremos a prática de um psicólogo numa unidade de atendimento hospitalar e ambulatorial, que, a partir de um lugar bem definido na sua escuta, buscará contribuir com a produção de saúde e de subjetividade nos casos de sofrimento, seja de ordem física ou psíquica. Neste modo de operar apostamos na possibilidade de haver um equacionamento da dor que é vivenciada na forma de angústia pelos sujeitos em sua relação com a droga, ou ainda por seus acompanhantes, através da fala. A nossa hipótese é que diante de uma oferta de “tratamento psíquico” para sujeitos em algum sofrimento pelo uso de álcool ou drogas, seja possível uma escuta e intercessão.

O período previsto para o trabalho de escuta será de 6 (seis) meses, com 6 (seis) horas diárias de inserção institucional para realizar a escuta clínica no estabelecimento hospitalar, durante 5 (cinco) dias por semana. Visamos analisar a pertinência dessa especificidade de intercessão na unidade hospitalar de maneira a oferecer, a partir de uma escuta clínica, as condições para que os sujeitos do sofrimento sejam protagonistas em seus processos de adoecimento-tratamento. Pretendemos contribuir para a construção de uma escuta clínica junto aos sujeitos do sofrimento, pacientes-usuários da instituição hospitalar, bem como discutir o conhecimento que já existe nesta área, que ainda é pouco explorada no âmbito da Psicologia e no campo de Atenção Hospitalar na Saúde.

Pretendemos oferecer essa escuta clínica para 10 pacientes-usuários da instituição hospitalar ao longo do período de 06 meses. Também participarão dessa nossa investigação 8 trabalhadores da saúde.

II. Procedimentos:

Os procedimentos dos quais você participará são os seguintes:

1. Estaremos compondo a equipe de trabalhadores do “Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas” em Botucatu e desejamos colaborar com sua atuação junto aos pacientes internados e em tratamento ambulatorial. Faremos isso por meio da oferta de uma um trabalho de escuta clínica nessa unidade de Saúde hospitalar na qual você trabalha. Com os pacientes que concordarem em aceitar nossa oferta de escuta, vamos dedicar 30 minutos para que ele possa falar sobre sua situação atual e poderemos nos encontrar com ele por mais duas vezes além dessa primeira. Tudo o que ele disser durante o atendimento ficará sob sigilo e

tomaremos todos os cuidados para que nada do que seja conversado entre nós possa lhe prejudicar em sua internação/tratamento.

2. Pretendemos atender a 10 pessoas internadas nesse hospital, realizando três encontros com cada paciente.

3. Durante as horas nas quais estivermos inseridos no contexto institucional do Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas em Botucatu estaremos abertos para interagir, dialogar e colaborar com os trabalhadores desse estabelecimento de saúde.

4. Depois de concluída essa fase prática do nosso trabalho, que vai durar 6 meses, teremos o momento de reflexão sobre nossa experiência de atendimento clínico no hospital. O material que servirá de base para essa reflexão será constituído pelas nossas vivências enquanto trabalhador-intercessor, com relação aos nossos movimentos na instituição, o que é necessário para que possamos (re)pensar a prática realizada. Esclarecemos que todo e qualquer exercício de produção teórica derivado dessa pesquisa será obtido por meio de nossas vivências como trabalhador-intercessor-pesquisador e não tomaremos os trabalhadores como objetos de pesquisa, em conformidade com a teoria e a ética da psicanálise.

4. Vamos produzir textos sobre essa investigação, bem como apresentaremos trabalhos acadêmicos em científicos e publicaremos artigos científicos, sempre preservando o anonimato de todos os trabalhadores participantes.

Os métodos alternativos existentes são os seguintes: nada a declarar.

III. Riscos/Desconfortos e Benefícios

Possíveis riscos ou desconfortos:

O atual posicionamento do psicólogo agora como pesquisador-intercessor poderia causar uma certa persecutoriedade nos trabalhadores da equipe e/ou possíveis desconfortos, dado os membros de sua equipe passam a ficarem expostos à observação e à escuta do trabalhador-intercessor-pesquisador. Estando cientes disso durante o processo de imersão e permanência no cotidiano de trabalho da instituição, estaremos atentos para oferecer esclarecimentos, apoio e continência para os casos que eventualmente demandem uma atenção e uma escuta clínica específica. Atuando a partir da ética da Psicologia, manejaremos as técnicas psicológicas necessárias para equacionar problemas eventuais por meio da construção de vínculos de confiança, da escuta e do diálogo. O manejo das técnicas psicológicas será acionado de modo a lidar adequadamente com essas e outras dificuldades emergentes.

Benefícios esperados:

1. A expectativa é que, considerando a oferta de escuta clínica, possa emergir uma demanda para tratamento psíquico dos sujeitos. A experiência profissional e a literatura revelam que, ao poderem falar de suas dores e suas histórias, é possível que as dificuldades relacionadas ao agravamento da saúde no corpo possam ir sendo superadas, pois outros horizontes de vida poderão ir surgindo;

2. Dada a pouca quantidade de trabalhos de investigação realizados a partir da nossa perspectiva teórica e metodológica no contexto de uma unidade de Saúde Hospitalar, poderemos contribuir com a construção de novas formas de atendimento ao sujeito em sofrimento físico e psíquico que vivencia situações de internação hospitalar. Para além dos atendimentos, o material produzido com a dissertação, poderá servir para a formação de outros profissionais.

IV. Liberdades/Garantias

Você possui total liberdade para recusar-se a participar nesta investigação, ou para retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem penalização ou qualquer tipo de prejuízo.

V. Sigilo/Anonimato

O envolvimento dos trabalhadores nesta proposta de investigação será sigiloso, ou seja, as informações e falas serão tratadas de modo confidencial e em hipótese alguma serão divulgados dados de identificação pessoal.

Garantimos o sigilo das informações e o seu anonimato. Respeitamos a sua privacidade, mantendo em segredo quanto as suas informações pessoais no decorrer deste trabalho e após a conclusão do mesmo.

VI. Despesas/indenização

A escuta psicológica psicanalítica não resultará em despesas ou ônus para o paciente ou trabalhador que quiser dela participar.

VII. Publicação

Informamos que o resultado final da intercessão-pesquisa poderá ser publicado em revistas da área, colaborando, assim, na construção do conhecimento teórico-científico e na melhoria na viabilização de atendimentos/tratamentos/atuação desta natureza.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, RG: _____, abaixo assinado, concordo na participação, enquanto trabalhador no Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas – SARAD – em Botucatu, da intercessão-pesquisa “Atenção a usuários de álcool e drogas: a práxis de um trabalhador-intercessor orientado pelo paradigma psicossocial”. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo psicólogo Fábio Henrique Tonon sobre a intercessão-pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da mesma. Foi-me garantido, ainda, que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Declaro, ainda, que () concordo / () não concordo com a publicação dos resultados desta intercessão-pesquisa, ciente da garantia quanto ao sigilo das minhas informações pessoais e ao meu anonimato.

Botucatu, __/__/____.

Assinatura

Eu, Fábio Henrique Tonon, psicólogo, intercessor-pesquisador responsável, obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito/representante legal para a participação na intercessão-pesquisa.

Assinatura do Psicólogo, Intercessor-Pesquisador

ANEXOS

ANEXO 1 - REGRAS E ROTINAS - ENFERMARIA ADOLESCENTES

REGRAS E ROTINAS ENFERMARIA ADOLESCENTES

- Perdeu o controle com a droga? - Está em risco ou tendo prejuízos? - Sua família não consegue mandar em você? - Não está indo para escola? - Não tem rotina? - O que aconteceu com você? A culpa é de quem?

Você está internado? Porque?

SE ESTA INTERNADO TEM QUE SEGUIR AS REGRAS DO !!!

Sua internação pode ser Involuntária ou Judicial?

- **Involuntária:** Algum responsável assina sua internação que é comunicada ao Ministério Público.
- **Judicial:** O Juiz MANDA internar.

Como é estabelecido a alta?

- **Involuntária:** Equipe discute sua alta após cumprir projeto terapêutico. (Todos da equipe influenciam a decisão).
- **Judicial:** Após cumprir projeto terapêutico, equipe envia relatório solicitando alta para Juiz para o mesmo autorizar a alta.

SEGUNDAS-FEIRAS TEM REUNIÃO DE EQUIPE ÀS 12:00 PARA DICAÇÃO DE CASO, O PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA IRÁ CONVERSAR COM O ADOLESCENTE APÓS.

O que posso levar na internação?

- Roupas íntimas e meias
- Pasta e escova de dentes
- Shampoo e condicionador
- Gel e desodorante sem álcool
- Hidrante Corporal
- Pente ou escova de cabelo
- Chinelo e tênis
- Blusa de frio SN

Posso ter um acompanhante durante a internação?

- É direito de qualquer adolescente permanecer com qualquer responsável durante a internação.

Se recusar fazer o teste urinário multidroga?

- Entenderemos que pode ser positivo para todas as substâncias.

ANEXO 2 - NORMAS E ROTINAS - ENFERMARIA ADOLESCENTES

<u>NORMAS E ROTINAS ENFERMARIA ADOLESCENTES-FEM/MASC</u>	
• 06:30 – despertar e banho opcional + organização do leito + SSVV • 09:00 – café da manhã • 17:00 – banho obrigatório • Sexta Feira – troca de roupa de cama + peso • Manter a sala multiuso organizada, somente com brinquedos lúdicos e DVD. • Não é permitido entrada de pacientes na enfermaria. • Não é permitido guardar alimentos trazidos por familiares na copa de funcionários ou em qualquer outro lugar da enfermaria, alimentos deverão ser consumidos na área de visita com o familiar, caso queira dividir entre os internos, deverá ser entregue a enfermagem que dividirá entre todos os internos e não somente a um amigo. • Não é permitido usar talheres de metal, inox ou outro da enfermaria, usar somente o descartável. • Manter a mesa de refeição limpa após o término das refeições. • Horário de TV será estipulado conforme demanda da enfermaria. • PROIBIDO DESACATAR FUNCIONÁRIO E/OU AGREDIR CONTRA PATRIMÔNIO PÚBLICO OU DESRESPEITOSO COM OUTRO PACIENTE DA ENFERMARIA	
PARTICIPAÇÃO DAS ATIVIDADES, CONSULTAS E EXAMES SÃO OBRIGATÓRIAS	
<u>BANHO E ROUPAS</u> • Banho opcional às 06:30 horas (durante a semana) • Banho obrigatório: 17:00 horas Diariamente serão entregues às 17 horas roupas para o período de 24 horas: • 2 camisetas • 1 shorts • 1 calça • Roupa de frio, se necessário Toalhas serão entregues nas terças e sextas feiras no período da tarde. Troca de lençóis uma vez/semana período da tarde na sexta-feira. A entrega de Kits será entregue ao despertar, no almoço, no café da tarde e no jantar e retirado em seguida ao uso. APARELHOS DE BARBEAR: entregues somente na quarta-feira às 17:00 horas, com supervisão da enfermagem durante o uso e na devolução do mesmo. Proibido entrada de roupas pessoais, exceto quando não tem o tamanho ou quando está em falta no hospital, anotar quando entrar. NÃO PODE USAR ROUPAS PESSOAIS POIS A LAVANDERIA É EXTERNA E	<u>ROUPAS ÍNTIMAS – LAVAGEM</u> • Roupas íntimas e meias pessoais são permitidas desde que realizem lavagem conforme cronograma. • Deverão ser lavadas no lado externo, utilizando 2 baldes, sabão e amaciante, após lavagem devem ser colocadas em varal apropriado. • Quando sujas devem ficar no armário no quarto aguardando o dia de lavagem. SERÁ RETIRADO TODAS AS ROUPAS ÍNTIMAS SE OCORRER LAVAGEM NO CHUVEIRO É PROIBIDO ! Não é permitido a entrada e permanência do uso de adornos como brincos, colares, piercings e outros.

ANEXO 3 - NORMAS E ROTINAS - ENFERMARIA ADOLESCENTES

PODE EXTRAVIAR.	
<u>VISTORIA E ORGANIZAÇÃO</u> Camas e armários devem sempre estar organizados, sujeitos a vistoria diária, é proibido qualquer tipo de objeto que demonstre risco. Proibido manter nos armários dos quartos alimentos, papéis, lápis, aparelhos de barbear, apontadores de lápis.	<u>MATERIAIS</u> Todos os materiais devem ser retirados e devolvidos para a equipe sempre com supervisão da equipe.
<u>LIGAÇÕES</u> Ligações serão realizadas nas terças e quintas feiras, até as 18:30 horas, exceto em casos de trabalho com impossibilidade neste horário será realizado no noturno. Para receber ligação não estipulamos horário até o momento.	<u>VISITAS</u> Permitido todos os dias das 08 às 18:30 horas, todos os dias da semana.
<u>REFEIÇÕES</u> As refeições deverão ser realizadas na enfermaria, proibido entrar com alimentos externos nas enfermarias. NÃO É PERMITIDO A TROCA DE ALIMENTOS	<u>CONTATOS</u> Não é permitido qualquer contato com enfermaria adulto ou entre as enfermarias de adolescentes, exceto em atividades terapêuticas com supervisão. O CONTATO FÍSICO COM OUTRO INTERNO, PASSÍVEL DE ADVERTÊNCIA E ABERTURA DE B.O!!!!!!
<u>ENCERRAMENTO TARDE</u> 17:00H FECHAMENTO DAS PORTAS E JANELAS (DOS QUARTOS E SALA MULTIUSO)	
<u>ENCERRAMENTO DA NOITE</u> • 21:00 : MEDICAÇÃO • 22:30 : REPOUSO SEXTA SÁBADO E DOMINGO ATÉ ÀS 23:00 HORAS • NAS QUARTAS FEIRAS ATÉ O FIM DO JOGO(LEMBRANDO QUE TEM QUE ACORDAR ÀS 06:30 HORAS) • 06:30 : DESPERTAR DE DOMINGO A QUINTA FEIRA (AULA)	

ANEXO 4 – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA (assinada pela gestão do estabelecimento no momento que a pesquisa foi realizada)

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, Raissa de B. Rosa, RG [REDACTED] CPF [REDACTED] no cargo de Doutor Técnico de Saúde II autorizo o psicólogo Fábio Henrique Tonon, RG [REDACTED] CPF [REDACTED] CRP 06/1145234, aluno regularmente matriculado no programa de Pós-graduação – Mestrado em Psicologia e Sociedade – pela UNESP Faculdade de Ciências e Letras, campus de Assis, a realizar a pesquisa-intercessão orientada pelo Prof. Dr. Silvio José Benelli, intitulada **ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS: A PRÁXIS DE UM TRABALHADOR-INTERCESSOR ORIENTADO PELO PARADIGMA PSICOSSOCIAL** no [REDACTED]

[REDACTED] 29/04/2019

Assinatura [REDACTED]

Assinatura do Psicólogo Pesquisador [REDACTED]

Fábio Henrique Tonon
Psicólogo
CRP 06/114534